



**Riksrevisjonen**

**Dokument nr. 3:12**  
(2004–2005)

Riksrevisjonens undersøkelse  
av styring og oppfølging av  
tiltak for rusmiddelmisbrukere

# **Dokument nr. 3:12**

(2004–2005)

**Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging  
av tiltak for rusmiddelmisbrukere**



## **Til Stortinget**

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:12 (2004–2005) Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmisbrukere.

Riksrevisjonen, 15. juni 2005.

For riksrevisorkollegiet

*Bjarne Mørk-Eidem*  
riksrevisor



## Innhold

	Side
<b>1 Innledning</b> .....	1
<b>2 Oppsummering av undersøkelsen</b> .....	1
2.1 Departementets overordnede og nasjonale ansvar for oppfølging av rusmiddelbrukere .....	2
2.2 Kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	2
<b>3 Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer</b> .....	4
<b>4 Riksrevisjonens bemerkninger</b> .....	4
<b>5 Helse- og omsorgsdepartementets svar</b> .....	5
<b>6 Riksrevisjonens uttalelse</b> .....	5
<b>Vedlegg: Rapport</b> .....	7



# Helse- og omsorgsdepartementet

## Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmisbrukere

### 1 INNLEDNING

I innstillingen til lov om sosialtjenester, Innst. O. nr. 9 (1991–92), understreket sosialkomiteen at rusmiddelmisbruk er et av våre største sosiale problemer. Det angår både den enkelte misbruker, deres familie og samfunnet som blir belastet med betydelige økonomiske kostnader og ressurser. I løpet av de siste 10 til 15 årene har det vært en stor økning i bruken av rusmidler og av antall tungt belastede rusmiddelmisbrukere med høy dødelighet. I 2003 var de samlede kommunale nettoutgiftene i sosialtjenesten på 7,2 milliarder kroner. SIRUS<sup>1</sup> har i en undersøkelse på oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet anslått at de totale utgiftene knyttet til rusmiddelmisbrukere var på om lag 2,2 milliarder kroner i 2001.

Etter lov om sosiale tjenester skal rusmiddelmisbrukere gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak få hjelp til å komme bort fra alkohol og andre rusmidler. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede nasjonale ansvaret for hjelpetiltak, rehabilitering og ettervern for rusmiddelmisbrukere. Gjennomføringen av den nasjonale rusmiddelpolitikken er delegert til flere instanser på ulike forvaltningsnivåer, som Sosial- og helsedirektoratet, Statens helse-tilsyn, fylkesmannsembetene, statlige helseforetak, kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og kommunene. Ansvaret for å følge opp den enkelte rusmiddelmisbruker er i hovedsak lagt til kommunene. Oppfølging av rusmiddelmisbrukere kan omfatte en lang rekke tiltak som identifikasjon, kartlegging, vurdering, råd og veiledning, behandling og omsorg.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse i hvilken grad departementet sørger for at oppfølgingen av rusmiddelmisbrukere i kommunene gjennomføres i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. I undersøkelsen er det kartlagt

- på hvilken måte departementet ivaretar sitt overordnede nasjonale ansvar for kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere
- i hvilken grad styrings- og saksbehandlingssystemet i kommunene er tilstrekkelig og hensiktsmessig

- i hvilken grad kommunene følger opp rusmiddelklienter med råd, veiledning og hjelpetiltak
- i hvilken grad kommunene ivaretar sitt ansvar for å følge opp klienter under legemiddelassistert rehabilitering, tvangsplassering og institusjonsbehandling

Riksrevisjonens rapport om undersøkelsen følger som trykt vedlegg. Utkast til rapporten ble i brev av 28. januar 2005 forelagt Helse- og omsorgsdepartementet. Revisjonskriteriene er tidligere lagt fram for Sosialdepartementet. Departementet har i brev av 11. mars 2005 avgitt uttalelse til de forholdene som er tatt opp i rapporten. Mottatte merknader til faktdelen i rapporten er i det vesentligste tatt hensyn til og innarbeidet i rapporten. Departementets merknader til vurderingene i rapporten er gjengitt i kapittel 3.

### 2 OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved hjelp av intervjuer, saksmappegjennomgang, spørreskjemaundersøkelse og dokumentanalyse.

For å få belyst hvordan kommunene følger opp rusmiddelmisbrukere før, under og etter hjelpetiltak, ble det våren 2004 gjennomført intervjuer og saksmappegjennomgang ved 24 sosialtjenester i 17 kommuner og tre bydeler i Oslo. Kommunene som inngår i undersøkelsen, er store og mellomstore by- og landkommuner fra ulike deler av landet. Utvalget er avgrenset til kommuner med mer enn 10 000 innbyggere fordi en ønsket å se på tjenestetilbudet ved steder med et relativt større antall rusmiddelmisbrukere. I saksmappegjennomgangen ble mappene til 219 klienter gjennomgått. Saksmappegjennomgangen har gitt informasjon om den konkrete oppfølgingen i enkeltsaker ved sosialtjenesten. Ved gjennomgangen av saker ble det lagt vekt på å kartlegge sosialtjenestens praksis i perioden fra og med 1998 til og med våren 2004. For å få informasjon om styrings- og saksbehandlingssystemene i kommunene ble det gjennomført intervjuer med sosialtjenesten og innhentet og gjennomgått dokumenter som organisasjonskart, saksbehandlingsrutiner, plandokumenter, årsrapporter og eventuelle andre rapporter fra kommunene og sosialtjenestene.

<sup>1</sup> SIRUS rapport nr 3/2003 «Rus og Psykiatri i inntektssystemet for kommunene» av Hans Olav Melberg og Øyvind Omholt Alver.



For å få informasjon om arbeidet på statlig nivå med oppfølging av rusmiddelmisbrukere er det gjennomført intervjuer med Sosialdepartementet, Helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Fylkesmannen i Oslo og Akershus. I tillegg er det sendt ut spørreskjema til landets fylkesmannsembeter. Det er også avholdt møte med Statens helsetilsyn. En rekke stortingsmeldinger, odelstingsproposisjoner, offentlige utredninger og forskningsrapporter knyttet til området er gjennomgått. I undersøkelsen er det også benyttet opplysninger om sosialtjenesten fra KOSTRA/Statistisk sentralbyrå.

## 2.1 Departementets overordnede og nasjonale ansvar for oppfølging av rusmiddelmisbrukere

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det ved inngangen til 2005 ikke rapporteres systematisk fra kommunene til staten om oppfølging av rusmiddelmisbrukere. Undersøkelsen viser at det ikke finnes statistikk over antall rusmiddelmisbrukere som er klienter ved sosialtjenesten, eller annen relevant landsdekkende informasjon om den kommunale sosialtjenestens arbeid med rusmiddelmisbrukere. Norges forskningsråd gjorde fra 1994 en evaluering av sosialtjenesteloven, finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Ingen av prosjektene i evalueringen omhandlet imidlertid rusomsorgen eksplisitt. I 2004 ble det gjennomført en evaluering av sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmisbrukere, og samme år ble det første tilsynet av sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmisbrukere gjennomført. Det er utover dette ikke gjennomført evalueringer av sosialtjenesteloven som helhet eller de delene som i særlig grad har bestemmelser rettet mot oppfølging av rusmiddelmisbrukere. Manglende rapportering, evaluering og statistikk utgjør en risiko for at departementet ikke har tilstrekkelig kunnskap om rusmiddelmisbrukere får den oppfølgingen de har krav på etter sosialtjenesteloven. Det kan derfor stilles spørsmål ved om departementet har nødvendig styringsinformasjon på området.

Undersøkelsen viser at sentrale myndigheter har vært lite aktive når det gjelder å utvikle veiledninger, verktøy og modeller for å bidra til større systematikk i kommunenes arbeid med oppfølging av rusmiddelmisbrukere.

I forbindelse med handlingsplanen «Kunnskap og brubygging» (1998–2001) ble det opprettet sosialfaglige og rusfaglige fora. Videreføring og oppretting av sosialfaglige og rusfaglige fora har vært et av satsningsområdene til departementet etter handlingsplanens slutt. Riksrevisjonens undersøkelse viser at fylkesmannsembetene i etterkant av handlingsplanen i liten grad har vedlikeholdt og utviklet sosial- og rusfaglige fora.

Undersøkelsen viser at kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, som blant annet skal gi råd og

kompetansehevende tiltak til den kommunale sosialtjenesten, ikke har hatt en tilstrekkelig aktiv rolle overfor sosialtjenestene på dette området. Det framgår av undersøkelsen at sosialtjenestene har liten eller ingen kontakt med kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål når det gjelder oppfølging av rusmiddelmisbrukere.

Til sammen 16 prosent av 457 kommuner og bydeler i Norge har fått tilskudd som er knyttet til kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere i 2004. Tilskuddene berører hele det sosial- og rusrelaterte området, hvor rusmiddelmisbrukere er én av flere målgrupper. Sosial- og helsedirektoratet har uttalt at det ikke nødvendigvis er de kommunene som har størst behov, som mottar tilskuddsmidler, men de ressurssterke kommunene som har økonomiske midler til medfinansiering, kompetanse til å utforme prosjektsøknad og ressurser til å følge opp og gjennomføre prosjekter.

## 2.2 Kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere

### *Styrings- og saksbehandlingssystemene i kommunene*

En tredjedel av de undersøkte kommunene og bydelene har ikke en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som omhandler oppfølging av rusmiddelmisbrukere. Videre viser undersøkelsen at i åtte av 20 kommuner inneholder ikke årsmeldingen informasjon som omhandler sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmisbrukere. Undersøkelsen gir indikasjon på mangelfull planlegging og synliggjøring av satsningsområder når det gjelder oppfølging av rusmiddelmisbrukere i kommunene.

Undersøkelsen viser at saksbehandlingsverktøyene i sosialtjenestene i hovedsak er innrettet for økonomisk rapportering på sosialområdet og ikke tilrettelagt for rapportering om oppfølging av rusmiddelmisbrukere eller andre klienter ved sosialtjenesten. Enkelte av sosialtjenestene fører derfor manuelle lister utenom saksbehandlingsverktøyet for å rapportere om oppfølging av rusmiddelmisbrukere, for eksempel om antall klienter i rusinstitusjonsbehandling.

Gjennomgang av dokumenter fra de kommunale sosialtjenestene viste at en tredjedel av sosialtjenestene i undersøkelsen ikke har saksbehandlingsrutiner for arbeidet i sosialtjenesten, og at tre fjerdedeler av sosialtjenestene ikke har skriftlige saksbehandlingsrutiner for oppfølging av rusmiddelmisbrukere. Mangel på skriftlige saksbehandlingsrutiner i sosialtjenesten kan føre til ulik praksis mellom saksbehandlere på samme sosialtjeneste og manglende forutsigbarhet for klienter.

Saksmappegjennomgangen viser at det er mangelfull dokumentasjon i journalnotatene og i saksmappe ved de kommunale sosialtjenestene. Man-

gel på dokumentasjon innebærer en risiko for sviktende kontinuitet i sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere og kan føre til at klientens rettssikkerhet ikke blir ivaretatt, og at etterprøvbareheten i forbindelse med klagebehandling, tilsyn og revisjon reduseres.

Undersøkelsen viser at sosialtjenestene har begrenset kunnskap om forskriften om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, og at arbeidet med å etablere internkontrollsystemer i sosialtjenesten i liten grad er startet opp. Mangel på internkontrollsystemer utgjør en risiko for at feil og mangler i saksbehandlingen ikke blir avdekket og korrigert.

#### *Den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere*

Saksmappegjennomgangen viser at i 56 av 219 saker er rus nevnt ett år eller senere etter første kontakt med sosialtjenesten. I en stor andel av sakene, i 166 av 219 saker (76 prosent), hadde klienten et rusproblem før første kontakt med sosialtjenesten. Saksmappegjennomgangen viser videre at i 81 av 219 saker er klienten kartlagt ett år eller senere etter første kontakt med sosialtjenesten. Sen identifisering og kartlegging av rusmiddelmissbruk i sosialtjenesten kan føre til at sosialtjenesten kommer for sent inn med målrettede tiltak for rusproblematikken. Manglende kartlegging kan også gjøre at sosialtjenesten ikke har godt nok grunnlag for å gi målrettede hjelpetiltak. En av årsakene til sen kartlegging og identifisering kan være at kommunene ikke har tilstrekkelig kompetanse og metodikk på dette området.

Riksrevisjonens undersøkelse og undersøkelser som er gjennomført av andre offentlige instanser, viser at generelle tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven i liten grad blir gitt rusmiddelmissbrukere, slik det er oppfordret til i loven. Undersøkelsen viser også at det er mangel på boliger og lang saksbehandlingstid for tildeling av bolig for rusmiddelmissbrukere i kommunene. Dette støttes av annen forskning og utredning. Det kan stilles spørsmål ved om rusklieenter i tilstrekkelig grad får den hjelpen de har behov for og krav på.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at sosialtjenestene opplever det som vanskelig å få behandlingstilbud for rusmisbrukere med dobbeltdiagnose rus og psykiatri. En tredjedel av kommunene mangler tilbud for klienter med dobbeltdiagnose. Sju sosialtjenester oppgir at det er problemer knyttet til at de psykiatriske institusjonene ikke vil behandle klienter som er rusavhengige eller ruspåvirket, og som opplagt har et alvorlig psykisk problem.

Saksmappegjennomgangen viser at 11 prosent av rusmiddelmissbrukerne i liten grad har fått råd og veiledning før og under nærmiljøtiltak. Gjennomgangen viser også store variasjoner på hvor mange rådgivnings- og veiledningsmøter den enkelte klient får. Undersøkelsen viser også at flere sosialtjenester

synes å mangle nødvendige rutiner og systematikk når det gjelder å gi råd og veiledning til rusmiddelmissbrukere.

Når det gjelder sosialtjenestens oppfølging før, under og etter institusjonsplassering, viser undersøkelsen at det kun for fem av 55 klienter er utarbeidet en tiltaksplan i forbindelse med institusjonsbehandling. For 23 av 55 klienter foreligger det ingen dokumentasjon på at sosialtjenesten har foretatt noen kartlegging i forbindelse med søknad om institusjonsbehandling. Undersøkelsen viser videre at det for en del av klientene ikke har vært noen kontakt mellom sosialtjenesten og klienten under og etter institusjonsplasseringen, og at det i en del tilfeller heller ikke har vært planlagt oppfølgingstiltak i etterkant av institusjonsbehandlingen. Manglende kontakt mellom klienten og sosialtjenesten i fasen etter institusjonsplassering innebærer et brudd i tiltakskjeden, og tilsier at sosialtjenesten ikke kan gjøre en vurdering av klientens situasjon.

Saksmappegjennomgangen viser at det for ni klienter med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har tatt over ett år for sosialtjenesten å vurdere og videresende søknad etter at ønske om LAR er nevnt. For to av disse klientene har det tatt ca. fire år fra LAR er nevnt til det er søkt. Undersøkelsen viser videre at det synes å være ulik praksis mellom sosialtjenestene om søknaden fremmes fortløpende, eller om søknaden fremmes etter hvert som kommunen har kapasitet til å ta seg av flere LAR-klienter. Dette støttes av LAR-evalueringen som Sosial- og helsedirektoratet har fått gjennomført. Undersøkelsen stiller spørsmål ved om LAR-søkere får en likeverdig behandling. Riksrevisjonens undersøkelse viser videre at det i en fjerdedel av sakene ikke er funnet dokumentasjon på at klienten har fått tildelt nærmiljøtiltak under LAR. Undersøkelsen stiller derfor spørsmål ved om LAR-klienter får en tilstrekkelig sosialfaglig rehabilitering.

Saksmappegjennomgangen viser at det i noe over halvparten av alle tvangssakene ikke foreligger tiltaksplan slik det er påkrevd. Undersøkelsen viser videre at for fem av 13 rusmiddelmissbrukere har det tatt over 90 dager før sosialtjenesten fremmet tvangssak etter at tvang første gang er nevnt som et alternativt tiltak. For tre av 11 gravide rusmiddelmissbrukere har det tatt over 60 dager før sosialtjenesten har fremmet tvangssak. Lang saksbehandlingstid for klienter som vurderes i forhold til tvangsplassering, utgjør en risiko for liv og helse så vel for klientene som for barna til gravide rusmiddelmissbrukere.

Sosialkomiteen har ved flere anledninger gitt uttrykk for at tvangsbestemmelsene blir for lite brukt. Det ble i 1998 vedtatt endringer i sosialtjenesteloven hvor intensjonen var en mer effektiv bruk av regelverket knyttet til tvangsplassering av rusmiddelmissbrukere. I undersøkelsen er det indikasjoner på at sosialtjenestene i liten grad tar initiativ til tvangsplassering.

sering av rusmiddelmissbrukere. I 2003 var 53 rusmiddelmissbrukere tvangsplassert etter vedtak i fylkesnemnda.

### 3 HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 11. mars 2005 avgitt uttalelse til Riksrevisjonens rapport. Arbeids- og sosialdepartementet har i tillegg oversendt sin uttalelse til rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet datert 11. mars 2005. Uttalelsen er vedlagt Helse- og omsorgsdepartementets brev til Riksrevisjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at Riksrevisjonens rapport er et viktig grunnlag for departementets videre arbeid for å bedre situasjonen for rusmiddelmissbrukere.

Etter departementets vurdering underkommuniserer rapporten at rusomsorgen ikke er en særomsorg. Departementet viser til Innst. S. nr. 121 (1992–93) hvor stortingskomiteen sier seg enig i departementets ønske om å integrere behandlingen av rusmiddelmissbrukere i det ordinære helse- og sosialapparatet.

Departementet viser i sin tilbakemelding til at det ikke finnes en entydig definisjon av «rusmiddelmissbrukere», som igjen kunne muliggjort innhenting av systematisk informasjon og statistikk.

Departementet gir uttrykk for at Stortinget baserer sitt arbeid på at det lokale selvstyret skal styrkes, og at målet er mest mulig myndighet og oppgaver desentralisert til kommunene. Det vises til Innst. S. nr. 307 (2000–2001) fra kommunalkomiteen hvor komiteen slutter seg til at målet må være mest mulig myndighet og oppgaver desentralisert til kommunene. Komiteen sier at ansvaret for beslutninger og oppgaveløsning må flyttes nærmest mulig dem det gjelder.

Departementet uttaler at Sosial- og helsedepartementet, og senere Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, de siste årene har hatt ansvar eller delansvar for en rekke handlingsplaner, herunder «Kunnskap og brubygging», «Tiltaksplan mot fattigdom», «Rusmiddelpolitisk handlingsplan», «Opptappingsplanen for psykisk helse» og «Bolisosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold». Departementet uttrykker at disse handlingsplanene har hatt og har kommunenes sosialtjeneste som en sentral adressat. Tiltakene i handlingsplanene er og har vært rettet mot svakere stilte grupper, hvor rusmiddelmissbrukere utgjør en vesentlig andel.

Departementet påpeker at det i de siste årene er nedlagt et betydelig arbeid for å bedre arbeidet med og forholdene for rusmiddelmissbrukere. Det vises til at tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering er betydelig utvidet, og at lavterskel helse- og sosialtje-

nester er etablert. Departementet viser videre til «rusreformene», hvor staten ved de regionale helseforetakene har overtatt ansvaret for andrelinjetjenesten fra fylkeskommunene, herunder ansvaret for å yte tverrfaglige spesialisttjenester til rusmiddelmissbrukere. Departementet mener at når Riksrevisjonens undersøkelse avgrenses i forhold til de store endringene som har skjedd i det siste, blir ikke analysen fullstendig.

### 4 RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å vurdere i hvilken grad departementet ivaretar sitt overordnede nasjonale ansvar for at oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere i kommunene gjennomføres i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. For å kunne vurdere hvordan departementet ivaretar sitt overordnede og nasjonale ansvar på området, har Riksrevisjonen innhentet opplysninger fra kommunene. Undersøkelsen er avgrenset slik at det ikke skal gjøres vurderinger av tiltak som relativt nylig er iverksatt, og som derfor ikke kan forventes å være implementert og operative.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede og nasjonale ansvaret for lov om sosiale tjenester, herunder oppfølging og tiltak for rusmiddelmissbrukere. Dette innebærer blant annet ansvaret for et samlet tjenestetilbud og tiltaksapparat, slik det er beskrevet i sosialtjenesteloven. For at statlige myndigheter skal kunne ivareta sitt overordnede nasjonale ansvar der ansvaret for oppgaveløsningen er lagt til kommunene, er det en forutsetning med regelmessig styringsinformasjon, for eksempel ved rapporteringer, evalueringer og statistikk.

Riksrevisjonens undersøkelse har vist at det ikke rapporteres systematisk fra kommunene til staten om oppfølging av rusmiddelmissbrukere, at det går lang tid mellom evalueringene, og at det ikke finnes relevant statistikk om den kommunale sosialtjenestens arbeid med rusmiddelmissbrukere. Riksrevisjonen er positiv til den styrkingen av tilsynet med sosialtjenesteloven som har funnet sted, men mener at dette ikke kan kompensere for svakhetene knyttet til rapportering, evaluering og statistikk.

Riksrevisjonen er kjent med at rusomsorgen ikke er en særomsorg. Etter Riksrevisjonens oppfatning bør det likevel på statlig nivå foreligge relevant informasjon om viktige sosialpolitiske grupper. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at problemer med å definere «rusmiddelmissbrukere» entydig ikke gjør det mulig å innhente systematisk informasjon og statistikk på nasjonalt nivå. Riksrevisjonen ser utfordringene med å etablere rapporteringsordninger som fullt ut er dekkende. Riksrevisjonen vil peke på at det likevel vil være mulig å utarbeide indikatorer for oppfølging og tiltak for erkjente rusmiddelmissbrukere som har kontakt med sosialtjenesten. Riksrevis-

sjonens undersøkelse viser at enkelte kommuner har saksbehandlingssystemer hvor det er mulig å skille ut rusklienter fra andre klienter, og hvor det er mulig å utarbeide oversikter over klienter som har et erkjent rusmiddelproblem.

Departementet har de siste årene hatt ansvar eller delansvar for en rekke handlingsplaner og tilskuddsordninger rettet mot svakerestilte grupper, hvor rusmiddelmissbrukere er én av målgruppene. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det har vært vanskelig å etablere tiltak som opprettholdes over tid, gjennom disse handlingsplanene.

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet rundskriv som generelt presiserer praktiseringen av sosialtjenesteloven, og dessuten veiledningsmaterieell for tvangsbestemmelsene. Undersøkelsen viser likevel betydelige mangler ved den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere, blant annet at identifisering og kartlegging av rusmiddelproblemet gjennomføres sent. Undersøkelsen gir indikasjoner på at sosialtjenesten ikke har tilstrekkelige og hensiktsmessige metoder, rutiner og systemer for å gi en god oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Riksrevisjonen reiser spørsmål om Helse- og omsorgsdepartementet (og tidligere Sosialdepartementet) har vært tilstrekkelig aktivt når det gjelder å sørge for at det utvikles veiledninger, verktøy og modeller for å sikre større systematikk i arbeidet.

Mange kommuner mangler saksbehandlingsrutiner og har mangelfull dokumentasjon i journalnotatene og i saksmappene ved sosialtjenestene. Manglende skriftlige saksbehandlingsrutiner i sosialtjenesten kan gi ulik praksis mellom saksbehandlere på samme sosialtjeneste og føre til ineffektivitet. Det er også en risiko for at man ikke klarer å sikre kontinuitet i oppfølgingen, og at klientens rettssikkerhet ikke ivaretas. Mangelfull dokumentasjon reduserer etterprøvbareheten i forbindelse med klagebehandling, tilsyn og revisjon.

Riksrevisjonens undersøkelse viser videre at sosialtjenesten bruker lang tid på å fremme tvangssaker og søknader om legemiddelassistert rehabilitering. Riksrevisjonens undersøkelse gir indikasjoner på at ikke alle som søker om legemiddelassistert rehabilitering, får en likeverdig behandling. Sosialtjenestens saksbehandlingstid før tvangssak fremmes, vurderes som lang sett i forhold til sakenes alvorlige karakter. Lang saksbehandlingstid for klienter som vurderes for tvangsplassering, utgjør en risiko for liv og helse så vel for klientene som for barna til gravide rusmiddelmissbrukere.

Undersøkelsen viser at de generelle tjenestene i sosialtjenesteloven i liten grad blir vurdert i forhold til oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Undersøkelsen viser også at det er mangel på boliger til rusmiddelmissbrukere. En fjerdedel av klientene under legemiddelassistert rehabilitering som har rett på sosialfaglig rehabilitering, har ikke fått nærmiljøtiltak under rehabiliteringen. Det er videre avdekket manglende oppfølging og kontakt mellom sosialtjenesten og klienter under institusjonsbehandling og i oppfølgingsfasen etter institusjonsbehandling. Riksrevisjonens undersøkelse viser at rusklienter ikke i tilstrekkelig grad får den hjelp, oppfølging og de tiltak de har behov for og krav på.

## 5 HELSE- OG OMSORGS- DEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 2. mai 2005 svart:

*«Det vises til tidligere korrespondanse, senest vårt brev av 11.03.05 og Riksrevisjonens brev av 13.04.05 med vedlegg.*

*Departementet har ingen ytterligere merknader til Riksrevisjonens bemerkninger.»*

## 6 RIKSREVISJONENS UTTALELSE

Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har tilstrekkelig informasjon om kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere, og departementet har i liten grad gjennomført evalueringer av den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Etter Riksrevisjonens vurdering bør departementet ha regelmessig informasjon om kommunenes arbeid for å kunne ivareta sitt overordnede nasjonale ansvar på dette området.

Riksrevisjonen vil framheve at mange rusmiddelmissbrukere ikke følges opp slik de har krav på ved den kommunale sosialtjenesten. Sosialtjenestene bruker i mange tilfeller lang tid på å kartlegge og identifisere rusmiddelproblemet og å fremme tvangssaker eller søke om legemiddelassistert rehabilitering. Rusmiddelmissbrukere får i liten grad generelle tjenester etter sosialtjenesteloven, og personer i legemiddelassistert rehabilitering får ikke alltid nødvendig sosialfaglig rehabilitering. I tillegg får rusmiddelmissbrukere i en del tilfeller ingen oppfølging av sosialtjenesten under institusjonsbehandling og i oppfølgingsfasen etter institusjonsbehandling.

Etter Riksrevisjonens vurdering bør departementet ta et initiativ til at det utvikles veiledninger, verktøy og modeller for å bidra til større systematikk og kunnskap i kommunenes arbeid, og til at rusmiddel-

misbrukere får en bedre oppfølging fra sosialtjenesten i kommunene.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 25. mai 2005.

**Bjarne Mørk-Eidem**

**Annelise Høegh**

**Jan L. Stub**

**Wenche Lyngholm**

**Helga Haugen**

---

Therese Johnsen

Vedlegg

# Rapport

**Styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmisbrukere**

## Innhold

	Side
<b>1 Innledning</b> .....	9
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen .....	9
1.2 Formål og problemstillinger .....	10
<b>2 Metodisk tilnærming og gjennomføring</b> .....	11
2.1 Datainnsamling på statlig nivå .....	11
2.2 Datainnsamling i kommunene .....	11
2.2.1 Utvalg av kommuner .....	11
2.2.2 Intervju .....	11
2.2.3 Saksmappegjennomgang .....	12
2.2.4 Dokumentasjonsgjennomgang .....	12
2.3 Data fra andre kilder .....	12
<b>3 Revisjonskriterier</b> .....	14
3.1 Det overordnede nasjonale ansvaret for oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	14
3.2 Ansvars- og oppgavefordelingen mellom staten og kommunene .....	14
3.3 Kommunenes organisering, styring og saksbehandlingssystem for oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	15
3.4 Kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	15
3.4.1 Nærmiljøtiltak .....	16
3.4.2 Oppfølging under institusjonsbehandling .....	16
3.4.3 Oppfølging ved tvangsplassering .....	17
3.4.4 Oppfølging etter institusjonsbehandling .....	17
3.4.5 Oppfølging under legemiddelassistert rehabilitering .....	17
<b>4 Faktagrunnlag</b> .....	19
4.1 Departementets ivaretagelse av det overordnede nasjonale ansvaret .....	19
4.1.1 Departementets virkemidler .....	20
4.2 Kommunenes organisering, styring og saksbehandlingssystem .....	23
4.2.1 Organisering .....	23
4.2.2 Planer .....	25
4.2.3 Rapportering .....	25
4.2.4 Saksbehandlingsrutiner .....	25
4.2.5 Dokumentering i journal- og saksbehandlingssystem .....	25
4.2.6 Internkontroll .....	25
4.3 Kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	26
4.3.1 Identifisering av rusproblematikk .....	26
4.3.2 Kartlegging .....	27
4.3.3 Nærmiljøtiltak .....	28
4.3.4 Kontakt før og under nærmiljøtiltak .....	32
4.3.5 Oppfølging ved behandling i rusinstitusjon .....	33
4.3.6 Tvangsplassering av rusmiddelmissbrukere i institusjon .....	35
4.3.7 Oppfølging etter institusjonsbehandling .....	38
4.3.8 Legemiddelassistert rehabilitering .....	40
<b>5 Vurderinger</b> .....	43
5.1 Departementets overordnede og nasjonale ansvar for oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	43
5.2 Kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	44
5.2.1 Styrings- og saksbehandlingssystemene i kommunene .....	44
5.2.2 Den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere .....	44
<b>Vedlegg 1</b> .....	46

## 1 Innledning

### 1.1 BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN

I innstillingen til lov om sosialtjenester, Innst. O. nr. 9 (1991–92), understreket sosialkomiteen at rusmiddelmissbruk er et av våre største sosiale problemer. Det angår både den enkelte misbruker, misbrukerens familie og samfunnet som blir belastet med betydelige økonomiske kostnader og ressurser.

De siste 10–15 årene har det vært en stor økning i bruken av rusmidler og av antallet tungt belastede misbrukere med høy dødelighet. Det er vokst fram nye misbrukergrupper og misbrukermønstre. I 1989 ble antallet sprøytemisbrukere anslått til å være mellom 4000 og 5000. Dette anslaget økte til mellom 10 500 og 14 000 i 2001. Antall narkotikarelaterte dødsfall har også økt i løpet av 1990-årene, særlig i siste halvdel av tiåret. I 1990 var det totalt 90 narkotikarelaterte dødsfall mot 405 dødsfall i 2001<sup>1</sup>. Det generelle alkoholforbruket i befolkningen har også økt i løpet av 1990-årene<sup>2</sup>.

Sosialkomiteen ga i Innst. S. nr. 184 (1996–1997), til St.meld. nr. 16 (1996–1997) «Narkotikapolitikken», uttrykk for at det må rettes et kritisk blikk mot de behandlingstiltakene som blir gitt, og resultatene av dem. Komiteen uttaler at for mange rusmiddelmissbrukere går fra det ene behandlingsopplegget til det andre, og at dette koster samfunnet mye ressurser, både økonomisk og menneskelig. Komiteen gir også uttrykk for at ettervernstilbudene etter opphold i institusjon er for dårlige, og at kommunene her ikke gjør en god nok jobb. Komiteen uttaler videre at kommunene sammen med behandlingstiltakene må sørge for at misbrukeren kommer i arbeid eller starter på en utdanning, samtidig som det sørges for et tilbud om bolig og hjelp til å etablere et nytt sosialt nettverk.

Rusmiddelmissbrukerne i Norge skal motta tjenester fra det offentlige på lik linje med andre innbyggere. Det gjelder blant annet tjenester og bistand knyttet til økonomi, bolig, utdanning og arbeid. Rusmiddelmissbrukerne skal også motta tjenester som er rettet mot selve rusmiddelmissbruket, det vil si hjelp til å oppnå rusfrihet eller begrense rusmiddelmissbruket og tjenester for å sikre en tilfredsstillende helse-tilstand.

I 2003 var de samlede kommunale nettoutgiftene i sosialtjenesten på 7,2 milliarder kroner, og av disse var 4,4 milliarder kroner knyttet til netto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp og 2,1 milliarder til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid ved sosialtjenesten<sup>3</sup>. Netto driftsutgifter på funksjon 243 «Tilbud til personer med rusproblemer» var på 635,4 millioner kroner. Fram til 2004 da ansvaret for rusinstitusjonene ble overført til helseforetakene, registrerte kommunene utgiftene de hadde hatt til institusjonsopphold, behandlingstiltak og ettervern, på denne funksjonen. Kommunenes øvrige utgifter til tiltak og oppfølging av rusmiddelmissbrukere er ikke spesifisert i KOSTRA.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har anslått de totale utgiftene som er knyttet til rusmiddelmissbrukere, til å være om lag 2,2 milliarder kroner eller 479 kroner per innbygger i 2001<sup>4</sup>. SIRUS mener selv at dette er et forsiktig anslag både fordi mange utgifter er utelatt (blant annet sysselsettingstiltak), og fordi utregningen er basert på at rusmiddelmissbrukere får like mye i sosialhjelp som andre sosialhjelpsmottakere. SIRUS mener imidlertid at mange rusmiddelmissbrukere mottar mer i stønad enn andre brukere av tjenesten, og at støtten utbetales over en lengre periode. SIRUS konkluderer derfor med at det er sannsynlig at rusmiddelmissbrukerne mottar en større andel av sosialhjelpen enn det som ligger til grunn i beregningene<sup>5</sup>.

SIRUS anslår at om lag 23 prosent av sosialhjelpsmottakerne har rusproblemer<sup>6</sup>, mens Stiftelsen for industriell og teknisk forskning ved Norges tekniske høgskole (SINTEF) i en undersøkelse finner at andelen av klienter ved sosialtjenestene som har rusmiddelproblemer, er 38 prosent<sup>7</sup>. Med utgangspunkt i anslagene vil antall rusmiddelmissbrukere som har

<sup>3</sup> KOSTRA.

<sup>4</sup> Anslaget til SIRUS baserer seg på at alle utgiftene under funksjonen «Tilbud til personer med rusproblemer» i KOSTRA kan tilskrives rusmiddelmissbrukere, og at 23 % av utgiftene til økonomisk sosialhjelp og råd og veiledning ved sosialtjenesten kan tilskrives rusmiddelmissbrukere. I tillegg legger SIRUS til grunn at 11,6 prosent av barnevernsutgiftene kan tilskrives utgifter i forhold til rusmiddelmissbrukere.

<sup>5</sup> SIRUS rapport nr. 3/2003 «Rus og Psykiatri i inntektssystemet for kommunene» av Hans Olav Melberg og Øyvind Omholt Alver, sidene 37 og 38.

<sup>6</sup> SIRUS rapport nr. 3/2003 «Rus og Psykiatri i inntektssystemet for kommunene» av Hans Olav Melberg og Øyvind Omholt Alver.

<sup>7</sup> SINTEFs rapport (2004) «Rusklienter og tjenester før «rusreformen». En tverrsnittundersøkelse» av Tonje Gundersen, Lisbet Grit, Mitch Loeb, Torleif Ruud, Tone Eikeland, Sverre Nesvåg og Esben Olsen.

<sup>1</sup> Rapport om narkotikasituasjonen i Norge 2002 (EMCDDA). SIRUS.

<sup>2</sup> I 1991 var alkoholforbruket per innbygger 15 år og over 4,90 liter ren alkohol. I 2003 var alkoholforbruket steget til 6,03 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over. (SIRUS 2003/SIRUS hjemmeside.)



kontakt med sosialtjenesten, ligge et sted mellom 33 000 og 55 000 på landsbasis<sup>8</sup>.

Fra 1. oktober 2004 fikk Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede nasjonale ansvaret for at hjelpetiltak, rehabilitering og ettervern for rusmiddelmissbrukere blir gjennomført i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. Departementet har det overordnede og nasjonale ansvaret for lov om sosiale tjenester. Dette innebærer blant annet ansvaret for at det finnes et tjenestetilbud og et tiltaksapparat, slik det er beskrevet i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven<sup>9</sup>. Fra 1. oktober 2004 fikk Arbeids- og sosialdepartementet det overordnede nasjonale ansvaret for rusmiddelpolitikken i Norge og har ansvar for samordning av innsatsen mot rusmiddelproblemer<sup>10</sup>.

Det er en rekke instanser på flere forvaltningsnivåer som skal ivareta tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Dette medfører at samordningen mellom aktørene er krevende med hensyn til informasjonsflyt og samhandling. Tilsvarende blir det vanskelig å få oversikt over om virkemidlene på rusområdet virker etter intensjonene.

## 1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med undersøkelsen er å belyse i hvilken grad departementet sørger for at oppfølging av rusmiddelmissbrukere i kommunene gjennomføres i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Undersøkelsen skal belyse følgende problemstillinger:

- 1 På hvilken måte ivaretar departementet sitt overordnede nasjonale ansvar når det gjelder kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere?
- 2 I hvilken grad er styrings- og saksbehandlingssystemet i kommunene tilstrekkelig og hensiktsmessig for å ivareta gjeldende krav om oppfølging av rusmiddelmissbrukere?
- 3 I hvilken grad følger kommunene opp rusmiddelklienter med råd, veiledning og hjelpetiltak?
- 4 I hvilken grad ivaretar kommunene sitt ansvar når det gjelder oppfølging av klienter under legemiddelassistert rehabilitering, tvangsplassering og institusjonsbehandling?

Med rusmiddelmissbrukere forstås klienter ved den kommunale sosialtjenesten som ifølge sosialtjenesten har et erkjent eller avdekket problem relatert til misbruk av alkohol og/eller andre rusmidler. For å kunne si noe om i hvilken grad departementet sørger for at oppfølging av rusmiddelmissbrukere i kommunene gjennomføres i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger, er det nødvendig å hente informasjon på kommunenivå. Problemstillingene 2, 3 og 4 har derfor fokus på kommunene. Når det gjelder kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere, avgrenses undersøkelsen til å gjelde oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere etter lov om sosiale tjenester. Oppfølging av rusmiddelmissbrukere kan omfatte en lang rekke tiltak slik som identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, nærmiljøtiltak, omsorgs- og behandlingstiltak. I undersøkelsen vil det bli foretatt en nærmere kartlegging av sosialtjenestens arbeid med noen av disse tiltakene. Dette gjelder oppfølging av klienter under legemiddelassistert rehabilitering, tvangsplassering og institusjonsbehandling. Undersøkelsen omhandler ikke oppfølging av rusmiddelmissbrukeres pårørende.

Med den kommunale sosialtjenesten mener en her sosialtjenesten eller andre virksomheter i kommunen som følger opp rusmiddelmissbrukere etter kapittel 6 i sosialtjenesteloven, heretter i hovedsak kalt sosialtjenesten dersom annet ikke er uttrykkelig nevnt.

Undersøkelsen er avgrenset slik at det ikke skal gjøres vurderinger av tiltak som relativt nylig er iverksatt, og som derfor ikke kan forventes å være implementerte og operative. Dette gjelder

- rusinstitusjonene som ble overført til staten ved de regionale helseforetakene med virkning fra 1. januar 2004
- rettighet til individuelle planer for klienter med langvarige og koordinerte tjenester, endring i sosialtjenesteloven med virkning fra 1. januar 2004
- det overordnede faglige tilsynet med den kommunale sosialtjenesten, inkludert tilsyn av rusmiddeloppfølgingen som ble overført til Statens helsetilsyn med virkning fra 1. januar 2003

<sup>8</sup> Beregningene er basert på antall mottakere av økonomisk sosialhjelp i KOSTRA. I SINTEFs undersøkelse er antall rusmiddelmissbrukere anslått ut fra alle klienter ved sosialtjenestene, slik at anslaget kan være noe for høyt.

<sup>9</sup> Brev av 03.11.2004 fra HOD til Riksrevisjonen.

<sup>10</sup> St.prp. nr. 1 (2004–2005).

## 2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved hjelp av intervjuer, saksmappegjennomgang, spørreskjemaundersøkelse og dokumentanalyse. I tillegg er data fra offentlige utredninger, forskningsrapporter og Statistisk sentralbyrå anvendt.

### 2.1 DATAINNSAMLING PÅ STATLIG NIVÅ

Det er gjennomført intervju med tidligere Sosialdepartementet og Helsedepartementet 21. september 2004 for å få informasjon om departementenes arbeid knyttet til oppfølging av rusmiddelmissbrukere. På møtet deltok enheter som ved omorganiseringen 1. oktober 2004 ble overført til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. Referatet fra møtet er verifisert av Helse- og omsorgsdepartementet 3. november 2004.

Det er gjennomført intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10. september 2004 for å få informasjon om direktoratets arbeid knyttet til oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Det er også avholdt møte med Statens helsetilsyn for å få informasjon om helsetilsynets overordnede og landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Det er utarbeidet referater fra samtlige intervjuer, og disse er verifisert av de respektive virksomhetene.

Alle fylkesmennene inngår i en spørreskjemaundersøkelse vedrørende embetets oppgaver knyttet til kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Undersøkelsen er gjennomført for å få et helhetlig bilde av fylkesmannens oppgaver, for eksempel i forbindelse med tilrettelegging for sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere både med hensyn til kompetanseheving, veiledning og tilsyn.

### 2.2 DATAINNSAMLING I KOMMUNENE

For å belyse problemstillingene i undersøkelsen på kommunalt nivå er det gjennomført intervjuer og saksmappegjennomgang. Riksrevisjonen har valgt saksmappegjennomgang for å få nøyaktige opplysninger om sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere, hvor intervjuene supplerer disse opplysningene. Det er i tillegg innhentet dokumentasjon i form av plandokumenter og rapporter, samt diverse tallmateriale knyttet til oppfølging av rusmiddelmissbrukere ved sosialtjenesten.

#### 2.2.1 Utvalg av kommuner

Kriteriene for valg av kommuner baserer seg på at utvalget skal bestå av både by- og landkommuner,

store og mellomstore kommuner ut fra innbyggertall og geografisk spredning. Små kommuner er ekskludert fra undersøkelsen fordi en ønsker å se på tjenestetilbudet ved steder med et større antall rusmiddelmissbrukere.

Ut fra de kriteriene som er angitt ovenfor, er det valgt ut 20 kommuner. Det er grunn til å tro at de funn som kommer fram i undersøkelsen, vil ha relevans for øvrige by- og landkommuner med tilsvarende størrelse. Totalt inngår 24 sosialtjenester i undersøkelsen, da utvalget i tillegg til 20 «ordinære» sosialtjenester består av fire virksomheter med ansvar for oppfølging av rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven kapittel 6 organisert utenom sosialtjenesten.

Følgende kommuner med sosialtjenester inngår i datautvalget:

- Tre sosialtjenester ved tre bydeler i Oslo (Nordstrand, St. Hanshaugen og Sagene bydel)
- Sju sosialtjenester i fire storbyer med over 50 000 innbyggere (Bergen, Drammen, Stavanger og Tromsø)
- Seks sosialtjenester i fem mellomstore byer med mellom 30 000 og 50 000 innbyggere (Arendal, Bodø, Sarpsborg, Tønsberg og Ålesund kommune)
- Tre sosialtjenester i tre småbyer med under 30 000 innbyggere (Horten, Lillehammer og Molde kommune)
- Fem sosialtjenester i fem store og mellomstore landkommuner med over 10 000 innbyggere (Asker, Elverum, Karmøy, Lørenskog og Stjørdal kommune)

#### 2.2.2 Intervju

Intervjuene med sosialtjenestene omhandler informasjon om styrings- og saksbehandlingssystemene i kommunene, samt sosialtjenestens rutiner og arbeid med oppfølging av rusklienter i nærmiljøtiltak, institusjon, tvang og legemiddelassistert rehabilitering. Intervjuene i sosialtjenestene er gjennomført med sosialleder og saksbehandlere som jobber med rusproblematikk. Det er i hovedsak intervjuet om situasjonen ved sosialtjenesten på intervjutidspunktet og om praksis i nær fortid forut for intervjuet. Referat fra samtlige intervjuer er verifisert av sosialtjenesten.

### 2.2.3 Saksmappegjennomgang

Saksmappegjennomgangen er gjennomført for å få informasjon om hvor målrettet den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere er. I saksmappegjennomgangen er sosialtjenestens bruk av råd og veiledning, hjelpetiltak og oppfølgingen før, under og etter hjelpetiltak kartlagt.

Sakene i saksmappegjennomgangen er valgt ut tilfeldig, og de er representative for alle sakene i de kommunene som er besøkt. I forkant av revisjonsbesøkene hadde sosialtjenesten laget en oversikt over klienter med et erkjent/avdekket rusproblem. Det er sosialtjenestens forståelse av om det foreligger et rusproblem, som ligger til grunn for utvalgslisten. Se vedlegg 1 for nærmere beskrivelse av utvalg av saksmapper og fordeling ut fra kjønn, alder og rusmiddelmissbruk.

Det er gjort en avgrensning når det gjelder utvalg av saker, hvor sakene i undersøkelsen er førstegangsregistrert ved sosialtjenesten 1. januar 1998 eller senere. Begrunnelsen for denne avgrensningen er at det er mest relevant å kartlegge sosialtjenestens praksis de siste årene. For å begrense omfanget av saksmappegjennomgangen, er kartlegging av institusjonsbehandling, tvangsplassering og legemiddelassistert rehabilitering avgrenset til den siste relevante registrerte behandlingen. Når det gjelder saker som omhandler legemiddelassistert rehabilitering og tvangsplassering, er disse sakene registrert før 1. januar 1998, mens selve tiltaket, den legemiddelassisterte rehabiliteringen eller tvangsplasseringen, er registrert i perioden 1. januar 1998 eller senere. Begrunnelsen for dette er at det er få klienter med legemiddelassistert rehabilitering som er kvalifisert for denne formen for behandling, og som samtidig er førstegangsregistrert 1. januar 1998 eller senere. Når det gjelder tvangsplasseringer, ville en fått for få saker dersom en avgrenset utvalget til saker som er førstegangsregistrert 1. januar 1998 eller senere.

I de 24 sosialtjenestene er det valgt ut sju til åtte saker med institusjonsbehandling eller nærmiljøtiltak, fire til fem saker med legemiddelassistert rehabilitering og to til tre tvangssaker. Det er registrert saksmappedata fra til sammen 219 rusmiddelmissbrukere. Av disse er det 55 saker med institusjonsbehandling, 26 saker med tvangsplassering, 67 saker med legemiddelassistert rehabilitering og 71 saker med kun nærmiljøtiltak.

### 2.2.4 Dokumentasjonsgjennomgang

Organisasjonskart, plandokumenter, årsrapporter og eventuelle andre rapporter er gjennomgått for å kartlegge hvorvidt sosialtjenesten utarbeider mål, planer, saksbehandlingsrutiner og tilstandsrapporter knyttet til rusmiddelmissbrukere.

Sosialtjenestene er bedt om å dokumentere eventuelle saksbehandlingsrutiner for arbeidet ved sosialtjenesten generelt og oppfølging av rusmiddelmiss-

brukere spesielt, standardiserte registrerings- eller kartleggings skjemaer om oppfølging av rusmiddelmissbrukere, samt internkontrollsystemer ved sosialtjenesten.

Sosialtjenestene har oppgitt antall klienter, rus-klienter, rusklienter i institusjonsbehandling, klienter i legemiddelassistert rehabilitering og klienter under tvang. Det er videre innhentet opplysninger om antall årsverk totalt i sosialtjenesten, antall årsverk saksbehandlere/sosialkonsulenter og antall årsverk ruskonsulenter. Alle tallene er per 31. desember 2003.

## 2.3 DATA FRA ANDRE KILDER

Det er gjennomgått en rekke stortingsmeldinger, odelstingsproposisjoner, offentlige utredninger og forskningsrapporter knyttet til området.

I faktabeskrivelsen refereres aktuelle data fra flere undersøkelser som er gjennomført av eller på oppdrag fra andre offentlige instanser.

- SINTEF, Rogalandsforskning og SIRUS har gjennomført en undersøkelse på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet som beskriver tilbudet til rusmiddelmissbrukere og deres behov, slik dette vurderes av tjenesteapparatet. Undersøkelsen omfatter opplysninger fra 159 representativt utvalgte sosialtjenester, 407 fastleger og 109 rusinstitusjoner og rustiltak.
- AIM ResearchBasedConsulting har gjennomført en evaluering om legemiddelassistert rehabilitering på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Evalueringen omfatter landsomfattende statistiske data om LAR-klienter og data fra intervjuer med LAR-sentre, fylkeskommunen, kommuner og brukere i samtlige fire LAR-regioner<sup>11</sup>.
- Norsk byggforskingsinstitutt har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en landsomfattende kartlegging av bostedsløse<sup>12</sup>.
- FAFO har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse. Undersøkelsen omfatter spørreskjemadata fra 147 kommuner og bydeler. Store kommuner er overrepresentert i spørreundersøkelsen. Videre omfatter undersøkelsen intervjuer med 28 kommunalt ansatte og ansatte i frivillige institusjoner og åtte brukere av tjenestetilbudet.<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Sosial- og helsedirektoratet/AIM 2004, Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering, SKR-rapport nr. 7/2004 Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge – Rapport til Sosial- og helsedirektoratet av Mona Baadstøve Hansen, Hege Kornør og Helge Waal.

<sup>12</sup> Norsk byggforskingsinstitutt, Thorbjørn Hamen, Arne Holm og Steinar Østerby: Bostedsløse i Norge 2003 – en kartlegging.

<sup>13</sup> FAFO, Siri Ytrehus og Jon Anders Drøpping, «Den vanskelige fortsettelsen – En kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse». 2004.

- Statens helsetilsyn har i 1999 gjennomført en landsomfattende kartlegging av personer med dobbeltdiagnose rus og psykiatri<sup>14</sup>.
- Statens helsetilsyn har i 2004 gjennomført et landsomfattende tilsyn av tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven ka-

pittel 4. Det er gjennomført tilsyn i tre kommuner ved hvert fylkesmannsembete<sup>15</sup>.

Opplysninger om antall sosialhjelpsmottakere, utgifter i sosialtjenestene og nettoutgifter på økonomisk sosialhjelp er innhentet fra SSB/KOSTRA.

---

<sup>14</sup> Statens helsetilsyn, utredningsserie nr. 10/2000.

---

<sup>15</sup> Rapport Statens helsetilsyn nr. 4/2005. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere.

### 3 Revisjonskriterier

#### 3.1 DET OVERORDNEDE NASJONALE ANSVARET FOR OPPFØLGING AV RUSMIDDELMISBRUKERE

Arbeids- og sosialdepartementet har det overordnede nasjonale ansvaret for rusmiddelpolitikken. Departementet har med dette et særskilt ansvar for å samordne innsatsen mot rusmiddelproblemer og ta initiativ til å drøfte rusmiddelpolitiske problemstillinger med berørte departementer etter behov<sup>16</sup>. Departementet skal sørge for utredningsvirksomhet som sier noe om utviklingen innen rusområdet.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede nasjonale ansvaret for at hjelpetiltak, rehabilitering og ettervern for rusmiddelmisbrukere blir gjennomført i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. Departementet har også et overordnet nasjonalt ansvar for å bidra til behandling og omsorg for rusmiddelmisbrukere<sup>17</sup>.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede og nasjonale ansvaret for lov om sosiale tjenester, herunder oppfølging og tiltak for rusmiddelmisbrukere. Dette innebærer blant annet ansvaret for tjenestetilbudet og et samlet tiltaksapparat, slik det er beskrevet i sosialtjenesteloven og kommunehelse-tjenesteloven<sup>18</sup>.

Departementet skal gi de retningslinjer og instruksjoner som er nødvendig for å nå lovens formål.

Departementet skal arbeide for at det blir satt i gang forskning som kan få betydning for løsningen av oppgaver etter loven. Departementet skal sørge for at det finnes et forsvarlig utdanningstilbud for personale, og at de som skal anvende loven ellers, får forsvarlig veiledning. Departementet skal sørge for utarbeidelse av informasjonsmaterieil som sosialtjenesten kan bruke<sup>19</sup>.

Departementet skal føre tilsyn med at sosialtjenesteloven, forskriftene og andre bestemmelser som gjelder for tjenester og tiltak etter loven, blir anvendt riktig og på en måte som fremmer lovens formål på en god og hensiktsmessig måte. Departementet skal sørge for at erfaringene med loven blir vurdert, og at det blir gjennomført nødvendige endringer i regelverket.

#### 3.2 ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELINGEN MELLOM STATEN OG KOMMUNENE

Sosialtjenesteloven har som formål å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling, å forebygge sosiale problemer og å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. De nasjonale målene er at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn, seksuell legning, bosted, inntekt og ressurser, skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet<sup>20</sup>.

Sentrale mål for oppfølging av rusmiddelmisbrukere er å bedre tilgangen til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Det er et mål å øke andelen misbrukere som får hjelp av legemiddelassistert rehabilitering og medikamentfri behandling for å komme seg ut av misbruket eller få betydelig bedret livskvalitet. Det er et sentralt mål i rusmiddelpolitikken å redusere forekomsten av rusmiddelrelaterte helseskader og dødsfall<sup>21</sup>. Stortinget har gitt uttrykk for at det må tas et skikkelig løft for å oppnå en bedring av boforholdene for rusmiddelmisbrukere, samtidig som nettverksbygging gjennom utdanning, arbeid og fritidsaktiviteter er viktig for en helhetlig og sosial rehabilitering<sup>22</sup>.

Oppfølgingen av den enkelte rusmiddelmisbruker er i hovedsak lagt til kommunene. I St.meld. nr. 23 (1992–93) Om forholdet mellom staten og kommunene, ble det slått fast at et mål- og resultatstyringsperspektiv skal legges til grunn for forholdet mellom staten og kommunene. Mål- og resultatstyring er et styringsverktøy hvor en søker å tydeliggjøre mål, fastsette resultatkrav og systematisere rutiner for resultatrapportering. For at mål- og resultatstyring skal virke godt, bør følgende være oppfylt:

- definerte mål og resultatkrav
- dokumentert sammenheng mellom resultater og virkemiddel
- rapportering av måloppnåelse og virkninger

<sup>16</sup> Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005.

<sup>17</sup> Ansvaret for andrelinjetjenesten for rusmiddelmisbrukere er fra 01.01.2004 flyttet over til Helsedepartementet.

<sup>18</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 03.11.2004 til Riksrevisjonen.

<sup>19</sup> Jf. sotjl § 2–5.

<sup>20</sup> Rundskriv IS-1/2004 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2004.

<sup>21</sup> Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003–2005).

<sup>22</sup> St.prp. nr. 1 (2003–2004).

For at statlige myndigheter skal kunne ivareta sitt overordnede nasjonale ansvar der oppgaveløsningen er lagt til kommunene, er det en forutsetning med løpende tilbakemelding om blant annet utviklingen av tjenestene og hvilke resultater som er oppnådd, sett i forhold til de nasjonale målsettingene. Det er behov for styringsinformasjon, for eksempel ved regelmessige rapporteringer, evalueringer og statistikk, dels for å vurdere sammenhengen mellom ressursinnsats og resultat, dels for å vurdere virkemiddelbruken og om målene for den kommunale virksomheten er ivaretatt.

### 3.3 KOMMUNENES ORGANISERING, STYRING OG SAKSBEHANDLINGS-SYSTEM FOR OPPFØLGING AV RUSMIDDELMISBRUKERE

Kommunene har stor grad av frihet til å organisere tjenestene slik de ønsker, og har også frihet til å utforme hjelpetilbudet som gis. I forarbeidet til sosialtjenesteloven pekes det på at loven på den ene siden skal gi kommunene frihet til å utforme hjelpetilbudene, men på den andre siden at loven søkes utformet slik at den legger grunnlaget for oppnåelsen av landets samlede sosialpolitiske mål. Det er et overordnet og nasjonalt mål å sikre sosial trygghet og rimelige levekår for alle. Det påpekes i lovforarbeidet at den lokale utformingen av tjenestetilbudet ikke må komme i strid med kravet om likeverdighet og likebehandling<sup>23</sup>.

Alkoholoven § 1-7 d pålegger kommunen å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. I departementets mal for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan<sup>24</sup> blir det presisert at de rusmiddelpolitiske spørsmålene som kommunen stilles overfor, bør behandles helhetlig. Det må vurderes om kommunen gjennom de eksisterende tiltak har nådd de oppsatte resultatmål.

Kommuneloven stiller krav til at kommunene utarbeider økonomiplan for minst fire år og årsbudsjett som omfatter hele kommunenes virksomhet<sup>25</sup>. Plan- og bygningsloven fastsetter at kommunene skal utarbeide en kommuneplan, hvor kommunene skal utføre en løpende kommuneplanlegging med sikte på å samordne den fysiske, sosiale, etiske og kulturelle utviklingen i kommunene<sup>26</sup>.

Prosedyrer, instruksjer og rutiner for saksbehandling og oppfølging av rusmiddelmisbrukere bør være skriftlige for å sikre likebehandling og forutsigbarhet i oppfølgingen. Rutinebeskrivelser kan bidra til å

avdekke hull og mangler i arbeidet og øke bevisstheten rundt behov for helhetstenkning og bedre utnyttelse av ressursene<sup>27</sup>. Saksbehandlingsrutiner for sosialtjenesten bør omfatte krav til dokumentasjon av klientarbeidet i saksmapper og journalnotater. Dokumentasjon er blant annet viktig for å sikre likeverdig og målrettet oppfølging av klientene, kontinuitet, for eksempel ved skifte av saksbehandler, klientens innsynsrett og etterprøvbarehet når det gjelder klagebehandling, tilsyn og revisjon.

Det følger av god forvaltningsskikk at sosialtjenestens arbeid med rusmiddelmisbrukere skal gjennomføres etter en viss systematikk. I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten står det at kommunene har ansvar for å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner m.m.<sup>28</sup>.

### 3.4 KOMMUNENES OPPFØLGING AV RUSMIDDELMISBRUKERE

Oppfølging av rusmiddelmisbrukere kan omfatte en lang rekke tiltak som identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, behandling, omsorg og oppfølging av rusmiddelmisbrukere. I henhold til St.meld. nr. 16 (1996–97) er målsettingen med disse tiltakene å kontrollere eller stoppe rusmiddelmisbruket og forhindre videre utvikling av medisinske, psykologiske og sosiale problemer.

Tidlig identifisering av personer med rusproblemer er viktig for å gi målrettet hjelp til rusmiddelmisbrukere<sup>29</sup>. I Innst. S nr. 184 (1996–97) og St.meld. nr. 69 (1991–92) står det at tidlig identifisering er viktig både for å kunne gripe raskt inn i en misbrukerkarriere og for å bedre muligheten for å følge opp rusmiddelmisbrukeren kontinuerlig over tid i misbrukerens eget miljø. Spørsmål om rusproblemer bør rutinemessig bli tatt opp av sosialtjenesten i mottaksregistreringen eller i en av de første klientensamtalene.

Sosialtjenesten har etter sosialtjenesteloven plikt til å utrede hva slags omsorgs- og behandlingstilbud rusmiddelmisbrukeren trenger<sup>30</sup>. I dette ligger det at både klientens behov for hjelp og årsakene til at vedkommende er kommet i den aktuelle situasjonen, må kartlegges. Opplysningene skal gi grunnlag for en helhetlig vurdering av klientens situasjon før en be-

<sup>23</sup> Ot.prp. nr. 29 (1990–1991).

<sup>24</sup> Veiledende mal for kommunal ruspolitisk handlingsplan, Sosial- og helsedepartementet, 2000.

<sup>25</sup> §§ 44 nr. 3 og 46 nr. 2.

<sup>26</sup> § 20–1.

<sup>27</sup> Gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med små barn – temahefte/veileder for sosial- og barneverntjenesten i kommunen, Rusmiddeldirektoratet 1999. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten 20.12.2002 nr. 1731.

<sup>28</sup> Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002, § 4 g).

<sup>29</sup> Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003–2005).

<sup>30</sup> (Ot.prp. nr. 78 Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester mv. (1997–98): 18)). Rundskriv 1-1/93 «Lov om sosiale tjenester».

stemmer hvilken hjelp som skal ytes<sup>31</sup>. Hensikten med en grundig kartlegging er å få nok informasjon til å kunne sikre individuell tilpasning av tiltakene<sup>32</sup>. Kartleggingen bør foregå i en tidlig fase for å avdekke klientens behov, problemer og muligheter. Videre vil det ofte være nødvendig med en grundig kartlegging i forbindelse med utforming av tiltak, for eksempel valg av institusjonsbehandling.

Sosialtjenesten har et generelt ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer<sup>33</sup>. Videre har sosialtjenesten ansvar for gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak å hjelpe den enkelte til å komme bort fra alkohol og andre rusmidler<sup>34</sup>. Når sosialtjenesten har dannet seg et bilde av klientens situasjon, skal den prøve å hjelpe klienten på en måte som løser problemet eller forebygger at et sosialt problem oppstår. Råd og veiledningsplikten omfatter både spørsmål av personlig karakter og rådgivning om offentlige hjelpeordninger<sup>35</sup>. Kan sosialtjenesten ikke selv gi slik hjelp, skal den så langt det er mulig, sørge for at andre gjør det<sup>36</sup>.

Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgavene som den er pålagt etter loven<sup>37</sup>. I Innst. O. nr. 9 (1991–92) og Ot.prp. nr. 29 (1990–91) står det at samarbeid mellom sosialtjenesten og andre deler av forvaltningen bør omfatte både generell erfaringsutveksling, planlegging og koordinering og konkret samarbeid i enkeltsaker.

Når en klient har sammensatte behov og/eller tiltak iverksettes fra flere instanser, bør det når det er hensiktsmessig, etableres ansvarsgrupper med representanter fra berørte instanser. Ansvarsgrupper er et systematisk forpliktende arbeid som strekker seg over tid med felles møteplan, referat etc<sup>38</sup>.

### 3.4.1 Nærmiljøtiltak

Sosialtjenesten skal primært søke å hjelpe rusmiddelmissbrukeren gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak utenfor institusjon. I Ot.prp. nr. 29 (1990–91) og merknadene til sotjl, § 6-1, står det at sosialtjenesten skal vurdere om sosialtjenestelovens generelle tjenester skal tilbys den enkelte rusmiddelmissbruker. Dette vil være tjenester som det å skaffe midler-

tidig husvære eller boliger til vanskeligstilte, gi praktisk bistand og opplæring, gi avlastningstiltak, skaffe plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester eller ordne tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver<sup>39</sup>. Sosialtjenesten kan videre gi stønad til livsopphold<sup>40</sup> og i særlige tilfeller økonomisk hjelp for å overvinne en vanskelig livssituasjon (nødhjelp).

Misbruk av rusmidler er et problem som også kan kreve hjelpetiltak som er spesielt innrettet mot å hjelpe rusmiddelmissbrukeren bort fra selve misbruket. Særskilte tiltak for rusmiddelmissbrukere i nærmiljøet kan blant annet omfatte oppnevning av støttekontakt, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen og kontakt med primærhelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste<sup>41</sup>. I regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003–2005) og St.prp. nr. 1 (2002–2003) fra Helsedepartementet legges det vekt på at et verdig liv og økt livskvalitet er avhengig av at grunnleggende behov som bolig, arbeid og/eller aktiviteter og sosialt nettverk dekkes. Ifølge merknadene til lov om sosiale tjenester vil bolig med hjelpe- og vernetiltak ofte være nødvendig for å gi rusmiddelmissbrukere hjelp i nærmiljøet<sup>42</sup>.

### 3.4.2 Oppfølging under institusjonsbehandling

Når hjelp utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig, skal sosialtjenesten bistå med å etablere et behandlingssopplegg i en egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon<sup>43</sup>. Det er ikke en forutsetning at klienten selv bringer dette på bane<sup>44</sup>. I påvente av institusjonsplass skal sosialtjenesten om nødvendig sørge for midlertidige tiltak<sup>45</sup>.

I Innst. S. nr. 184 (1996–97) gir sosialkomiteen uttrykk for at det er viktig at det er et behandlingstilbud tilgjengelig når rusmiddelmissbrukeren er motivert for behandling. Sosialtjenesten bør raskt søke å skaffe institusjonsplass når sosialtjenesten anser dette som hensiktsmessig og klienten ønsker det. I de tilfellene der avrusning skjer utenfor institusjon, må det sikres at institusjonsoppholdet starter rett etter at avrusningen er avsluttet.

Sosialkomiteen peker i Innst. O. nr. 10 (1998–1999) på at kommunene bør lage tiltaksplaner for rusmiddelmissbrukere som oppholder seg frivillig i institusjon.

Sosialtjenesten skal følge opp klienter som er i et behandlingssopplegg, gjennom samtaler og om nødvendig hjemmebesøk og ved å legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institu-

<sup>31</sup> «Småbyundersøkelsen – alkoholvaner blant mottaksklienter på et sosialkontor – en utprøving av kort intervensjon» utgitt av Rusmiddeldirektoratet i 1998.

<sup>32</sup> «Effekter av behandlingen – Behandling av rusmiddelproblemer, en utredning om effekten av ulike behandlingsformer» av Jon Johansen, utgitt av Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet (1995).

<sup>33</sup> Jf. §§ 4–1 og 4–2 i sosialtjenesteloven.

<sup>34</sup> Jf. § 6–1 i sosialtjenesteloven.

<sup>35</sup> Småbyundersøkelsen. Rusmiddeldirektoratet, 1998.

<sup>36</sup> Jf. § 4–1 i sosialtjenesteloven.

<sup>37</sup> Jf. sotjl § 3–2.

<sup>38</sup> Kvalitetshåndbok for sosialtjenesten, Oslo kommune, 1999 og Administrativ terminologi for pleie- og omsorgstjenesten, 2003.

<sup>39</sup> Jf. sotjl. kapitlene 3 og 4.

<sup>40</sup> Jf. sotjl. kapittel 5.

<sup>41</sup> Jf. sosialtjenesteloven § 6–1. Ifølge Ot.prp. nr. 29 (1990–91) er oppregningen av tiltak i loven ikke uttømmende.

<sup>42</sup> Rundskriv I-1/93.

<sup>43</sup> Jf. sotjl § 6–1.

<sup>44</sup> Rundskriv I-1/93 «Lov om sosiale tjenester».

<sup>45</sup> Jf. sotjl § 6–1.

sjonsopphold<sup>46</sup>. Dette innebærer at sosialtjenesten, som en del av oppfølgingen, bør besøke klienten under institusjonsoppholdet<sup>47</sup>.

I henhold til Ot. prp. nr. 3 (2002–2003)<sup>48</sup> skal sosialtjenesten primært søke å etablere frivillige behandlingstiltak. Når frivillige tiltak ikke fører fram, skal sosialtjenesten vurdere å gjøre bruk av tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke<sup>49</sup>. Dette innebærer at rusmiddelbrukeren ved inntak til institusjon gir samtykke til at han eller hun kan holdes tilbake i opptil tre uker.

### 3.4.3 Oppfølging ved tvangsplassering

En rusmiddelmissbruker kan tas inn i en institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling uten eget samtykke hvis den fysiske eller psykiske helsen utsettes for fare og frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Tilbakeholdelsen kan vare opptil tre måneder<sup>50</sup>.

Sosialtjenesten skal til enhver tid på eget initiativ vurdere om situasjonen for en rusmiddelmissbruker er slik at vilkårene for bruk av tvang er oppfylt, og om tvangsinnleggelse er nødvendig. Sosialtjenesten skal følge opp klienten under og etter innleggelsen.

Sosialtjenesten har plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk<sup>51</sup>. Overfor gravide rusmiddelmissbrukere stilles det krav om en rask saksbehandling med korte frister<sup>52</sup>.

En gravid rusmiddelmissbruker kan uten eget samtykke tas inn på institusjon og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade<sup>53</sup>. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og hjelp for å bli i stand til å ta vare på barnet<sup>54</sup>. Sosialtjenesten skal minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse.

Sosialtjenesten skal utarbeide tiltaksplan for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon etter tvangsvedtak<sup>55</sup>.

### 3.4.4 Oppfølging etter institusjonsbehandling

Sosialtjenesten skal legge til rette for nødvendige tiltak ved avslutningen av et behandlingstiltak<sup>56</sup>.

Sosialtjenesten skal sørge for at tiltak av betydning for perioden etter behandlingstiltaket planlegges og eventuelt startes opp allerede under institusjonsoppholdet for å sikre kontinuitet i tiltakskjeden.

En helhetlig behandlingsstrategi må omfatte at klientene etter utskrivning får mulighet til et langvarig program der sosialt nettverk, krisehjelpstilbud, omsorg og støttepersoner, bolig og arbeid inngår<sup>57</sup>. Sosialtjenesten har et ansvar for å etablere slike oppfølgings- og integreringstiltak.

Sosialtjenesten skal følge opp klienten i perioden etter institusjonsplassering.

### 3.4.5 Oppfølging under legemiddelassistert rehabilitering

Ved behandling av St.meld. nr. 16 (1996–97) vedtok Stortinget å etablere legemiddelassistert rehabilitering som et landsomfattende og permanent tilbud til tungt belastede rusmiddelmissbrukere<sup>58</sup>.

Når en klient søker om legemiddelassistert rehabilitering, har sosialtjenesten plikt til å vurdere om dette er det mest hensiktsmessige tiltaket. Det skal blant annet vurderes om sosialtjenesten har kapasitet til nødvendig oppfølging av klienten. Sosialtjenesten kan avslå søknaden i første instans<sup>59</sup>.

Når sosialtjenesten støtter søknad om legemiddelassistert rehabilitering, skal sosialtjenesten koordinere utarbeidelsen av søknaden, herunder utarbeide og koordinere en helhetlig tiltaksplan for rehabiliteringsopplegget<sup>60</sup>. En tiltaksplan skal beskrive hva søkeren håper at legemiddelassistert rehabilitering skal føre til av forbedringer når det gjelder livskvalitet og livssituasjon.

Målet for rehabiliteringsopplegget er at rusmiddelmissbrukeren skal komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene, nyttiggjøre seg av andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak, redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall, bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen, oppnå rusfrihet og bedre livskvalitet og – så langt som mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering<sup>61</sup>. I St.prp. nr. 1 (2002–2003) fra Helsedepartementet og regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 står det at det må iverksettes en rekke tiltak rundt rusmiddelmissbrukeren for at målsettingene skal nås, og at det derfor kreves både

<sup>46</sup> Jf. sotjl § 6–1.

<sup>47</sup> Rundskriv I-1/93 «Lov om sosiale tjenester».

<sup>48</sup> «Om lov om endringer i lov 13.12.1991 nr. 18 om sosiale tjenester mv. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere».

<sup>49</sup> Jf. sotjl § 6–3.

<sup>50</sup> Jf. sotjl § 6–2.

<sup>51</sup> Jf. sotjl § 6–1a.

<sup>52</sup> Ot.prp. nr. 48 (1994–95).

<sup>53</sup> Jf. sotjl § 6–2a.

<sup>54</sup> Gravide rusmiddelmissbrukere, Rusmiddeldirektoratet, 1999.

<sup>55</sup> Jf. sotjl § 6–1.

<sup>56</sup> Jf. sotjl § 6–1.

<sup>57</sup> Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003–2005).

<sup>58</sup> Innst. S. nr. 184 (1996–1997).

<sup>59</sup> Veileder i medikamentassistert rehabilitering, MARIO, Rusmiddeletaten, Oslo kommune (2001).

<sup>60</sup> Rundskriv I-33/2000 og Rundskriv I.33/2001

<sup>61</sup> Rundskriv I-33/2000.



psykososial og medisinsk oppfølging. Sosialtjenesten skal følge opp klienten under rehabiliteringen.

Sosialtjenesten, helsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre involverte instanser bør inngå et forpliktende samarbeid rundt den enkelte som deltar

i legemiddellassistert rehabilitering, herunder delta i ansvarsgrupper<sup>62</sup>.

Det er en målsetting at det ikke skal være ventetid av betydning for å bli inkludert i legemiddellassistert rehabilitering når søknaden er innvilget<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> Rundskriv I.33/2001

<sup>63</sup> Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005:28.

## 4 Faktagrunnlag

### 4.1 DEPARTEMENTETS IVARETAKELSE AV DET OVERORDNEDE NASJONALE ANSVARET

Arbeids- og sosialdepartementet har det overordnede nasjonale ansvaret for rusmiddelpolitikken i Norge og ansvaret for samordningen av innsatsen mot rusmiddelproblemer. Arbeids- og sosialdepartementet har ansvaret for SIRUS og A/S Vinmonopolet<sup>64</sup>.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for sosialtjenesteloven og ansvaret for tjenestetilbudet og et samlet tiltaksapparat, slik det er beskrevet i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede nasjonale ansvaret for oppfølging av rusmiddelmissbrukere både i kommunene og i helseforetakene.

Gjennomføringen av den nasjonale rusmiddelpolitikken er delegert til flere instanser på ulike forvaltningsnivåer.

Sosial- og helsedirektoratet fordeler tilskuddsmidler og følger opp handlingsplaner på rusområdet. I tillegg skal Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med fylkesmennene, kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og høgskoler, bidra til å følge opp kunnskaps- og kompetansetiltakene i kommunene på rusområdet.

SIRUS er en forskningsfaglig institusjon som skal bidra til økt kunnskap omkring bruk og misbruk av rusmidler, og har blant annet ansvar for å gjennomføre den årlige kartleggingen av narkotikasituasjonen i kommunene.

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal gi råd og kompetansehevende tiltak til kommunene på rusfeltet, arbeide med forebyggingsoppgaver og utvikle kompetanse lokalt og nasjonalt gjennom kompetansesentrenes spisskompetanse. I samarbeid med SIRUS skal kompetansesentrene dokumentere den lokale rusituasjonen og slik bidra med innspill til utvikling av rusmiddelpolitikken. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har siden de ble opprettet, blitt tildelt sine midler via vertsfylkeskommunene. I tillegg har de fleste vært organisatorisk tilknyttet klinikker som har vært eid av eller har hatt driftsavtale med fylkes-

kommunene<sup>65</sup>. Sosial- og helsedirektoratet har hatt ansvaret for de regionale kompetansesentrene siden 1. januar 2002 og inngikk avtaler med kompetansesentrene fra 1. januar 2004.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med den kommunale sosialtjenesten, inkludert tilsyn med rusmiddeloppfølgingen.

Fylkesmannen har ansvar for å følge opp kommunene og gjennom dette bidra til å virkeliggjøre de nasjonale målene på rusområdet. Dette skal blant annet skje gjennom veiledning og kompetanseheving i kommunene. Fylkesmannen behandler også klager på enkeltvedtak etter sosialtjenesteloven, herunder enkeltvedtak for rusmiddelmissbrukere. Fylkesmannen skal gjennomføre tilsyn med kommunenes tjenesteyting, inkludert oppfølging og tiltak for rusmiddelmissbrukere på oppdrag fra Statens helsetilsyn.

Staten ved de regionale helseforetakene har ansvaret for institusjonsbehandlingen for rusmiddelmissbrukere og den legemiddelassisterte rehabiliteringen. De regionale helseforetakene har valgt ulik organisering for å ivareta disse oppgavene. Mange av døgnbehandlingstiltakene på rusområdet blir drevet av frivillige organisasjoner eller private stiftelser med eller uten avtaler med de regionale helseforetakene. Når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering, er det etablert regionale spesialistsentre i alle helseregionene. Regionsentrene har ansvaret for den spesialiserte delen av rehabiliteringstilbudet, mens den sosialfaglige oppfølgingen foregår i regi av den kommunale sosialtjenesten.

Kommunene har ansvaret for gjennomføringen av store deler av rusmiddelpolitikken. Sosialtjenestene i kommunene har blant annet ansvar for gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak å hjelpe rusmiddelmissbrukere til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Ved behov skal sosialtjenesten bidra til et behandlingsopplegg for rusmiddelklienter. Sosialtjenesten har også et oppfølgingsansvar under og etter behandlingstiltak.

<sup>64</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen datert 03.11.2004.

<sup>65</sup> Arbeids- og sosialdepartementet oppgir i brev av 11.03.2005 til Helse- og omsorgsdepartementet at ett av kompetansesentrene ble overført til staten fra 01.01.2002. Videre var to av kompetansesentrene eid av fylkeskommunen, mens de resterende tre var private institusjoner med fylkeskommunale avtaler. Fra og med 01.01.2004 inngikk Sosial- og helsedirektoratet avtaler med kompetansesentrene. Kompetansesenteret i Oslo er organisert som et kontor i den kommunale rusmiddelstaden i Oslo kommune.

#### 4.1.1 Departementets virkemidler

Departementets virkemidler overfor kommunene er i hovedsak lover og regelverk, økonomiske tilskudd, veiledning og informasjon samt handlingsplaner. I St.meld. nr. 23 (1992–93) Om forholdet mellom staten og kommunane, forutsettes det at det etableres et rapporteringssystem som gir nasjonale myndigheter nødvendig styringsinformasjon.

#### Rapportering

Det rapporteres i KOSTRA generelt om sosialområdet. Denne rapporteringen synliggjør ikke tjenester knyttet til oppfølging av rusmiddelmissbrukere i kommunene<sup>66</sup>. Departementet kjenner ikke til om det har vært vurderinger om å utvide eller endre rapporteringen i KOSTRA, slik at oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere blir synliggjort<sup>67</sup>.

Statistikkpublikasjonene som utarbeides i tilknytning til Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten, synliggjør heller ikke statistikk eller sammenligningstall når det gjelder oppfølging av rusmiddelmissbrukere<sup>68</sup>. I St.meld. nr. 69 (1991–92) uttrykte departementet at styrings- og informasjonshjulet er en mulig løsning av den manglende statistikken om kommunenes situasjon når det gjelder rusmiddelmissbruk:

*I dag finnes det ikke god statistikk på rusmiddelområdet. Det er derfor vanskelig for kommunene å vurdere sin situasjon, og for eksempel påvise sammenhenger i utviklingstrekk i kommunen. Departementet vil styrke statistikkutviklingsarbeid og forskning på dette området, og vil sikte mot at «Informasjonshjulet» snarest mulig også skal kunne belyse kommunenes situasjon når det gjelder rusmiddelmissbruk<sup>69</sup>.*

Med bakgrunn i «Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005» la Arbeids- og sosialdepartementet i 2004 fram den første årlige redegjørelsen om rusmiddelsituasjonen i Norge. Den beskriver status på rusmiddelfeltet, prioriterte oppgaver i 2003–2004, og regjeringens samlede arbeid på rusmiddelområdet. Redegjørelsen omfatter den statlige innsatsen og redegjør ikke for innsatsen i kommunene<sup>70</sup>.

SIRUS innhenter informasjon om narkotikasituasjonen i kommunene<sup>71</sup>. Denne informasjonen be-

skriver blant annet hvordan kommunenes rusmiddelarbeid er organisert, hvilke tiltak som tilbys, og antall ansatte og klienter. Videre kartlegger SIRUS kommunenes forvaltning av alkoholloven, som blant annet inneholder opplysninger om antall bevillinger og omsetningsforholdene i kommunene. Kartleggingene omhandler ikke oppfølging av rusmiddelmissbrukere i kommunene<sup>72</sup>.

Sosial- og helsedirektoratet uttrykker i intervjuet med Riksrevisjonen at de ikke anser rapporteringen på kommunenivå som tilstrekkelig god, og mener det er behov for mer løpende informasjon om omfanget av rusmiddelmissbrukere, oppfølging av og tiltak for rusmiddelmissbrukere i kommunene<sup>73</sup>.

#### Forskning, utredninger og evalueringer

På oppdrag fra departementet og Sosial- og helsedirektoratet er det gjennomført én evaluering som omhandler sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere, «Rusklienter og tjenester før «rusreformen». En tverrsnittsundersøkelse»<sup>74</sup>. Undersøkelsen er gjennomført i 2003 og utgitt i desember 2004.

Utover dette er det på oppdrag fra departementet og Sosial- og helsedirektoratet gjennomført to utredninger om helsetjenester<sup>75</sup> og helsetilstand for tunge rusmiddelmissbrukere<sup>76</sup>. Det er videre gjennomført én evaluering av oppfølgingen av personer under legemiddellassistert rehabilitering<sup>77</sup>. På sosialområdet er det på oppdrag fra departementet og Sosial- og helsedirektoratet gjennomført én kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse<sup>78</sup> og to evalueringer av «tiltaksforsøket»<sup>79</sup> og handlingsplanen «Kunnskap og brubygging» (1998–2002)<sup>80</sup>. I kartleggingen og de to evalueringene er rusmiddelmissbrukere én av flere målgrupper.

<sup>72</sup> Referat fra intervju med Sosialdepartementet og Helsedepartementet 21.09.2004.

<sup>73</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>74</sup> SINTEFs rapport (2004) «Rusklienter og tjenester før «rusreformen». En tverrsnittsundersøkelse» av Tonje Gundersen, Lisbet Grit, Mitch Loeb, Torleif Ruud, Tone Eikeland, Sverre Nesvåg og Esben Olsen.

<sup>75</sup> SINTEFs rapport «Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere» (2003)75.

<sup>76</sup> SINTEFs rapport «Helsetilstand hos tunge rusmiddelmissbrukere» (2003)76.

<sup>77</sup> «Evaluering av legemiddellassistert rehabilitering» av AIM ResearchBasedConsulting og SKR-rapport nr. 7/2004 «Bidrag til evaluering av legemiddellassistert rehabilitering i Norge».

<sup>78</sup> FAFOs kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse og Norsk byggforskningsinstituttets kartlegging av omfanget av og kjennetegnet ved bostedsløse.

<sup>79</sup> «Nytter det? Erfaringer fra Tiltaksforsøket 2000–2004 – Evaluering av Forsøket med kommunalt ansvar for aktive, arbeidsrette tiltak for langtidsmottakere av sosialhjelp» av Ivar Lødemel, Asbjørn Johannessen, Eva Buschmann, Kristine Lier Nilsen og Gry Velvin fra Høgskolen i Oslo. November 2004.

<sup>80</sup> Rogalandsforsknings «Statlig handlingsplan i møte med mange kommunale virkeligheter – Delrapport i evalueringen av Kunnskap og brubygging» (2001) og Rogalandsforsknings «Kompetanseheving i et lukket fagfelt? – Sluttrapport i evalueringen av Kunnskap og brubygging» (2002).

<sup>66</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>67</sup> Referat fra intervju med Sosialdepartementet og Helsedepartementet 21.09.2004.

<sup>68</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>69</sup> St.meld. nr. 69 (1991–92): «Tiltak for rusmiddelmissbrukere»: 8.

<sup>70</sup> Redegjørelse (juli 2004): «Rusmiddelsituasjonen i Norge – Årlig redegjørelse om rusmiddelsituasjonen.»

<sup>71</sup> Fram til 2002 besto utvalget i kartleggingen av 60 kommuner. I 2003 ble kartleggingen utvidet til å gjelde alle landets kommuner. Tall fra dette er ikke publisert, men det foreligger foreløpige tall.

## Informasjon og veiledning

Departementet har delegert kontakten med kommunene til Sosial- og helsedirektoratet, som i hovedsak har ansvar for å sende ut informasjon og rundskriv til kommunene<sup>81</sup>. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med departementet ansvar for å utarbeide styrings- og informasjonshjulet, hvor staten formidler nasjonale mål, hovedprioriteringer og informasjon om tilskuddsmidler til kommunenes sosial- og helsetjenester<sup>82</sup>. Sosial- og helsedirektoratet sier i intervjuet med Riksrevisjonen at de vektlegger en dialogbasert kontakt med kommunesektoren med fokus på informasjon og kompetanseheving. Direktoratet opplyser i intervjuet at kontakt og informasjon med kommuner i stor grad skjer gjennom de av kommunene som har fått tildelt tilskuddsmidler til prosjekter og tiltak<sup>83</sup>.

Direktoratet opplyser i intervju at de ser fylkesmennene som direktoratets viktigste virkemiddel for å nå ut i kommunene. Fylkesmannsembetene opplyser i undersøkelsen at de ofte veileder sosialtjenestene vedrørende generelle juridiske spørsmål, juridiske spørsmål i enkeltsaker, statlige satsingsområder, sosialfaglig veiledning og klagesaksbehandling. De opplyser at de sjelden veileder sosialtjenestene i forbindelse med kommunens planarbeid (for eksempel utarbeidelse av ruspolitisk handlingsplan), økonomiplanarbeidet (i forhold som gjelder rusområdet) og utarbeidelse av saksbehandlingsrutiner for sosial- og rusområdet. Undersøkelsen viser at henvendelser fra kommuner og tema- og satsingsområder bestemt av fylkesmannsembetene og/eller departementet og Sosial- og helsedirektoratet, er bakgrunnen for fylkesmannsembetenes veiledning av den kommunale sosialtjenesten. Rapportering fra kommuner eller konkrete rusklientsaker er sjelden bakgrunn for fylkesmannsembetenes veiledning av sosialtjenestene.

Departementet uttrykker i intervjuet at de regionale kompetansesentrene i rusmiddelsspørsmål vet mye om hvilken kompetanse kommunene har på rusområdet, og at kompetansesentrene skal innrette sine tiltak etter behovene i kommunene<sup>84</sup>. Direktoratet sier i intervjuet at de er av den oppfatning at kompetansesentrene er aktive overfor kommunene, men at aktiviteten varierer mellom kompetansesentrene med hensyn til innhold og omfang, og at de ulike kompetansesentrenes aktiviteter per i dag ikke er tilstrekkelig samordnet. Direktoratet sier videre at de arbeider med å styrke samordningen av kompetansesentrene og klargjøre oppgaver og resultatkrav<sup>85</sup>.

<sup>81</sup> Referat fra intervju med Sosialdepartementet og Helsedepartementet 21.09.2004.

<sup>82</sup> Rundskriv IS – 1/2004 «nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2004 – Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene».

<sup>83</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>84</sup> Referat fra intervju med Sosialdepartementet og Helsedepartementet 21.09.2004.

<sup>85</sup> Sosial- og helsedirektoratets utredning (juni 2004) om kompetansesentrenes framtidige funksjoner og organisering.

14<sup>86</sup> av de sosialtjenestene som uttaler seg om dette spørsmålet, sier i intervju at de har lite eller ingen kontakt med kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål. Tre sosialtjenester i undersøkelsen nevner at kontakten med kompetansesentrene i hovedsak er knyttet til forebygging av rusmiddelproblemer.

## Lover og regelverk

Sosialtjenesteloven er generell og skal gjelde for alle. Stortinget har vedtatt at oppfølging av rusmiddelmisbrukere skal ha tilleggsbestemmelser i et eget kapittel, kapittel 6 «Særlige tiltak for rusmiddelmisbrukere». I rundskriv I-1/93 er det gitt kommentarer og merknader til loven og lovens forskrifter. Det er gitt to tilleggsrundskriv, I-1/94 og I-45/98, til rundskriv I-1/93.

Når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering, er ikke denne formen for rehabilitering direkte nevnt eller hjemlet i lov. Legemiddelassistert rehabilitering er hjemlet i rundskrivene I-5/2003 og I-33/2001. Disse rundskrivene er relativt spesifikke med blant annet egne målsettinger og beskrivelser av hvordan personer i legemiddelassistert rehabilitering skal følges opp av kommunene.

I 1990-årene ble det vedtatt to endringer i kapittel 6 i sosialtjenesteloven som begge gjaldt bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere. Den første endringen som ble vedtatt i 1994, omhandlet tvangsplassering av gravide rusmiddelmisbrukere. Stortinget<sup>87</sup> hadde bedt regjeringen om å legge fram et forslag til endring i sosialtjenesteloven, slik at det ble adgang til å benytte tvangsplassering av gravide rusmiddelmisbrukere. Den andre endringen som ble vedtatt i 1998, gjaldt presiseringer knyttet til tvangsplassering av ikke-gravide rusmiddelmisbrukere. Det ble for eksempel vedtatt presiseringer i forbindelse med utarbeidelse av tiltaksplan og utredningsplikt om vurdering av tvang etter melding fra pårørende. Endringen skjedde etter at Stortinget i St.meld. nr. 35 (1994–95) hadde bedt regjeringen om å medvirke til at lovbestemmelsen om tvangsplassering av rusmiddelmisbrukere skulle ivaretas etter Stortingets intensjoner med loven. Stortinget hadde da ved flere anledninger gitt uttrykk for at tvangsbestemmelsene syntes å bli brukt i for liten grad overfor aktuelle rusmiddelmisbrukere. 1. januar 1999 trådte endringene i reglene om tilbakeholdelse av rusmiddelmisbrukere uten eget samtykke i kraft. Endringene ble fulgt opp med et rundskriv, og det ble utarbeidet «Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3».

Stortinget ba i 1998 regjeringen om å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere, og på bakgrunn av dette satte Sosial- og helsedepartementet ned en arbeidsgruppe som blant annet kom med anbefalinger i forbindelse med lov om so-

<sup>86</sup> Dette er 14 sosialtjenester fra ulike kompetansesenterregioner.

<sup>87</sup> Stortingets vedtak av 10.11.1994.

siale tjenester knyttet til tiltak for rusmiddelmissbrukere og utarbeidelse av individuelle tiltaksplaner<sup>88</sup>. I forbindelse med rusreformene er noen av disse anbefalingene tatt til følge, og Stortinget har vedtatt en endring i sosialtjenesteloven, slik at personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, nå har rett til å få utarbeidet individuell plan<sup>89</sup>. Sosial- og helsedirektoratet sier i intervjuet at iverksettelsen av lovbestemmelsen om individuelle planer har vært en viktig oppgave for direktoratet<sup>90</sup>.

Norges forskningsråd gjorde fra 1994 en evaluering av loven, finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Ingen av prosjektene knyttet til denne evalueringen omhandlet imidlertid rusomsorgen eksplisitt. Videre ser departementet tilsynet på rusområdet som en form for evaluering av lovanvendelsen i kommunene<sup>91</sup>.

### Tilsyn

Departementet sier i intervjuet at det ble utført lite tilsyn vedrørende kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere før tilsynet med sosialtjenesteloven ble lagt til Statens helsetilsyn i 2001<sup>92</sup>. I 2004 gjennomførte Statens helsetilsyn og fylkesmennene for første gang et landsomfattende tilsyn av kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere<sup>93</sup>.

### Handlingsplaner

Sosial- og helsedirektoratet sier i intervjuet at en handlingsplan kan være et godt virkemiddel for å nå nasjonale mål, dersom planen er innholdsmessig god og det følger penger med planen<sup>94</sup>.

Det har ikke vært egne handlingsplaner for sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Rusmiddelmissbrukere er imidlertid én av flere målgrupper for flere handlingsplaner på sosialområdet, for eksempel handlingsplanene «Kunnskap og brubygging» (1998–2001) og «Tiltaksplan mot fattigdom» (1998–2001). «Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer» (2003–2005) omfatter hele rusområdet, innbefattet kommunens oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

Handlingsplanene «Tiltaksplan mot fattigdom» (2002–2003) og «Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer» (2003–2005) er pågående handlingsplaner. Handlingsplanene er ikke evaluert,

<sup>88</sup> Delrapport 3 avgitt til Sosial- og helsedepartementet 23.06.1999.

<sup>89</sup> Sosialtjenesteloven § 4–3a.

<sup>90</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>91</sup> Referat fra intervju med Sosialdepartementet og Helsedepartementet 21.09.2004.

<sup>92</sup> Referat fra intervju med Sosialdepartementet og Helsedepartementet 21.09.2004.

<sup>93</sup> Rapport Statens helsetilsyn nr. 4/2005. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere.

<sup>94</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

og det er derfor for tidlig å si noe om eventuelle effekter av disse handlingsplanene.

I evalueringen av handlingsplanen «Kunnskap og brubygging» (1998–2001) påpekes det at handlingsplanen ikke har utløst store statlige midler sammenlignet med andre planer som eldreplanen og psykiatriplanen, og i motsetning til disse planene har «Kunnskap og brubygging» heller ikke inneholdt midler til oppbygging eller utvikling av selve tjenestetilbudet<sup>95</sup>. Evalueringen av handlingsplanen viser at handlingsplanen har økt kompetansen i den kommunale sosialtjenesten, men at det ikke kan konkluderes med at det har skjedd noen kvalitative forbedringer på tjenesteyternivå i kommunene på bakgrunn av handlingsplanen<sup>96</sup>.

I forbindelse med handlingsplanen «Kunnskap og brubygging» (1998–2001) tok departementet initiativ til at det skulle opprettes faglige fora i alle fylker, hvor saksbehandlerne i sosialtjenesten skulle møtes for å utveksle og reflektere over problemstillinger knyttet til sosialtjenestearbeidet<sup>97</sup>. I den forbindelse ble det også opprettet rusfaglige fora.

I oppdragsbeskrivelsen fra Sosial- og helsedirektoratet til fylkesmannsembetene for 2004 blir det presisert at fylkesmannsembetene har ansvar for å vedlikeholde og utvikle faglige fora. I undersøkelsen opplyser 13 av 18 fylkesmannsembeter at de har bidratt til å etablere rusfaglige fora eller nettverk. Av disse 13 er det to fylkesmannsembeter som kun har fem kommuner med i de rusfaglige fora, mens tre fylkesmannsembeter opplyser at de ikke har egne rusfaglige fora, men at rus er tema på de sosialfaglige foraene. Ti av 24 sosialtjenester i undersøkelsen, tilknyttet sju fylkesmannsembeter, deltar ikke i sosialfaglige fora. 17 av 24 sosialtjenester, fordelt på sju fylkesmannsembeter, er ikke med i rusfaglige fora. Av de sju sosialtjenestene som fortsatt er med i rusfaglige fora, opplyser to av disse at de kun møtes én gang i året. Disse sosialtjenestene mener at rusforumet dermed spiller en begrenset rolle i kompetanse-sammenheng.

Fire av sosialtjenestene i undersøkelsen påpeker at fylkesmannsembetene i tilknytning til handlingsplanen «Kunnskap og brubygging» (1998–2001) ga en rekke kompetansehevede tiltak overfor sosialtjenesten. Fem sosialtjenester opplyser i intervjuet at de ikke har deltatt på kompetansehevede tiltak i regi av fylkesmannsembetene etter at handlingsplanperioden for «Kunnskap og brubygging» ble avsluttet.

<sup>95</sup> «Kompetanseheving i et lukket fagfelt? Sluttrapport i evalueringen av Kunnskap og brubygging» av Jorunn-Elise Skaftun, Sverre Nesvåg og Tor Bjarne Olsson. Rogalandforskning. Rapport RF – 2002/097.

<sup>96</sup> «Kompetanseheving i et lukket fagfelt? Sluttrapport i evalueringen av Kunnskap og brubygging» av Jorunn-Elise Skaftun, Sverre Nesvåg og Tor Bjarne Olsson. Rogalandforskning. Rapport RF – 2002/097.

<sup>97</sup> Handlingsplan I-0910 N «Kunnskap og brubygging – sosialtjenesta si førstelinje» (6).

**Oversikt over antall kommuner som har mottatt tilskudd under posten «tilskudd til rusmiddelmisbrukere», «lavterskel helsetiltak» og «legemiddelassistert rehabilitering» i 2004<sup>103</sup>:**

- 41 kommuner og bydeler har til sammen fått 27,5 millioner kroner i tilskudd til tiltak for bostedsløse.
- 16 kommuner og bydeler har fått tilskudd til «Tiltakforsøket», som omhandler oppfølging av langtidsklienter med økonomisk sosialhjelp, til sammen 7 millioner kroner.
- 17 kommuner og bydeler har fått tilskudd til samordning mellom Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten, til sammen 16 millioner kroner<sup>104</sup>.
- 38 kommuner har fått tilskudd til «lavterskel helsetiltak», til sammen 43,4 millioner kroner.
- 26 kommuner har fått tilskudd til «legemiddelassistert rehabilitering», til sammen 13 millioner kroner.

Totalt er det gitt 137 slike tilskudd i til sammen 75 kommuner og bydeler. Det vil si at 16 prosent av de 457 kommunene og bydelene i Norge har fått slike tilskudd.

To sosialtjenester uttrykker at fylkesmannens engasjement og fokus på kompetanseheving i sosialtjenesten har blitt mindre etter at handlingsplanen ble avsluttet.

Sosial- og helsedirektoratet sier i intervjuet at de har inntrykk av at en betydelig andel av de strukturer og tiltak som ble etablert i forbindelse med handlingsplanen «Kunnskap og brubygging», er svekket eller borte etter at handlingsplanen er avsluttet<sup>98</sup>.

### Statlige tilskudd

Kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere er i hovedsak finansiert gjennom rammebevilgningene. I tillegg gir staten enkeltkommuner tilskudd i forbindelse med satsingsområder, handlingsplaner og prosjektvirksomhet.

I statsbudsjettet<sup>99</sup> er det en egen post som omhandler «tilskudd til rusmiddelmisbrukere mv.»<sup>100</sup>. Tiltakene under denne posten har et bredt nedslagsfelt og berører hele det sosial- og rusrelaterte området. Rusmiddelmisbrukere er én av flere målgrupper under denne posten. I tillegg til tilskuddene under denne posten gis det tilskudd til «lavterskel helsetiltak» og til legemiddelassistert rehabilitering<sup>101</sup>.

Tilskuddsordningene er i hovedsak basert på at kommunene søker om tilskuddsmidler. Tilskuddene fordeles deretter til enkeltkommuner. Direktoratet opplyser at det ikke nødvendigvis er de kommunene med størst behov som mottar tilskuddsmidler, fordi det er de ressurssterke kommunene som har økonomiske midler til medfinansiering, kompetanse til å utforme prosjektsøknader og ressurser til å følge opp og gjennomføre prosjekter<sup>102</sup>.

Under posten «Tilskudd til rusmiddelmisbrukere» bevilges det også midler til fylkesmannsembetene og kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål til kompetanseheving i sosialtjenesten. Departementet har sett styrking av sosialtjenestens kompetanse som viktig for måloppnåelsen på området<sup>105</sup>, og handlingsplanen «Kunnskap og brubygging» (1998–2001) er fulgt opp med årlige ekstraordinære bevilgninger på 16,5 millioner kroner for å styrke det kommunale arbeidet med rusmiddelmisbrukere<sup>106</sup>.

Det er ikke gjennomført noen evalueringer av tilskuddsordningene på rusområdet<sup>107</sup>.

## 4.2 KOMMUNENES ORGANISERING, STYRING OG SAKSBEHANDLINGSSYSTEM

### 4.2.1 Organisering

Kommunene har stor grad av frihet til å organisere tjenestene slik de ønsker, og har også frihet til å utforme hjelpetilbudet som gis. Kommunene har på den ene siden frihet til å utforme hjelpetilbudene, men skal på den andre siden søke å utforme tiltakene slik at de legger grunnlaget for oppnåelsen av landets samlede sosialpolitiske mål. Det er et nasjonalt mål å sikre sosial trygghet, rimelige levekår for alle, likeverdighet og likebehandling<sup>108</sup>.

Sosialtjenestene er organisert på ulike måter. I fire av 20 undersøkte kommuner er det egne virksomheter (rusenheter) for oppfølging av rusmiddelmisbrukere etter kapittel 6 i sosialtjenesteloven. Disse rusenhetene er organisert utenom sosialtjenesten.

<sup>98</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>99</sup> St.prp. nr. 1 (2004–2005) Helse- og omsorgsdepartementet og St.prp. nr. 1 (2004–2005) Arbeids- og sosialdepartementet.

<sup>100</sup> Kap 621 post 63 «Tilskudd til rusmiddelmisbrukere mv.» overført fra Sosialdepartementet til kapittel 761 post 63 i budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>101</sup> St.prp. nr. 1 (2004–2005) kap 761 post 63.

<sup>102</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>103</sup> Sosial- og helsedirektoratet.

<sup>104</sup> 7 millioner kroner er tildelt fra Moderniseringsdepartementet.

<sup>105</sup> St.prp. nr. 1 (2004–2005).

<sup>106</sup> Redegjørelse «Rusmiddelsituasjonen i Norge», juli 2004. Sosialdepartementet.

<sup>107</sup> Referat fra intervju med Sosial- og helsedirektoratet 10.09.2004.

<sup>108</sup> Ot.prp. nr. 29 (1990–91).

### **Kommuner i undersøkelsen som har egne rusenheter, har forskjellig organisering:**

- I én kommune er rusenheten organisert under virksomhet for pleie og omsorg i seksjon for psykisk helse, mens sosialtjenesten er organisert i egen virksomhet med barnevern- og sosialseksjon.
- I én kommune er oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere delt mellom «sosialkontoret» og «sosialtjenesten ved rusenheten». Sosialtjenesten ved rusenheten er underlagt to instanser, sosialmedisinsk senter og rusenheten i kommunen. Det sosialmedisinske senteret er et ikke-kommunalt organ.
- I én kommune er det rehabiliteringsseksjonen som har ansvaret for oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere under og etter institusjonsbehandling i kommunen, mens de bydelsorienterte sosialkontorene har ansvar for oppfølging av rusmiddelmissbrukerne før institusjonsbehandling og fram til de tre første månedene av institusjonsbehandlingen. Rehabiliteringsseksjonen overtar da hele ansvaret for klienten, inkludert økonomisk sosialhjelp.
- I én kommune er «Senter for rusforebygging» en egen virksomhet på lik linje med sosialtjenesten i kommunens tonivåmodell. Rusmiddelmissbrukerne kan henvende seg direkte hos «Senter for rusforebygging» eller bli overført via sosialtjenesten i kommunen.

Antall sosialtjenester i undersøkelsen blir med dette 24, hvor 20 er «ordinære» sosialtjenester og fire er andre virksomheter med oppfølging av rusmiddelmissbrukere etter kapittel 6 i sosialtjenesteloven.

Av de 20 «ordinære» sosialtjenestene i undersøkelsen er ti organisert med egen russeksjon. Russeksjonene er organisert som en del av sosialtjenesten og har i hovedsak ansvar for saksbehandling av kapittel 6 i sosialtjenesteloven. Organiseringen av russeksjonene varierer fra sosialtjeneste til sosialtjeneste.

Også de ti «ordinære» sosialtjenestene som ikke har russeksjon, er organisert ulikt – fra generalistmodellen der alle jobber med alle typer klientsaker, til modeller med tverrfaglige team eller oppfølgingsseksjoner.

I flere av kommunene i undersøkelsen er kapittel 4 i sosialtjenesteloven, sosiale tjenester, organisert løsrevet fra sosialtjenesten. Sosialtjenesten bestiller sosiale tjenester fra andre instanser i kommunen, for eksempel fra helse- og omsorgsavdelingene.

Sosialtjenestene i undersøkelsen opplever det som utfordrende å samarbeide med andre instanser når det gjelder oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

Én sosialtjeneste illustrerer det generelle inntrykket intervjuene gir, ved å uttale følgende:

*... opplever det som en stor utfordring å samarbeide med helsetjenestene og omsorgstjenestene. Det oppleves å være stor forskjell når det gjelder tilgjengelighet. Vi må ta imot og vurdere hjelpetiltak for alle klienter som henvender seg. Helsetjenestene og omsorgstjenestene kan avvise klienter, med henvisning til kapasitet eller at klientens problemer ikke er innenfor deres områder.*

Andre kommuner i undersøkelsen opplever som en følge av økning i antall klienter med dobbeltdiagnose rus og psykiatri og av uklare ansvarsforhold mellom psykiatrien og sosialtjenesten i kommunen, et økende behov for samarbeid med den kommunale psykiatrien. Flere kommuner i undersøkelsen har sett det som en «løsning» å slå sammen sosialtjenesten og psykiatrien i kommunen.

Statens helsetilsyns landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet for rusmiddelmissbrukere viser at samordningen av tjenester rundt rusmiddelmissbrukere er organisert forskjellig fra kommune til kom-

### **Eksempler på organiseringen av russeksjoner i undersøkelsen:**

- Én sosialtjeneste har et «utrednings- og tiltaksteam» som består av utekontakt, russeksjon og boliger for eldre rusmiddelmissbrukere. Sosialkontoret styrer økonomien til klientene, mens «utrednings- og tiltaksavdelingen» følger opp rusmiddelmissbrukerne. Utekontakten følger opp rusmiddelmissbrukere under 25 år, mens rusmiddelmissbrukere over 25–26 år overføres til russeksjonen.
- Én sosialtjeneste er organisert med sosialkontor og utekontakt, hvor utekontakten er omorganisert fra en tradisjonell utekontakt rettet mot ungdom til å være en utekontakt rettet mot voksne. Utekontakten følger opp de hardest belastede rusmiddelmissbrukerne, det vil si rusmiddelmissbrukere i hospits og i legemiddelassistert rehabilitering. Barnevernet har ansvaret for utekontaktvirksomhet rettet mot ungdom.
- Én sosialtjeneste har en todelt tiltaksenhet. Den ene delen har ansvaret for den generelle oppfølgingen av sosialklienter (deriblant rusmiddelmissbrukere), mens den andre delen har ansvaret for oppfølging av klienter i legemiddelassistert rehabilitering.

mune. Videre viser tilsynet at pleie- og omsorgsavdelingene og sosialtjenesten i liten grad samarbeider om tiltak som kan være med på å bedre oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere<sup>109 110</sup>.

#### 4.2.2 Planer

I departementets mal for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan<sup>111</sup> blir det presisert at de rusmiddelpolitiske spørsmålene som kommunen stilles overfor, bør behandles helhetlig. Det er sju av 20 kommuner i utvalget som ikke har en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som omhandler oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

Kommuneloven stiller krav til at kommunene utarbeider en økonomiplan for minst fire år og et årsbudsjett som omfatter hele kommunenes virksomhet<sup>112</sup>. Det varierer mellom kommunene i undersøkelsen hvor konkret og omfattende planen omhandler oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Noen kommuner beskriver oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere med knapt én setning og har ikke egne målsettinger overfor denne brukergruppen, mens andre kommuner skriver flere sider om satsingsområder og utfordringer og har utformet egne målsettinger for oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

#### 4.2.3 Rapportering

I åtte av 20 kommuner i undersøkelsen inneholder kommunens årsmeldinger ikke informasjon om sosialtjenestens rusmiddeloppfølging. I disse åtte kommunene vises det blant annet til at det i hovedsak rapporteres om økonomiske forhold og i mindre grad om resultater, og at oppfølging av rusmiddelmissbrukere dermed ikke er et tema i årsmeldingene. I de årsmeldingene hvor oppfølging av rusmiddelmissbrukere nevnes, er det variasjoner i hvor omfattende innholdet er. Noen kommuner omtaler oppfølging av rusmiddelmissbrukere i én setning, mens andre kommuners årsmeldinger omhandler for eksempel nærmiljøtiltak, oppfølging i legemiddelassistert rehabilitering, rusinstitusjonsbehandling og boligforhold for rusmiddelmissbrukere. De undersøkte sosialtjenestene rapporterer i liten grad om målene i handlingsplanene er nådd.

Et tilrettelagt saksbehandlingsverktøy i sosialtjenesten kan være grunnlag for pålitelig rapportering fra kommunene til staten, for eksempel i forbindelse med rapportering til KOSTRA. Undersøkelsen viser at saksbehandlingsverktøyene i sosialtjenestene først og fremst er tilrettelagt for økonomisk rapportering på sosialområdet, for eksempel økonomisk

sosialhjelp, og i liten grad er tilpasset rapportering om oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Sosialtjenestene fører derfor manuelle lister utenom saksbehandlingsverktøyet for å rapportere om oppfølging av rusmiddelmissbrukere, for eksempel om antall klienter i rusinstitusjonsbehandling. Undersøkelsen viser at enkelte kommuner har saksbehandlingssystemer hvor det er mulig å skille ut rusklinter fra andre klienter, og hvor det er mulig å utarbeide oversikter over klienter som har et erkjent rusmiddelproblem.

#### 4.2.4 Saksbehandlingsrutiner

Sju av 20 sosialtjenester i undersøkelsen har ikke skriftlige saksbehandlingsrutiner for arbeidet i sosialtjenesten. (Rusenhetene er ikke medregnet i dette tallet fordi denne enheten ikke har behov for saksbehandlingsrutiner for hele sosialtjenesten.) De skriftlige saksbehandlingsrutinene for sosialtjenesten omhandler først og fremst rutiner for økonomisk sosialhjelp. 18 av totalt 24 sosialtjenester i undersøkelsen har ikke skriftlige saksbehandlingsrutiner for oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Av disse er det sju sosialtjenester som verken har saksbehandlingsrutiner for sosialtjenesten eller saksbehandlingsrutiner for oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Tall hentet fra SINTEF viser at over to tredjedeler av sosialtjenestene ikke har skriftlige prosedyrer eller en håndbok for å håndtere rusmiddelmissbrukeres behov<sup>113</sup>. 16 av 24 sosialtjenester i undersøkelsen har ikke samarbeidsrutiner i forhold til andre instanser ved oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

#### 4.2.5 Dokumentering i journal- og saksbehandlingssystem

17 av 24 sosialtjenester i undersøkelsen opplyser i intervjuene at de har ufullstendig dokumentering i journalnotater, og da spesielt i forhold til rådgivnings- og veiledningsmøter. I intervjuene med sosialtjenestene opplyses det videre at rådgivnings- og veiledningssamtaler dokumenteres så langt saksbehandler har tid, og at dokumentasjon av råd og veiledning skjer individuelt fra saksbehandler til saksbehandler. Sosialtjenestene i undersøkelsen oppgir mangel på kapasitet og ressurser som årsaker til den ufullstendige dokumenteringen i journalnotatene.

#### 4.2.6 Internkontroll

Ingen av de 20 kommunene i utvalget har systematisk internkontroll i sosialtjenesten, slik det er påkrevd i internkontrollforskriften<sup>114</sup>.

<sup>109</sup> Referat fra møte med Statens helsetilsyn 19.08.2004.

<sup>110</sup> Rapport Statens helsetilsyn nr. 4/2005. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere.

<sup>111</sup> Veiledende mal for kommunal ruspolitisk handlingsplan, Sosial- og helsedepartementet, 2000.

<sup>112</sup> §§ 44 nr. 3 og 46 nr. 2.

<sup>113</sup> SINTEFs rapport (2004) «Rusklinter og tjenester før «rusreformen». En tverrsnittundersøkelse» av Tonje Gundersen, Lisbet Grit, Mitch Loeb, Torleif Ruud, Tone Eikeland, Sverre Nesvåg og Esben Olsen.

<sup>114</sup> Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002, § 4 g). Forskriften trådte i kraft 01.01.2003.



### Eksempler på mangelfull dokumentasjon fra saksmappegjennomgangen:

- I 24 av 219 saker (11 prosent) er det ikke dokumentert journalnotater for rådgivnings- og veiledningsmøter.
- I 27 av 219 saker (12 prosent) foreligger det ingen dokumentasjon på at klienten er kartlagt.
- I 22 av 55 institusjonssaker (40 prosent) mangler dokumentasjon på søknad om institusjonsbehandling.

Statens helsetilsyn uttaler i intervjuet med Riksrevisjonen følgende:

*Internkontrollforskriften har ikke vært fokus for fylkesmennenes tilsyn av sosialtjenesten. Tilsynet har allikevel vært en anledning for fylkesmennene til å komme med råd og veiledning i forhold til forskriften. Fylkesmennene kan se en tendens til at internkontrollforskriften i liten grad er iverksatt i kommunene og i sosialtjenestene<sup>115</sup>.*

## 4.3 KOMMUNENES OPPFØLGING AV RUSMIDDELMISBRUKERE

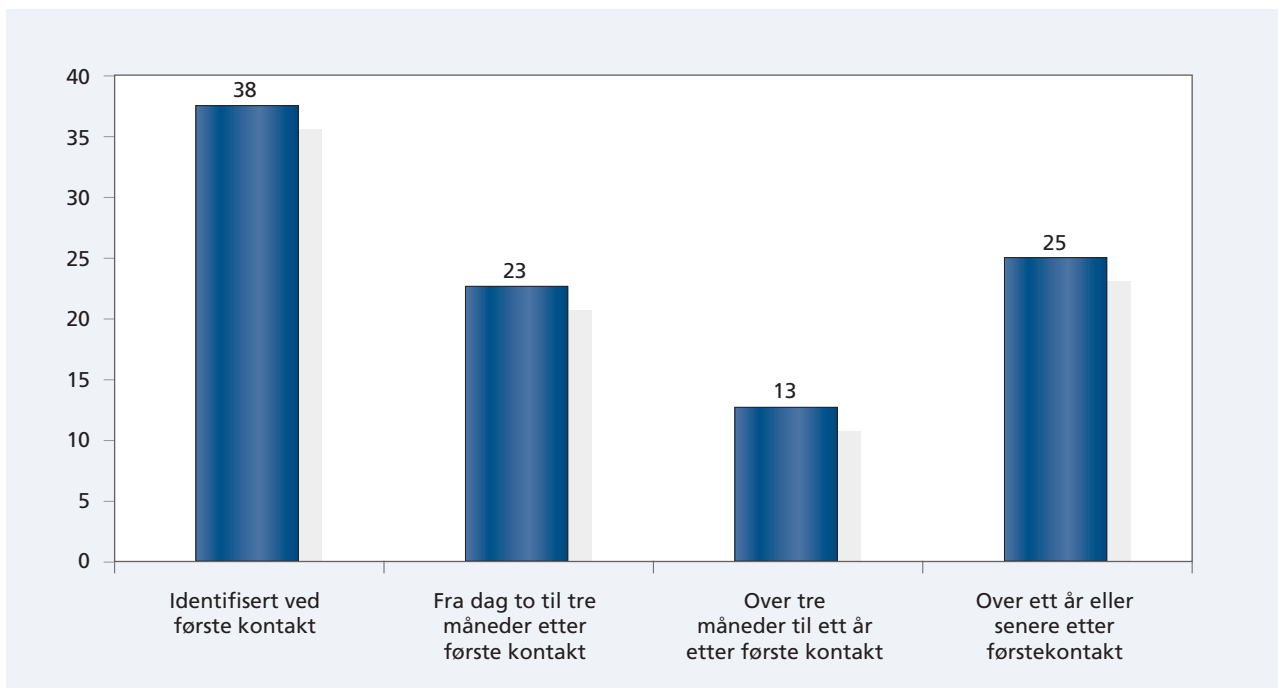
### 4.3.1 Identifisering av rusproblematikk

Tidlig identifisering av personer med rusproblemer er viktig både med hensyn til å gripe raskt inn i en misbrukerkarriere og for å bedre muligheten for å

følge opp rusmiddelmissbrukeren<sup>116</sup> kontinuerlig over tid i misbrukerens eget miljø<sup>117</sup>. I saksmappegjennomgangen er dato for første gang rus blir nevnt registrert. Dette er anvendt som indikator for hvor lang tid det har tatt for sosialtjenesten å identifisere rusmiddelproblemet. Det kan være feilkilder knyttet til indikatoren ved at rusmiddelmissbruket kan ha vært identifisert tidligere uten at det har blitt dokumentert i saksmappen.

Figur 1 viser at i 56 saker (25 prosent) er rus nevnt ett år eller mer etter første kontakt med sosialtjenesten<sup>118</sup>.

Videre viser saksmappegjennomgangen at i 166 av 219 saker (76 prosent) hadde klienten et rusproblem før første kontakt med sosialtjenesten. Av disse 166 sakene er det 76 saker hvor rusproblemet ble identifisert ved første kontakt. For de øvrige 90 sakene ble rusproblemet identifisert senere.



Figur 1 Andel klienter og tidspunkt for når rusproblemet første gang er nevnt eller identifisert. Prosent

<sup>115</sup> Referat fra møte med Statens helsetilsyn 19.08.2004.

<sup>116</sup> I Riksrevisjonens undersøkelsen er det den kommunale sosialtjenestens forståelse av om et rusmiddelproblem er erkjent og/eller avdekket hos klienten, som er utgangspunktet for det datagrunnlaget som foreligger.

<sup>117</sup> St.meld. nr. 69 (1991–1992) og Innst. S. nr. 184 (1996–97).

<sup>118</sup> Det vil si første kontakt med sosialkontoret hvor saksmappegjennomgangen er gjennomført.

Saksmappegjennomgangen viser at andel klienter hvor rusmiddelmisbruket er identifisert ved første kontakt, varierer fra 20 til 67 prosent mellom de ulike sosialtjenestene. Ved 12 av 24 sosialtjenester blir det ikke stilt spørsmål om bruk av rusmidler når nye klienter kommer til sosialtjenesten. To sosialtjenester gir uttrykk for at saksbehandlere ved sosialtjenesten bør være varsomme med å spørre om klienten har rusproblem i første samtale med sosialtjenesten. Det gis blant annet uttrykk for at saksbehandler ikke bør fokusere negativt i førstegangssamtalen, men heller høre hva klienten har å si.

Flere sosialtjenester oppgir at rusmisbruk hos en klient oppdages gjennom at klienten ikke klarer å gjennomføre arbeidstiltak, ikke møter til samtaler eller ikke leverer dokumentasjon som påkrevd, eller oppdages ved rent fysiske kjennetegn. Én sosialtjeneste oppgir at klienter kan ha vært i sosialkontorets system i fem år uten at rusmiddelproblem er identifisert. Sosialkontoret har en psykolog som kartlegger de tyngste langtidsklientene. Det hender at han oppdager rusproblem som sosialkontoret ikke har hatt kjennskap til fra før.

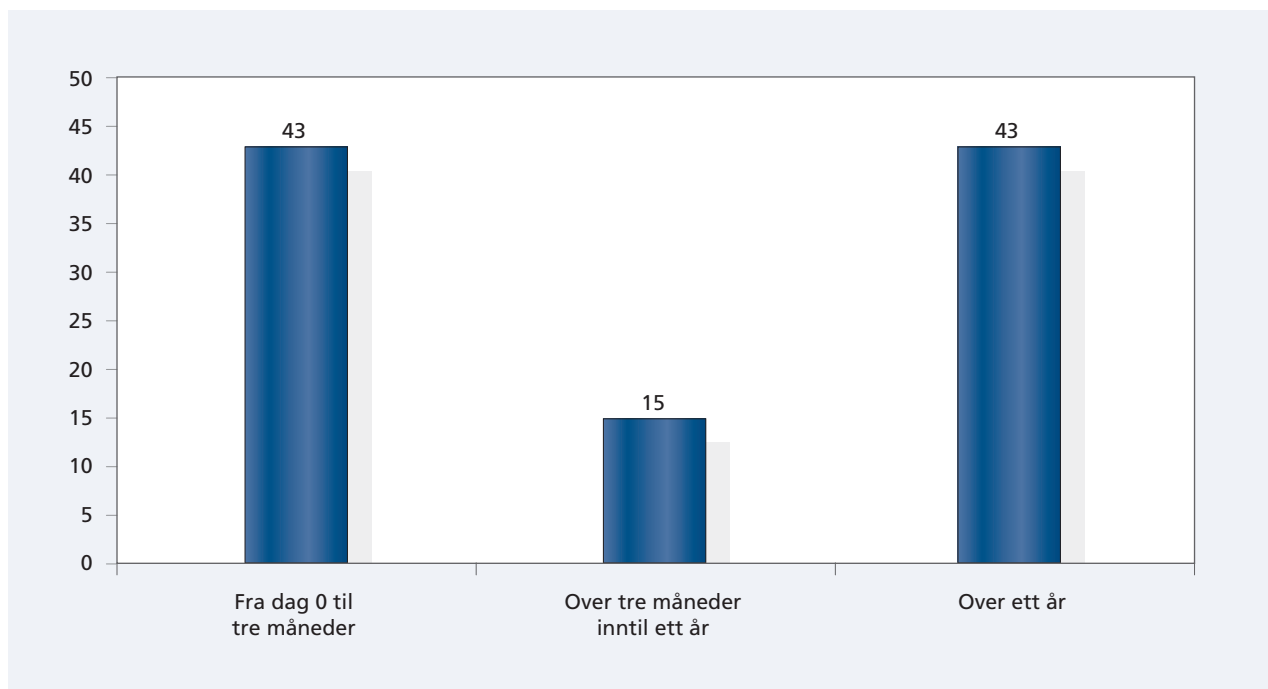
En annen sosialtjeneste oppgir i intervju at de i forbindelse med et prosjekt knyttet til handlingsplanen om tiltak mot fattigdom har innført ny praksis i mottak av nye klienter. I mottak stilles nå spørsmål om rusproblematikk. I den forbindelse har sosialtjenesten avdekket mye skjult rusproblematikk. Denne sosialtjenesten ser en sammenheng mellom det at

saksbehandlerne i mottak nå spør direkte om rusproblemer og økt grad av identifisering av rusmiddelproblemer.

Departementet peker på at det både internasjonalt og nasjonalt har vært arbeidet med å finne fram til en tilfredsstillende måte å definere begrepet rusmiddelmisbruker på, uten at dette har lyktes. Departementet uttaler at sen identifisering av rusmiddelmisbrukere kan skyldes at «rusmiddelmisbruk» ikke er et entydig definert begrep<sup>119</sup>. Det kan være problematisk å slå fast skillet mellom normal rusbruk og rusmisbruk. Departementet peker også på at mange vil legge vekt på at rusmiddelmisbruk er illegalt<sup>120</sup>. I Riksrevisjonens undersøkelse har en valgt å ta utgangspunkt i den kommunale sosialtjenestens forståelse av om et rusmiddelproblem er erkjent og/eller avdekket hos den enkelte klient ved sosialtjenesten.

#### 4.3.2 Kartlegging

Det er viktig at sosialtjenesten kartlegger klientens behov for omsorgs- og behandlingstilbud i en tidlig fase. I saksmappegjennomgangen er det undersøkt hvorvidt det forelå en form for kartlegging av rusklientene, og når den forelå. I undersøkelsen av saksmappene ble kartlegging definert som en samlet vurdering av ulike sider ved livssituasjonen (arbeid, bolig etc.) og av rusproblemer og helseproblemer. Informasjon i form av sosialnotat, overføringsnotat, mottaksnotat, kartleggingskjema, brev eller rapport



Figur 2 Andel klienter og tidspunkt for første kartlegging av klienten. Prosent. N=192<sup>121</sup>

<sup>119</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen datert 11.03.2005.

<sup>120</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen datert 11.03.2005.

<sup>121</sup> 27 saker (12 prosent) mangler dokumentasjon om kartlegging og er her holdt utenfor.

fra andre instanser på oppfordring fra sosialtjenesten ble registrert som kartlegging. Søknadsskjema for økonomisk sosialhjelp ble ikke regnet som en kartlegging.

I 27 av 219 saker (12 prosent) er det ikke funnet dokumentasjon på at klienten er kartlagt. Disse 12 prosentene fordeler seg på 14 av 24 sosialtjenester. Dette kan bety at det ikke er foretatt en kartlegging i disse sakene, eller at kartleggingen er gjennomført, men ikke dokumentert.

Kun én LAR-sak og ingen av tvangssakene mangler dokumentert kartlegging. Dette kan ha sammenheng med at det er krav om å kartlegge klienter både i forbindelse med søknad om legemiddelassistert rehabilitering og i forbindelse med at sosialtjenesten fremmer tvangssak overfor fylkesnemnda for sosiale saker.

Tiden fra første kontakt med sosialtjenesten til første dokumenterte kartlegging er brukt som en indikator på hvor lang tid sosialtjenesten bruker på å kartlegge klienten, og for å se i hvilken grad kartleggingen av klienten foregår i en tidlig fase.

I 81 saker (43 prosent) er det gjort en kartlegging ett år eller senere etter at klienten første gang ble registrert ved sosialtjenesten. De 12 prosent av sakene som mangler dokumentasjon om kartlegging, er her holdt utenfor.

Ut fra de dokumentene som er samlet inn fra sosialtjenestene, er det undersøkt om sosialtjenestene har et kartleggingsskjema som er rettet mot rusproblematikk. Av 24 sosialtjenester er det 14 som ikke har et kartleggingsskjema til bruk i mottak av nye klienter. Det er videre 13 av 24 sosialtjenester som ikke har kartleggingsskjema knyttet til oppstart eller forberedelse av tiltak, for eksempel institusjon. Av disse er det åtte sosialtjenester som verken har registreringsskjema for mottak eller kartleggingsskjema for oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

Det er 19 av 24 sosialtjenester som ikke har fått noen tilbud om kurs eller lignende i identifisering og kartlegging av rusmiddelmissbrukere i regi av Fylkesmannen eller kompetansesentrene. Ti av 18 fylkesmannsembeter har ikke gjennomført kompetansehevede tiltak for metoder og verktøy for kartlegging og identifisering av rusproblemer.

### 4.3.3 Nærmiljøtiltak

I Riksrevisjonens undersøkelse er det blitt kartlagt hvilke nærmiljøtiltak som er satt inn overfor ruskli-

entene. Det kan være satt inn nærmiljøtiltak som ikke er fanget opp i saksmappegjennomgangen, fordi tiltaket ikke er blitt dokumentert i saken.

Noen av tiltakene som er satt inn, er tiltak direkte knyttet til sosialtjenesteloven, mens andre tiltak, som arbeid, utdanning og fritidstiltak, er tiltak som sosialtjenesten bistår med å få i stand.

### Økonomisk sosialhjelp

I 205 av 219 saker, det vil si 94 prosent av sakene, er det gitt økonomisk sosialhjelp. De som ikke mottar sosialhjelp, er i hovedsak klienter som har alkoholmisbruk som rusproblem og er i aldersgruppen 41 år eller eldre.

### Tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven

Tabellen viser en oversikt over alle klientene i materialet som har mottatt tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven.

Til sammen 186 klienter (85 prosent) har ikke mottatt tjenester som praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver, lønn til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid eller støttekontakt.

Saksmappegjennomgangen viser at i alt sju klienter av 219 har blitt tildelt praktisk bistand og opplæring. Overfor to klienter har det blitt gitt avlastningstiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver knyttet til rusmiddelmissbrukeren. Det er ingen saker hvor det er blitt gitt lønn til personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid.

I saksmappegjennomgangen kommer det fram at 26 klienter (12 prosent) har fått oppnevnt støttekontakt. I intervjuene oppgir seks av 24 sosialtjenester at de benytter eller har benyttet støttekontakt for rusmiddelmissbrukere. Videre er det 14 sosialtjenester som oppgir at støttekontakt for rusmiddelmissbrukere har forekommet, men at det generelt benyttes i liten grad overfor denne gruppen klienter. Fire sosialtjenester oppgir at de ikke tilbyr støttekontakt til rusmiddelmissbrukere. Det opplyses fra én sosialtjeneste at støttekontakt er noe som ligger under kapittel 4 i lov om sosiale tjenester. Rusmiddelmissbrukere opplever ifølge denne sosialtjenesten ikke som målgruppe for dette kapittelet i sosialtjenesteloven og blir ikke prioritert når det gjelder slike tiltak.

Etter lov om sosiale tjenester skal Fylkesmannen gjennomføre tilsyn med kommunenes tjenesteyting,

Tabell 1 Andel rusklienter som har mottatt nærmiljøtiltak. Prosent

N = 219	Har mottatt	Har ikke mottatt	Total
Praktisk bistand .....	3	97	100
Avlastningstiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver.....	1	99	100
Lønn til personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid .....	0	100	100
Støttekontakt .....	12	88	100

inkludert oppfølging og tiltak for rusmiddelmissbrukere i samarbeid med Statens helsetilsyn. Resultater fra det landsomfattende tilsynet som ble gjennomført i 2004, viser at kommunene i liten grad tilbyr tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven til rusmiddelmissbrukere<sup>122</sup>. I rundskriv om boligsosialt arbeid vises det til at det er mye som tyder på at pleie- og omsorgstjenestene kun i mindre grad ytes overfor rusmiddelmissbrukere<sup>123</sup>.

### Tildeling av bolig

Bolig med hjelpe- og vernetiltak kan ofte være nødvendig for å gi rusmiddelmissbrukere hjelp i nærmiljøet<sup>124</sup>. Det er i mange tilfeller ikke sosialtjenesten som forvalter boliger i kommunen, men sosialtjenesten vil bistå sosialklienter med å skaffe bolig.

Til sammen 109 klienter (50 prosent) har fått ett eller flere tiltak som bolig med oppfølgingstjeneste, permanent bolig for vanskeligstilte eller midlertidig husvære.

Midlertidig husvære er den vanligste formen for bolig som rusmiddelmissbrukere har fått. Overfor 72 klienter (33 prosent) er det gjort vedtak om midlertidig husvære.

I alt 14 rusklienter (6 prosent) har fått plass i bolig med oppfølgingstjeneste. Det var vanskelig ut fra den dokumentasjonen som foreligger i saksmappene, å se hvor tett oppfølgingen var i disse boligene.

Bolig med oppfølgingstjeneste omfatter her både bolig med tilsyn noen ganger i uken og bolig med hel-døgns omsorgstjeneste.

56 klienter (26 prosent) har fått permanent bolig for vanskeligstilte, det vil si kommunal utleiebolig.

Generelt viser undersøkelsen at det er mangel på boliger til rusmiddelmissbrukere i kommunene. Ni av de 11 sosialtjenestene som har oppgitt antall boliger med oppfølgingstjeneste for rusmiddelmissbrukere, oppgir antall slike boliger fra fire til sju. Fire andre sosialtjenester oppgir at de har mangel på tilrettelagte boliger for rusmiddelmissbrukere i kommunen.

Saksmappegjennomgangen viser flere eksempler på at det tar lang tid før klienter får tildelt bolig, og at klienter i noen tilfeller ikke får tildelt bolig som de har behov for.

Det foreligger flere landsomfattende undersøkelser fra andre offentlige instanser som støtter Riksrevisjonens funn om manglende boliger for rusmiddelmissbrukere.

Norsk byggforskningsinstitutt har gjennomført en undersøkelse som viser at det fremdeles er 5200 innbyggere som mangler fast bolig. Undersøkelsen viser at de som fremdeles er bostedsløse, i enda sterkere grad enn tidligere er rusmiddelmissbrukere og/eller mennesker med psykiske problemer<sup>125</sup>.

FAFO har gjort en undersøkelse som viser at kommunene har en fragmentert og tilfeldig satsing på og håndtering av bostedsløse<sup>126</sup>.

Tabell 2 Andel saker rusklienter som har mottatt boligtiltak. Prosent

N = 219	Har mottatt	Har ikke mottatt	Total
Bolig med oppfølgingstjeneste .....	6	94	100
Permanent bolig for vanskeligstilte .....	26	74	100
Midlertidig husvære .....	33	67	100

### Eksempler fra mappegjennomgangen:

- En klient trenger midlertidig husvære i begynnelsen av desember 2000. Det er ingen ledige rom. I siste halvdel av januar 2001 ønsker klienten fremdeles midlertidig husvære. Tilsvarende ønske gjenntas i midten av mars 2001. I begynnelsen av juni 2001 ønsker klienten å få bo i hybelhus. Mot slutten av 2001 bor klienten på hospits.
- Sosialtjenesten lager i begynnelsen av november 2002 en henvisning for bolig med oppfølgingstjeneste. I begynnelsen av mai 2003 har sosialtjenesten klart å skaffe bolig for klienten.
- Klienten har vært i tvangsplassering, og sosialtjenesten sier at de skal bistå klienten med å bytte bolig i midten av oktober 2002. I begynnelsen av februar 2003 etterlyser klienten bolig. I midten av mai 2003 er klienten fremdeles uten bolig. I august 2003 får klienten bolig.
- En klient vurderes å ha behov for bolig med oppfølgingstjeneste, men kommunen har ikke et slikt tilbud. Klienten får tilbud om midlertidig husvære.
- Klienten er første gang registrert i 2002, og det blir tidlig utarbeidet en plan hvor bolig er et av tiltakene. Klienten har våren 2004 ikke fått tildelt bolig.

<sup>122</sup> Rapport Statens helsetilsyn nr. 4/2005. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere.

<sup>123</sup> Rundskriv U-10/2002 Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre et boforhold.

<sup>124</sup> Rundskriv I-1/93.

<sup>125</sup> Norsk byggforskningsinstitutt, Thorbjørn Hamen, Arne Holm, og Steinar Østerby: Bostedsløse i Norge 2003 – en kartlegging

<sup>126</sup> FAFO, Siri Ytrehus og Jon Anders Drøpping, «Den vanskelige fortsettelsen – En kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse». 2004.

I en offentlig utredning om forskning på rusfeltet er det også gitt uttrykk for at det er behov for kunnskap om innhold og omfang av ulike bo- og omsorgstiltak<sup>127</sup>.

I Helsetilsynets landsdekkende tilsyn med sosialtjenesten er det funnet mangler i kommunenes arbeid knyttet til bolig for rusmiddelmissbrukere. Flere kommuner har fått kritikk for at rusmiddelmissbrukere ikke får tilbud om bolig etter det hjelpebehovet rusklientene har. Det kan være klienter som har behov for kontinuerlig sårstell, som blir plassert på hospits eller hybelhus. Det landsdekkende tilsynet har også avdekket at det er et kapasitetsproblem i de store kommunene når det gjelder etterspørsel etter midlertidig husvære. Det kan også se ut som om det ikke blir gjort noen vurderinger av om midlertidig husvære er et tilstrekkelig tilbud overfor rusmiddelmissbrukere.<sup>128 129</sup>

SINTEFs rapport om rusklientene og tjenester før rusreformen viser at det er et gap mellom behov for bolig og tilbud om bolig i de kommunene som har deltatt i undersøkelsen<sup>130</sup>.

### Botrening

Det er funnet dokumentasjon på at 24 klienter (11 prosent) har fått tilbud om botrening fra sosialtjenestens side. Saksmappegjennomgangen viser at 14 av 20 kommuner har gitt botreningstilbud. Intervjudataene viser at 15 sosialtjenester av 24 oppgir å ha botreningstilbud for rusmiddelmissbrukere. Botrening kan, ut fra det som oppgis av sosialtjenestene, foregå på ulike måter og ikke alltid i tilknytning til en permanent bolig. Noen sosialtjenester oppgir at de har tilgang på egne botreningsleiligheter. Andre sosial-

tjenester har tilgang på hybelhus hvor rusklienten kan få tilbud om botrening. Videre er det andre sosialtjenester som kan gi botreningstilbud gjennom miljøarbeidertjenesten eller ambulerende team i kommunen for rusklinter som bor i kommunale eller private boliger. En sosialtjeneste gir tilbud om botrening gjennom voksenopplæringen.

### Kontakt med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste

Kontakt med primærhelsetjeneste<sup>131</sup> og spesialisthelsetjeneste<sup>132</sup> nevnes i sosialtjenesteloven som et særskilt tiltak for rusmiddelmissbrukere. Undersøkelsen viser at det er en stor andel av klientene som har kontakt med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er tiltak som blir anvendt i oppfølgingen av rusmiddelmissbrukere. Formelt må henvisning til spesialisthelsetjenesten skje via fastlege.

I 144 av 219 saker (66 prosent) har rusmiddelmissbrukeren hatt kontakt med primærhelsetjenesten i forbindelse med oppfølgingen. I intervju oppgir 12 av sosialtjenestene at de benytter psykiatriske sykepleiere i kommunen til oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Den vanligste formen for kontakt med primærhelsetjenesten er kontakt med fastlegen.

I 159 av 219 saker (73 prosent) har rusmiddelmissbrukeren hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten. Ved gjennomgang av kvalitative data i saksmappene synes det som at den vanligste formen for kontakt med spesialisthelsetjenesten er knyttet til kontakt med psykiatrisk ungdomsteam eller psykiatrisk poliklinikk/sykehus.

Tabell 3 Andel saker hvor rusklinter har hatt kontakt med primær- og/eller spesialisthelsetjenesten. Prosent

N = 219	Har hatt kontakt	Har ikke hatt kontakt	Total
Primærhelsetjenesten .....	66	34	100
Spesialisthelsetjenesten .....	73	27	100

<sup>127</sup> NOU 2003:4, Forskning på rusmiddelfeltet, En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.

<sup>128</sup> Brev 27.08.2004 med referat etter møte med Statens helsetilsyn 19.08.2004.

<sup>129</sup> Rapport Statens helsetilsyn nr. 4/2005. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere.

<sup>130</sup> SINTEFs rapport (2004) «Rusklinter og tjenester før «rusreformen». En tverrsnittundersøkelse» av Tonje Gundersen, Lisbet Grit, Mitch Loeb, Torleif Ruud, Tone Eikeland, Sverre Nesvåg og Esben Olsen.

<sup>131</sup> Kontakt består i kontakt med fastlege, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeut eller kontakt med tannhelsetjeneste.

<sup>132</sup> Kontakt med spesialisthelsetjenesten består i kontakt med eller behandling i psykiatrisk poliklinikk, i ruspoliklinikk, hos frittstående psykolog eller psykiater, somatisk spesialisthelsetjeneste.

En sosialtjeneste opplyser at sosialtjenesten prøver å få klienter med rus- og psykiatriproblematikk lagt inn ved ulike psykiatriske institusjoner, ofte uten at dette lykkes. Denne sosialtjenesten beskriver en situasjon hvor de i ca. 1,5 år prøvde å få en klient inn på en psykiatrisk institusjon. Fra rusbehandlingsinstitusjonen fikk sosialtjenesten tilbakemelding om at klienten hadde for store psykiske problemer til å bli lagt inn for behandling av rusavhengighet. Fra den psykiatriske institusjonen fikk sosialtjenesten tilbakemelding om at klienten ikke var psykisk syk nok, og at klienten hadde for store rusmiddelproblemer til å få psykiatribehandling. Til slutt fikk sosialtjenesten klienten lagt inn ved en psykiatrisk institusjon. Sosialtjenesten mener at det er mye ansvarsfraskrivelse i andrelinjetjenesten når det gjelder disse klientene. Sosialtjenesten kan ikke avvise dem og vil ofte være den eneste kontakten de har. Denne sosialtjenesten uttrykker også at det er mange med denne problematikken som ikke har blitt diagnostisert.

Det har ved sakmappegjennomgangen ikke vært mulig, ut fra den dokumentasjonen som foreligger, å se om kontakten mellom rusklienten og primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vært sporadisk og enkeltstående eller har vedvart over tid. Det har i en del tilfeller heller ikke vært mulig å se om det er sosialtjenesten som har bidratt til kontakten mellom klient og primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

En kartlegging fra Statens helsetilsyn anslår at det i 1999 var rundt 4000 personer i Norge som hadde vedvarende, alvorlig rusmiddelmisbruk i kombinasjon med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, affektiv sinnslidelse, alvorlig angstlidelse eller personlighetsforstyrrelse, og som ikke fikk den nødvendige behandlingen og omsorgen de trengte<sup>133</sup>.

En rapport fra SINTEF fra 2003 om helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere viser at det er lite forskning om hvordan rusmiddelmisbrukere ivaretas innen psykisk helsevern.<sup>134</sup>

SINTEFs rapport fra 2004 om rusklienter og tjenester før rusreformen viser at klienter som har behov for tjenester innen psykisk helsevern, ikke alltid får dette dekket<sup>135</sup>.

I undersøkelsen er det blitt kartlagt hvordan sosialtjenesten forholdt seg til kombinasjonen av rus-

misbruk og psykiske lidelser. Sju sosialtjenester oppgir i intervju at kommunen mangler tilbud for klienter med dobbeltdiagnose rus og psykiatri. Sju sosialtjenester gir uttrykk for at det er problemer knyttet til at de psykiatriske institusjonene ikke vil behandle klienter som er rusavhengige eller ruspåvirket, og som opplagt har en psykisk lidelse.

#### Arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter

For at rusmiddelmisbrukere skal få et verdig liv med økt livskvalitet, er de blant annet avhengig av at grunnleggende behov som bolig, arbeid, aktiviteter og sosialt nettverk dekkes.

Til sammen 103 klienter (47 prosent) har mottatt ett eller flere tiltak som arbeid, støtteopplegg på arbeidsplassen, utdanning eller fritidsaktiviteter.

Ca. en tredjedel av alle klientene har fått tilbud om arbeidsrettede tiltak. Til ni klienter (fire prosent) er det gitt støtteopplegg på arbeidsplassen. Lav andel her kan ha å gjøre med at de som er i arbeid og har rusproblemer, ikke kontakter sosialtjenesten. henholdsvis 34 og 25 klienter (15 og 11 prosent) har mottatt tilbud om utdanning og fritidsaktiviteter.

Ut fra dokumentasjonen som foreligger i saksmappe, har det vært vanskelig å se om klienten har

Tabell 4 Andel rusklienter som har mottatt arbeid, støtteopplegg på arbeidsplass, utdannings- eller fritidstiltak. Prosent

N = 219	Har mottatt	Har ikke mottatt	Total
Arbeid .....	33	67	100
Støtteopplegg på arbeidsplassen .....	4	96	100
Utdanning .....	15	84	100
Fritidsaktiviteter .....	11	89	100

<sup>133</sup> Statens helsetilsyn, utredningsserie nr. 10/2000.

<sup>134</sup> SINTEFs rapport (2003) «Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere» av Torleif Ruud og Deborah Reas.

<sup>135</sup> SINTEFs rapport (2004) «Rusklienter og tjenester før «rusreformen». En tverrsnittundersøkelse» av Tonje Gundersen, Lisbet Grit, Mitch Loeb, Torleif Ruud, Tone Eikeland, Sverre Nesvåg og Esben Olsen.

klart å være i eller benytte seg av tiltaket over tid, eller om klienten har falt ut av tiltaket etter kort tid. Det er også vanskelig å slå fast om behovet for slike tiltak ble dekket.

SINTEF finner i sin undersøkelse av rusklienter og tjenester før rusreformen at det er udekkede behov når det gjelder tilbud om opplæring, arbeid og aktivisering i kommunene.

#### 4.3.4 Kontakt før og under nærmiljøtiltak

##### Rådgivnings- og veiledningsmøter

Sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere før og under nærmiljøtiltak skjer blant annet gjennom råd og veiledning. Gjennom intervjuene kommer det fram at sosialtjenestens råd og veiledning til rusmiddelmissbrukere vanligvis skjer gjennom møter hos sosialtjenesten eller ved telefonkontakt mellom sosialtjenesten og klient.

Råd og veiledning kan i tillegg skje ved hjemmebesøk, i aktiviteter sammen med klienten eller skriftlig gjennom vedtakene. I 25 av 219 saker (11 prosent) kommer det fram at sosialtjenesten har vært på hjemmebesøk hos klienten.

Antall dokumenterte rådgivnings- og veiledningsmøter vil være en indikator på sosialtjenestens oppfølging av klienten.

Kartleggingen er her begrenset til når klienten ikke er i institusjon eller under legemiddelassistert rehabilitering.

I 24 av 219 saker (11 prosent) foreligger det ikke journalnotat eller noen form for dokumentasjon over rådgivnings- og veiledningsmøter mellom sosialtjenesten og klient. Det er vanskelig å vite om det ikke har vært noen møter mellom klient og sosialtjenesten, eller om møtene ikke er dokumentert.

Tabell 5 viser at 15 klienter av totalt 191 (8 prosent) har hatt ett rådgivnings- og veiledningsmøte med sosialtjenesten ut fra den dokumentasjonen som foreligger i saksmappene. Av disse er det ni saker hvor klienter hadde sin første kontakt med sosialtjenesten før 2003, og som har hatt mindre enn ett møte i året ut fra den dokumentasjonen som foreligger i saksmappene og journalsystemet.

33 klienter (17 prosent) har hatt to til tre møter og 25 klienter (13 prosent) fire til fem møter med sosialtjenesten. Blant dem som har hatt to til tre møter i alt med sosialtjenesten, er det 26 klienter (79 prosent) som hadde sin første kontakt med sosialtjenesten før 2003. Av disse er det 18 klienter (54 prosent) som hadde sin første kontakt med sosialkontoret før 2002. Blant dem som har hatt fire til fem møter, er det 20 klienter (80 prosent) som hadde sin første kontakt med sosialtjenesten før 2002.

Antall rådgivnings- og veiledningsmøter vil i noen tilfeller være påvirket av at personer har hatt mange institusjonsopphold, vært i fengsel eller tidlig etter første kontakt med sosialtjenesten hatt oppstart av legemiddelassistert rehabilitering. Når det gjelder rådgivnings- og veiledningsmøter for de sakene hvor første kontakt med sosialtjenesten ligger langt tilbake i tid, kan antallet møter registrert være påvirket av at sosialtjenestene i mange tilfeller ikke hadde etablert et elektronisk journalsystem før midten av 1990-årene eller senere. Antall år rusmiddelklienten har vært i kontakt med sosialtjenesten, vil påvirke antall rådgivnings- og veiledningsmøter klienten har hatt.

Det varierer hvor mange rådgivnings- og veiledningsmøter klienter har per år. Antall gjennomførte møter i 2003 varierte fra ett til 20. Gjennomsnittlig antall rådgivnings- og veiledningsmøter i 2003 lå på fire.

Variasjonen i antall rådgivnings- og veiledningsmøter per år bekreftes av intervjuene. Samtlige sosialtjenester oppgir i intervju med Riksrevisjonen at hyppigheten på rådgivnings- og veiledningsmøter mellom sosialtjenesten og klient varierer. Hyppigheten på møter kan variere fra flere ganger i uken til én gang i halvåret. Hyppighet når det gjelder kontakt mellom saksbehandler og klient, påvirkes av sosialtjenestens vurdering av behov for hjelp og av variable som alder, misbruksmønster og motivasjon hos klient for tiltak. Hyppigheten på antall møter kan for eksempel øke i perioder hvor det jobbes med å utarbeide tiltaksplan, eller i fasen hvor det søkes om legemiddelassistert rehabilitering. Fire sosialtjenester gir uttrykk for at de har for lite ressurser til å ha så mange rådgivnings- og veiledningsmøter med rus-

Tabell 5 Rådgivnings- og veiledningsmøter klienten har hatt etter at rusmiddelproblemet er kjent i perioden fra første kontakt til 2004. Antall og prosent

	Antall	Prosent
Ett møte .....	15	8
To til tre møter .....	33	17
Fire til fem møter .....	25	13
Seks til ti møter .....	42	22
11 til 20 møter .....	56	29
21 til 30 møter .....	10	5
Over 30 møter .....	10	5
Total .....	191*	100

\* I 24 saker mangler dokumentasjon, og i fire saker synes råd og veiledning ikke relevant å registrere fordi sakene går for langt tilbake i tid og derfor er holdt utenfor sammenhengen.

klienter som ønsket. Fire sosialtjenester gir uttrykk for at det blir gjennomført færre rådgivnings- og veiledningsmøter med klienter som ikke er motivert for tiltak for å komme vekk fra rusmiddelmisbruk.

### Ansvarsgruppe

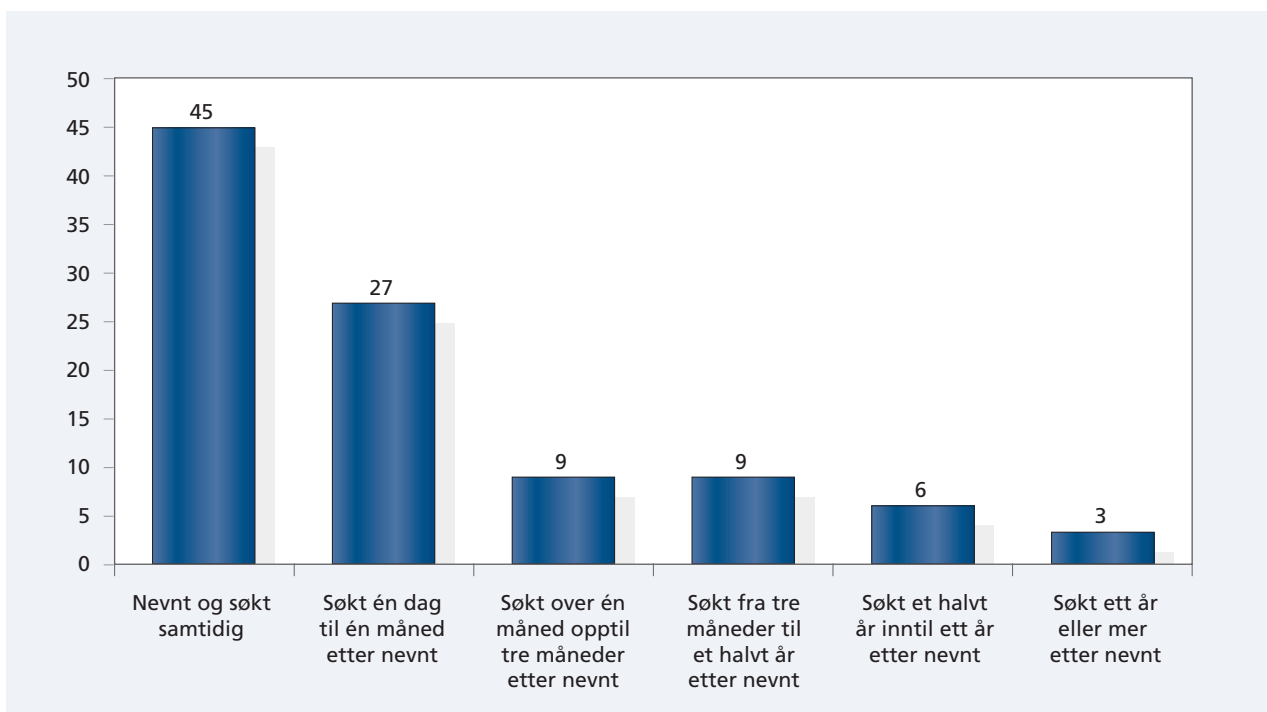
For å samordne oppfølgingen av rusmiddelmisbrukere med sammensatte behov og behov for tjenester fra flere instanser, er etablering av ansvarsgrupper med representanter fra berørte instanser et virkemiddel.

16 av 24 sosialtjenester oppgir at de oppretter ansvarsgrupper når det gjelder krevende klienter som har behov for oppfølging fra mange instanser. 74 av 219 klienter (34 prosent) har fått opprettet ansvarsgruppe i perioder før eller under nærmiljøtiltak. For fire av de rusklientene som har fått opprettet ansvarsgruppe under nærmiljøtiltaket, er det ikke dokumentert annen kontakt med sosialtjenesten enn gjennom ansvarsgruppen. I de øvrige 70 sakene hvor det er opprettet ansvarsgruppe, har klienten hatt kontakt med sosialtjenesten både i ansvarsgruppe og ved rådgivnings- og veiledningsmøter.

### 4.3.5 Oppfølging ved behandling i rusinstitusjon

Når hjelp utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig, vil behandlingsopplegg i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon være et virkemiddel. 55 klienter av 219 (25 prosent) er blitt gitt frivillig institusjonsbehandling<sup>136</sup>. 71 klienter av 219 (32 prosent) har ikke fått institusjonsbehandling, men kun nærmiljøtiltak. Blant de 71 klientene som kun har mottatt nærmiljøtiltak, er det 58 klienter som hadde sin første kontakt med sosialtjenesten før 2003. Åtte klienter hadde sin første kontakt med sosialtjenesten så tidlig som 1998. Det kan være flere grunner til at institusjonsbehandling for disse klientene ikke er gitt. Sosialtjenesteloven angir blant annet at sosialtjenesten primært skal prøve ut tiltak i nærmiljøet overfor rusmiddelmisbrukeren. Videre kan det i noen tilfeller være slik at rusmiddelmisbrukere ikke er motivert for eller ønsker institusjonsbehandling. Det kan også være slik at institusjonstilbudet ikke har vært der når klienten har vært motivert for behandling i institusjon.

I den videre vurderingen av oppfølging ved institusjonsbehandling er undersøkelsen avgrenset til å gjelde rusmiddelmisbrukeres siste institusjonsbehandling når det har vært flere institusjonsopphold.



Figur 3 Andel klienter og tidspunkt for når sosialtjenesten søker om institusjonsbehandling etter at institusjonsbehandling er nevnt første gang. Prosent. N=33

<sup>136</sup> I saksmappegjennomgangen er eventuell frivillig institusjonsbehandling for dem som har fått tvangs plassering eller LAR, ikke blitt registrert eller gjennomgått.



### Ventetid

Sosialkomiteen ga i Innst. S. nr. 184 (1996–97) uttrykk for at det er viktig at det er et behandlingstilbud tilgjengelig når rusmisbrukeren er motivert for behandling. I saksmappene er det kartlagt hvor lang tid det har gått fra siste institusjonsbehandling blir nevnt eller omhandlet i saken, til sosialtjenesten søker om institusjonsbehandling.

For 40 prosent av de 55 sakene hvor det har vært en institusjonsbehandling, mangler det dokumentasjon på søknad om institusjonsbehandling. Det er derfor ikke mulig å se hvor lang tid søknadsprosessen for disse sakene har tatt. I 33 saker foreligger det dokumentasjon på søknad.

Figur 3 viser andel klienter og tidspunkt for når sosialtjenesten søker om institusjonsbehandling etter at institusjonsbehandling er nevnt første gang.

For 24 klienter (72 prosent) er søknad sendt samtidig eller innen én måned etter første dokumenterte spørsmål om institusjonsbehandling. For åtte klienter (24 prosent) har det tatt fra over en måned og opptil ett år fra institusjonsbehandling nevnes til det søkes om institusjonsbehandling. For én klient tar det over ett år før det søkes om institusjonsbehandling fra det er nevnt første gang. I sistnevnte sak er det nevnt at klienten er vanskelig å få tak i og har psykiske problemer.

Det er videre kartlagt tid fra sosialtjenesten har søkt om institusjonsbehandling til dato for oppstart av siste institusjonsbehandling.

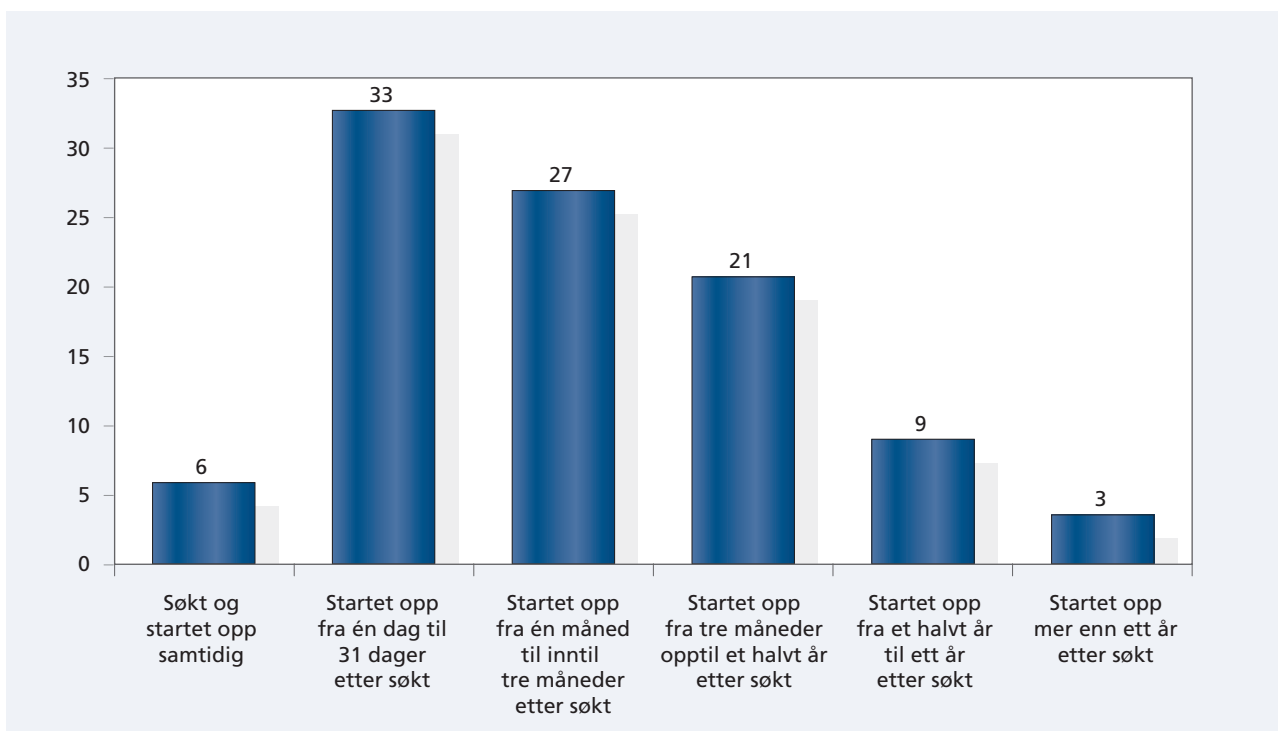
Figur 4 viser at for til sammen fire klienter (12 prosent) har det tatt fra et halvt år eller mer fra søknad om behandling til oppstart i institusjonsbehandling.

For 13 klienter (39 prosent) har søknad om behandling og oppstart skjedd samtidig eller innenfor én måneds tidsrom. Videre har det for til sammen 16 klienter (48 prosent) tatt fra én måned opptil et halvt år fra søknad om behandling til oppstart. 22 av 55 saker (40 prosent) mangler som nevnt dokumentasjon på søknad og søknadsdato.

### Kartlegging

Det er i saksmappegjennomgangen blitt undersøkt hvorvidt sosialtjenesten i forbindelse med søknad om institusjonsplass har kartlagt klientens rusproblem og psykiske og fysiske helsetilstand.

I til sammen 23 saker (42 prosent) foreligger det ingen dokumentasjon på at sosialtjenesten har foretatt noen kartlegging i forbindelse med søknad om institusjonsbehandling. I 24 saker (44 prosent) foreligger det ingen informasjon i saken om at sosialtjenesten har gjort en kartlegging av rusproblemet. I 53 saker (60 prosent) foreligger det ingen informasjon i saken om at sosialtjenesten hadde foretatt en kartlegging av psykisk eller fysisk helsetilstand.



Figur 4 Andel klienter og tidspunkt for oppstart i institusjonsbehandling etter at sosialtjenesten har søkt om institusjonsbehandling. Prosent. N=33

Tabell 6 Sosialtjenestens kartlegging av rusproblem i forbindelse med søknad om institusjonsplass. Prosent

N = 55	Ja	Nei	Total
Foreligger dokumentert kartlegging i forbindelse med søknad om institusjonsplass? .....	58	42	100
Har sosialtjenesten kartlagt rusproblematikken i forbindelse med søknad om institusjonsplass? .....	56	44	100
Har sosialtjenesten kartlagt psykisk og fysisk helsetilstand i forbindelse med søknad om institusjonsplass? .....	39	61	100

Samtlige sosialtjenester oppgir i intervju med Riksrevisjonen at de kartlegger i forkant av søknad om institusjonsplass. Det varierer imidlertid mellom sosialtjenestene som er intervjuet, om og hvordan kartleggingen dokumenteres. Det kan også i noen tilfeller være slik at sosialtjenesten har foretatt en kartlegging ved en tidligere institusjonsplassering som ligger nær forut i tid før siste institusjonsbehandling.

#### Utarbeidelse av tiltaksplan

Tiltaksplan er et virkemiddel for å planlegge institusjonsbehandlingen. For fem klienter, eller ni prosent av 55 saker, er det utarbeidet en tiltaksplan i forbindelse med frivillig institusjonsplassering. I én av disse sakene er tiltaksplanen eller handlingsplanen utarbeidet av institusjonen. Tre av sosialtjenestene oppgir at det lages tiltaksplan for alle klienter i forbindelse med institusjonsbehandling. Ved fire sosialtjenester varierer det hvorvidt det utarbeides tiltaksplaner for klienter som skal i behandlingsinstitusjon for rusproblematikk. Fem sosialtjenester oppgir at det ikke utarbeides tiltaksplaner, og åtte enheter oppgir at det er institusjonene som utarbeider tiltaksplan. Én sosialtjeneste oppgir at de fleste institusjoner utarbeider handlingsplaner for rusklinter, men ikke alle.

#### Oppfølging under institusjonsbehandling

Sosialtjenestens oppfølging under et behandlingsopplegg skjer gjennom kontakt ved møter eller telefoner mellom sosialtjenesten og klient eller gjennom ansvarsgruppemøter. For 12 av 55 klienter (22 prosent) har det ikke vært opprettet ansvarsgruppe eller vært noen kontakt mellom sosialtjenesten og klient under institusjonsopphold. Det vil si at det er 12 klienter som under institusjonsbehandling ikke har fått noen oppfølging fra sosialtjenesten ut fra den dokumentasjon som foreligger i saken.

43 av 55 klienter (78 prosent) har under institusjonsoppholdet enten blitt fulgt opp gjennom ansvarsgruppe, gjennom møte med sosialtjenesten eller gjennom telefonkontakt. For 30 av 55 klienter (55 prosent) er det opprettet ansvarsgruppe under in-

stitusjonsoppholdet. For 18 klienter (33 prosent) er det gjennomført møte med sosialtjenesten ved institusjonen eller annet sted under institusjonsoppholdet. For 18 klienter (33 prosent) har det vært kontakt med sosialtjenesten via telefon.

12 sosialtjenester oppgir i intervju at de kun følger opp rusklinter i behandling gjennom ansvarsgruppe og de møtene som arrangeres i den forbindelse. Saksmappegjennomgangen viser at sju av disse sosialtjenestene ikke har opprettet ansvarsgruppe for alle sine rusklinter som er i eller har vært i institusjonsbehandling.

Samtlige sosialtjenester oppgir at det varierer hvor hyppig det gjennomføres ansvarsgruppemøter for rusklinter i behandlingsinstitusjon. Hyppigheten oppgis ofte å variere fra klient til klient og etter hvilken fase i behandlingen klienten er i. Flere sosialtjenester oppgir at hyppigheten også varierer etter hvor langt unna institusjonen ligger. Ligger en institusjon langt unna, gjennomføres det færre møter. Dette gjelder også ansvarsgruppemøter.

#### 4.3.6 Tvangsplassering av rusmiddel-misbrukere i institusjon

##### Før tvangsplassering

En rusmiddel-misbruker kan tas inn i en institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling uten eget samtykke hvis den fysiske eller psykiske helsen utsettes for fare, og hvis frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. En gravid rusmiddel-misbruker kan uten eget samtykke tas inn på institusjon og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade.

På landsbasis var 53 rusmiddel-misbrukere plassert på institusjon etter endelig tvangsvedtak i 2003<sup>137</sup>. Av disse var det 14 saker med gravide rusmiddel-misbrukere.

I saksmappegjennomgangen har en sett på til sammen 26 tvangssaker med vedtak fra perioden 1998 og til og med 2003. 24 av 26 tvangssaker gjelder kvinner.

<sup>137</sup> Sosial- og helsedirektoratet.

Tabell 7 Antall saker etter sakstype

Saker etter § 6-2 uten akuttvedtak	Saker etter § 6-2 med akuttvedtak <sup>138</sup>	Saker etter § 6-2a med akuttvedtak	Saker med kun akuttvedtak etter § 6-2 og 6-2a	Sum tvangssaker
7	6	9	4*	26

\* Tre av disse sakene gjelder akuttvedtak overfor gravide rusmiddelmissbrukere.

En har gått igjennom 13 saker etter § 6–2, tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, der det i seks av sakene er gjort midlertidig akuttvedtak av sosialtjenesten. Videre er det ni saker etter § 6–2a, tvang for gravide rusmiddelmissbrukere, hvor det i samtlige saker er gjort akuttvedtak av sosialtjenesten. I tillegg er det fire saker hvor det kun er gjort midlertidig akuttvedtak av sosialtjenesten. Av disse er det tre saker etter § 6–2a og én sak etter § 6–2.

For 20 av 26 klienter er det prøvd ut frivillig institusjonsbehandling før tvangssak fremmes av sosialtjenesten, og for 19 av 26 klienter er det prøvd ut nærmiljøtiltak før tvangssak fremmes av sosialtjenesten. For ni av 26 klienter er tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke prøvd ut før tvangssak fremmes.

Sosialtjenesten skal utarbeide tiltaksplan for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon etter tvangsvetakt<sup>139</sup>. I 14 av 26 tvangssaker (54 prosent) foreligger det ikke tiltaksplan slik det er påkrevd.

I saksmappene er det kartlagt hvor lang tid det har gått fra tvangsplassering første gang nevnes som en mulighet til sosialtjenesten fremmer tvangssak. Dette kan være en indikator på hvor lang tid sosialtjenesten bruker for å vurdere og fremme en tvangssak.

For fem klienter med tvangsplassering etter § 6–2 har det tatt over 60 dager før sosialtjenesten har fremmet sakene.

For tre klienter tvangsplassert etter § 6–2a, gravide rusmiddelmissbrukere, har det tatt over 60 dager før sosialtjenesten har fremmet tvangssak. Det har for én av disse klientene tatt nærmere et halvt år før saken er fremmet fra sosialtjenestens side.

I én sak finnes ikke dokumentasjon på når sosialtjenesten fremmet saken for fylkesnemnda.

For én gravid rusmiddelmissbruker hvor det kun er gjort akuttvedtak, tok det tre måneder før sosialtjenesten fremmet tvangssaken overfor fylkesnemnda. Sosialtjenesten var i denne saken kjent med kvinnens graviditet i to måneder før tvang nevnes. Kvinnen fødte før hovedsaken ble behandlet i fylkesnemnda.

Når sosialtjenesten fatter et akuttvedtak overfor rusmiddelmissbrukere, vil rusmiddelmissbrukeren plasseres i institusjon innen 48 timer. Sosialtjenesten fremmer innenfor et tidsrom på 14 dager etter vedtak om akuttsplassering en tvangssak for fylkesnemnda. I de saker hvor det ikke fattes akuttvedtak, vil rusmiddelmissbrukeren plasseres i institusjon når endelig vedtak er fattet av fylkesnemnda.

Tabell 8 Tid fra tvangsinleggelse nevnes til sosialtjenesten fremmer tvangssak<sup>140</sup>. Antall og prosent

	§ 6-2 uten akuttvedtak	§ 6-2 med akuttvedtak	§ 6-2a tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere (alle akutt)	Kun akuttvedtak etter § 6-2 og 6-2a	Total
0–30 dager .....	2 (29 %)	3 (50 %)	2 (25 %)	2 (50 %)**	9 (36 %)
31–60 dager .....	1 (14 %)	2 (33 %)	4 (50 %)	1 (25 %)	8 (32 %)
61–90 dager .....	1 (14 %)	0 (0 %)	1 (12,5 %)	1 (25 %)**	3 (12 %)
Over 90 dager .....	3 (43 %)	1 (17 %)	1 (12,8 %)	0 (0 %)	5 (20 %)
Total .....	7 (100 %)	6 (100 %)	8 (100 %)*	4 (100 %)	25 (100 %)

\* I én sak foreligger det ikke dato for når sosialtjenesten har fremmet saken overfor fylkesnemnda.

\*\* Etter § 6–2a.

<sup>138</sup> Sosialtjenesten kan fatte midlertidig vedtak om tvangsplassering i påvente av behandling av endelig vedtak om tvang hos fylkesnemnda. Vedtaket må lovlighetskontrolleres av fylkesnemnda.

<sup>139</sup> Jf. sotjl § 6–1,

<sup>140</sup> Dette vil enten være tid fram til akutt tvangssak (i påvente av endelig behandling) fremmes, eller tid fram til endelig tvangssak (uten akuttvedtak) fremmes.

Tabell 9 Tid fra sosialtjenesten fremmer tvangssak til fylkesnemnda og til fylkesnemnda har gjort endelig vedtak. Antall og prosent.

	Type tvangssak - § 6-2	Type tvangssak - § 6-2a tilbakeholdelse av gravide rusmisbrukere	Total
0–30 dager .....	5 (36 %)	5(62 %)	9 (43 %)
31–60 dager .....	6 (43 %)	3(37 %)	9 (43 %)
61–90 dager .....	2 (14 %)	0 (0 %)	2 (9 %)
Over 90 dager .....	1 (7 %)	0 (0 %)	1 (5 %)
Total .....	14 (100 %)	8*(100 %)	21 (100 %)

\* I én sak foreligger det ikke dato for når sosialtjenesten har fremmet saken overfor fylkesnemnda.

I åtte av 12 saker som gjelder tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere, har klienten vært gravid i fem måneder eller mer når klienten plasseres i institusjon som følge av akuttvedtak<sup>141</sup>.

I saksmappegjennomgangen er det også blitt kartlagt hvor lang tid det har gått fra sosialtjenesten fremmer tvangssak til fylkesnemnda gjør endelig vedtak.

For tre klienter med tvangssak etter § 6-2 har det tatt over 60 dager fra sosialtjenesten har fremmet tvangssak til fylkesnemnda har gjort endelig vedtak. Det er ingen tvangssaker etter § 6-2a hvor det har tatt tilsvarende lang tid.

For tre klienter med tvangssak etter § 6-2a har det tatt over én måned fra sosialtjenesten fremmet tvangssak til fylkesnemnda har gjort endelig vedtak.

For tre klienter med midlertidig vedtak etter § 6-2a blir sakene aldri behandlet i fylkesnemnda, fordi kvinnene føder før sakene kommer opp til behandling. I en annen sak med midlertidig vedtak blir saken avslått i fylkesnemnda. Fylkesnemnda begrunner avslaget med at behandlingsinstitusjon ikke har utarbeidet et spesielt opplegg for klienten som er under tvang, og at det heller ikke er redegjort for behandlingsformålet.

### Oppfølging under tvangsplassering i institusjon

I 21 av 26 saker er det gjennomført ansvarsgruppemøter under tvangsoppholdet. For 12 av 26 klienter er det ingen dokumentasjon på at det har vært kontakt gjennom møter eller telefoner utenom ansvarsgruppemøtene, mellom sosialtjenesten og klienten under tvangsplasseringen.

Av de 11 sosialtjenestene som uttrykte noe om oppfølging av klienter under tvangsplassering i institusjon, oppgir to sosialtjenester at klienter i behand-

ling under tvang får samme oppfølging fra sosialtjenesten som rusklienter i frivillig behandling sinstitusjon. Åtte sosialtjenester gir uttrykk for at klienter i tvangsplassering følges hyppigere eller tettere opp enn klienter i frivillig institusjonsbehandling.

### Sosialtjenestens vurdering av bruk av tvang

Sosialtjenestene ble i intervju med Riksrevisjonen bedt om å gi en vurdering av hvorfor tvang i liten grad ble brukt overfor rusmiddelmisbrukere. Det angis av sosialtjenestene at det er mye saksforberedelse før en sak kan fremmes for fylkesnemnda for sosiale saker. Kriteriene for bruk av tvang gjør det også vanskelig å få igjennom en sak i fylkesnemnda for sosiale saker.

Det oppleves som vanskelig å dokumentere at det er behov for å få en rusklient tvangsinnlagt. Det påpekes at saksbehandlingen rundt tvangssaker er ressurskrevende for sosialtjenesten. Det oppleves videre som problematisk at klienten må ha en plass i institusjon som tar imot tvangsplasseringer, før saken skal opp i fylkesnemnda. Det er få institusjoner som tar imot klienter på grunnlag av tvangsvedtak. Institusjonstilbudet for tvangsinnleggelse for rusmiddelmisbrukere oppgis å være for dårlig utbygd. Det kom fram i intervjuene at det har vært tilfeller der fylkesnemnda for sosiale saker har gjort tvangsvedtak overfor en rusmiddelmisbruker, men hvor vedtaket ikke har latt seg gjennomføre fordi helseforetaket ikke har kunnet tilby ledig institusjonsplass før vedtaket var ugyldig.

Flere sosialtjenester oppgir at de ikke har tro på eller erfaringer med at bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere er en metode som gir ønskede resultater. Sosialtjenestene har også erfart at tvang i tillegg kan føre til overdoser og dødsfall i etterkant av

<sup>141</sup> I tre saker føder kvinnene én til to måneder etter tvangsplasseringen er startet opp. En forutsetter her at fødselsdatoen har vært rundt termin.

tvangsopphold. To sosialtjenester gir uttrykk for at årsaken til at det fremmes få tvangssaker, er at det allerede er stor etterspørsel fra rusklinter etter frivillige institusjonsplasser, som derfor prioriteres før eventuelle tvangsplasseringer.

#### 4.3.7 Oppfølging etter institusjonsbehandling

##### Planlegging av oppfølging etter institusjonsbehandling

I alt er det 55 saker hvor klienter har vært i frivillig institusjonsbehandling, og 26 saker hvor klienten har vært tvangsinnlagt i institusjon. I 13 av 55 institusjonssaker (24 prosent) er klienten fremdeles i institusjonsbehandling ved datainnsamlingstidspunktet. I tillegg er én av tvangssakene uaktuell for oppfølging etter institusjonsbehandling fordi fylkesnemnda avsto tvangssaken. Det er derfor i alt 67 av klientene som har vært aktuelle for oppfølging etter frivillig institusjonsbehandling eller tvangsinnleggelse. Av disse har 42 vært i frivillig institusjonsbehandling, og 25 har vært tvangsinnlagt.

Planlegging av oppfølging i etterkant av institusjonsplassering, enten frivillig eller under tvang, vil være viktig for å vedlikeholde og videreføre den eventuelle forbedringen klienten har fått når det gjelder sitt rusproblem og eventuelt andre problemer gjennom institusjonsoppholdet. For til sammen 15 av 67 klienter (22 prosent) er ikke oppfølgingen etter institusjonsplassering planlagt av sosialtjenesten.

Samtlige sosialtjenester oppgir i intervjuet at planlegging av oppfølgingen etter frivillig institusjonsbehandling skjer under institusjonsoppholdet. De ulike sosialtjenestene oppgir imidlertid ulikt tids-

punkt for når de mener at planleggingen av oppfølgingen bør gjennomføres under behandlingsforløpet. Tidspunkt som oppgis for når oppfølgingstiltak etter institusjonsbehandling bør planlegges, varierer fra før klienten starter oppholdet ved behandlingsinstitusjonen til at planleggingen bør skje rett før utskrivning. Én sosialtjeneste oppgir at det varierer når oppfølging etter institusjonsplassering planlegges, alt etter hvilke krav institusjonene stiller. Denne sosialtjenesten oppgir at noen institusjoner stiller krav om at oppfølging etter institusjonsplassering er planlagt før klienten skrives inn ved institusjonen, mens andre institusjoner initierer planleggingen av oppfølging etter institusjonsplassering på slutten av klientens opphold ved institusjonen. Tre sosialtjenester oppgir at det er problemer knyttet til å få planlagt oppfølgingen etter institusjonsbehandling ved korttidsopphold ved behandlingsinstitusjon for rusmiddelproblemer. Korttidsopphold defineres av sosialtjenesten som opphold inntil tre måneder.

##### Tiltak etter institusjonsbehandling

Klienter skal etter utskrivning fra institusjonsplassering få mulighet til et langvarig program med blant annet sosialt nettverk, krisehjelpstilbud, omsorgs- og støttepersoner, bolig og arbeid.

Undersøkelsen omfatter 67 saksmapper for klienter hvor sosialtjenesten har hatt ansvar for oppfølging etter institusjonsplassering. 32 klienter har sluttet i behandling før 2003, mens 37 klienter avsluttet frivillig institusjonsbehandling eller tvang i 2003 eller 2004.

Tabell 10 Andel rusklinter som har fått tiltak i perioden etter siste institusjonsbehandling (inkluderer frivillig plassering og tvangsplassering i institusjon). Prosent

N = 67	Har fått	Har ikke fått	Total
Vedlikeholdsbehandling for rusfrihet / videre poliklinisk rusbehandling .....	40	60	100
Tiltak for å bedre psykisk eller fysisk helse .....	33	67	100
Boligtiltak/botrening .....	24	76	100
Arbeid/utdanning .....	22	78	100
Fritid/sosial trening .....	18	82	100
Tiltak i regi av institusjonen .....	37	63	100
Annet .....	42	58	100

Tiltakene som gis i etterkant av institusjonsbehandling, behøver ikke være sosialtjenestens egne tiltak eller etablert med bistand fra sosialtjenesten. Det er kartlagt om klienten har hatt noen tiltak generelt, ut fra det som er dokumentert i saksmappen.

Ut fra tabell 10 er tiltak som vedlikeholdsbehandling for rusfrihet/poliklinisk rusbehandling tiltak i regi av institusjonen, og «Annet»<sup>142</sup> de vanligste oppfølgingstiltak som blir gitt etter institusjonsbehandling. Henholdsvis 27, 25 og 28 klienter (40, 37 og 42 prosent) får slike tiltak.

Henholdsvis 12, 15 og 16 av klientene (18, 22 og 24 prosent) har fått fritidstiltak og sosial trening, arbeid og utdanning og boligtiltak/botrening som oppfølgingstiltak i etterkant av institusjonsbehandling.

Samtlige sosialtjenester oppgir å gi tjenester etter lov om sosiale tjenester (blant annet støttekontakt og miljøtjeneste) og eventuell utredning for nærliggende tjenester som barnevern og kommunale helsetjenester i oppfølgingen etter institusjonsplassering. Sosialtjenestene opplyser også at de forsøker å skaffe oppfølging i bolig, arbeid og utdanning, eventuell ansvarsgruppe og bidra til henvisning eller henvise til poliklinikktiltak eller psykiatrisk hjelp. Sosialtjenestene oppgir også at de gir oppfølgingssamtaler ved sosialtjenesten.

Fire sosialtjenester oppgir spesifikt at de ikke har eller har lite tilbud for oppfølging av rusmiddelmissbrukere etter institusjonsbehandling.

Tre sosialtjenester nevner at de har problemer med eller mangler når det gjelder bolig og oppfølgingstjeneste for klienter i bolig.

### **Kontakt mellom sosialtjenesten og klient i perioden etter institusjonsbehandling**

Oppfølgingen i perioden etter institusjonsbehandling kan skje gjennom ansvarsgruppe, gjennom møter med sosialtjenesten og gjennom telefonkontakt.

I forbindelse med oppfølgingen av klienter som enten har vært i frivillig behandling eller under tvangsplassering, kan det være hensiktsmessig med ansvarsgruppe. I saksmappegjennomgangen er det kartlagt om det er opprettet ansvarsgruppe for klienten i oppfølgingen etter behandling ut fra dokumentasjonen som foreligger i saksmappen.

*Tabell 11 Andel rusklienter som har fått ansvarsgruppe i oppfølgingen i perioden etter siste frivillige institusjonsbehandling og etter siste tvangsplassering. Antall og prosent*

N = 67	Antall	Prosent
Ansvarsgruppe JA .....	23	34
Ansvarsgruppe NEI .....	44	66

For 23 av 67 klienter (34 prosent) er det opprettet ansvarsgruppe i fasen etter institusjonsbehandling. For ni av klientene som har fått ansvarsgruppe, har det i hele perioden etter endt institusjonsplassering vært avholdt ett ansvarsgruppemøte. Fire av disse klientene avsluttet sin behandling så tidlig som i 2000 eller 2001. Fem avsluttet sin behandling i 2003.

### **Seks sosialtjenester nevner konkrete tiltak i oppfølgingen etter institusjonsplassering som er tilgjengelig for rusmiddelmissbrukere i kommunen:**

- To sosialtjenester har oppfølgingstiltak i form av ettervernshus hvor ulike aktiviteter inngår.
- Én sosialtjeneste har fritidstiltak for klienter gjennom et prosjekt i kommunen.
- Én sosialtjeneste bruker en privat ettervernsgruppe som består av tidligere rusmisbrukere i oppfølging av rusklienter etter institusjonsbehandling.
- Én tjeneste formidler kontakt med samtalegruppe i privat regi for rusklienter i oppfølgingen etter institusjonsbehandling.
- Én sosialtjeneste oppgir særlig å satse på oppfølgingstiltak for rusmiddelmissbrukere i etterkant av institusjonsbehandling. Kommunen har utarbeidet et eget tiltak som er rettet mot klienter som er ferdig med institusjonsbehandling. Tiltaket er prioritert personalmessig og har doblet personalressursene i 2004. Alle som deltar i oppfølgingstiltaket, skal ha fått egen bolig skjermet fra aktive rusmiddelmissbrukere. Tilbudet gjelder ikke for personer under legemiddelassistert rehabilitering.

<sup>142</sup> «Annet» er tiltak som støttesamtaler ved sosialtjenesten, viderehenvisning til barnevernet, miljøarbeidertjenesten, ny institusjonsbehandling, ettervernsgruppe, kontakt med anonyme alkoholikere/narkomane (AA/NA), støttekontakt og legemiddelassistert rehabilitering.

Det er ikke i alle tilfeller hensiktsmessig å opprette ansvarsgruppe i oppfølgingsfasen etter behandling. Oppfølging gjennom møte med sosialtjenesten kan da være tilstrekkelig. I 20 av de 44 sakene hvor det ikke er opprettet ansvarsgruppe eller gjennomført ansvarsgruppemøter, er det gjennomført møte med sosialtjenesten.

For 23 av 67 klienter (34 prosent) har det ikke vært kontakt mellom sosialtjenesten og klient gjennom ansvarsgruppe, gjennom møte med sosialtjenesten eller via telefon i oppfølgingsfasen etter institusjonsplassering.

#### 4.3.8 Legemiddellassistert rehabilitering

##### Før søknad om legemiddellassistert rehabilitering (LAR)

I forbindelse med søknad om LAR vurderer sosialtjenesten om dette er det mest hensiktsmessige tiltaket. Det er viktig at tilbudet om LAR er tilgjengelig når rusmisbrukeren er motivert for behandling.

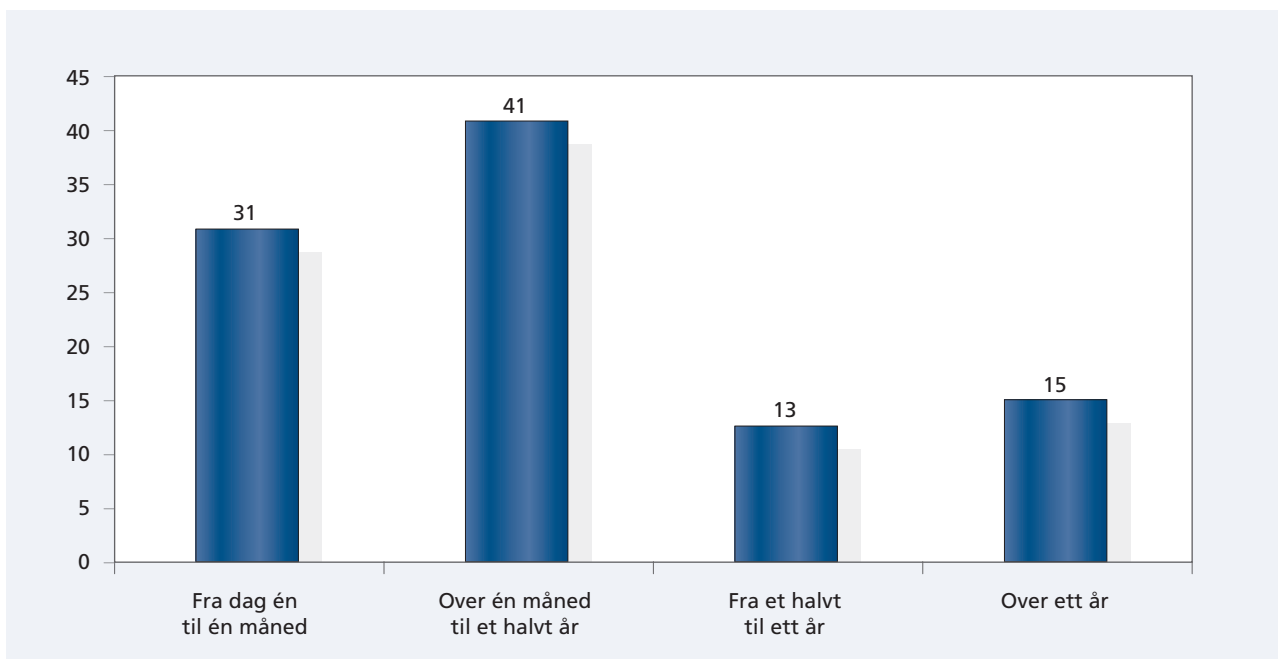
Det var i alt registrert 443 LAR-saker per 31. desember 2003 ved de 24 sosialtjenestene i undersøkelsen. Det er i undersøkelsen gjennomgått 67 LAR-saker i sakmappegjennomgangen. Samtlige hadde oppstart i LAR etter 1. januar 1998.

I sakmappegjennomgangen er det kartlagt hvor lang tid det har gått fra LAR nevnes som et mulig tiltak første gang i saken til det er utarbeidet en søknad for klienten ved sosialtjenesten.

For til sammen ni klienter (15 prosent) har det tatt over ett år fra LAR er blitt nevnt til det er blitt utarbeidet en søknad om LAR ved sosialtjenesten. For to av disse klientene har det tatt ca. fire år fra LAR er nevnt til det er søkt.

Intervjuene med sosialtjenestene viser variasjon mellom sosialtjenestene i forhold til når de etter klientens ønsker setter i gang søknadsprosessen for LAR. Én kommune oppgir at alle søknader om LAR utredes innen tre måneder etter at klienten har ytret ønske om LAR. Tre andre sosialtjenester oppgir at en klients søknad om LAR utredes når sosialtjenesten har kapasitet til å ta seg av søknaden, og at sosialtjenesten har ventelister for sin saksbehandling. Ventetiden for klienter fra søknaden er levert til sosialtjenesten til tjenesten er klar til å sette i gang en utredning er ved én av de tre sosialtjenestene mellom seks og tolv måneder. En fjerde sosialtjeneste oppgir at søknadsprosessen ikke starter opp før det er kapasitet til å starte LAR-behandlingen.

I Sosial- og helsedirektoratets LAR-evaluering kommer det også fram at det er store variasjoner i kommunenes arbeid med innsøking til LAR. Det kommer blant annet fram at det varierer om søknaden fremmes fortløpende for dem som fyller kriteriene, eller om søknaden fremmes etter hvert som kommunen eller LAR-senter har kapasitet til å ta seg av flere LAR-klienter. Evalueringsrapporten viser til eksempler på at kommuner kan ha opptil tre år gamle lister over dem som ønsker LAR, men som det ikke er fremmet søknad for. Ifølge rapporten gjør dette



Figur 5 Andel klienter og tidspunkt for når sosialtjenesten søker om LAR etter at LAR er nevnt i saken første gang. Prosent. N=61.

\* For seks saker mangler det dokumentasjon på LAR-søknad.

at det er bostedsavhengig hvilke muligheter rus-klienter har til å få fremmet søknad om LAR, og hvor lang tid det tar før søknad fremmes<sup>143</sup>.

Når sosialtjenesten støtter en søknad om LAR, skal sosialtjenesten koordinere utarbeidelsen av en helhetlig tiltaksplan for rehabiliteringsopplegget<sup>144</sup>. For fem av 67 klienter (7 prosent) foreligger det ikke tiltaksplan dokumentert i saksmappen.

I undersøkelsen er det kartlagt hvor lang tid det tar fra det er søkt om LAR fra sosialtjenestens side til oppstart av LAR. Dette er en indikasjon på hvor lang tid de regionale metadonsentrene bruker på å behandle og eventuelt innvilge søknad og gi klarsignal om oppstart i LAR. For til sammen 18 klienter (31 prosent) har det tatt over ett år fra søknad ble sendt fra sosialtjenesten til klienten startet opp LAR. For to av disse sakene har det tatt ca. tre og et halvt år fra sosialtjenesten har søkt om LAR til oppstart.

I ni saker mangler det dokumentasjon på hvor lang tid det er gått fra søknaden er sendt til opptak i LAR. I fem av disse mangler dokumentasjonen fordi LAR ikke var startet opp ved datainnsamlings-tidspunktet. I én av disse sakene er søknaden sendt fra sosialtjenesten i 2001.

Sosialtjenestene oppgir ulik ventetid for tiden fra søknad om LAR er sendt fra sosialtjenesten til oppstart i LAR. Ventetiden som oppgis fra de ulike sosialtjenestene, varierer fra tre måneder til fire år. Tre

sosialtjenester oppgir at de ikke opplever at det er lang ventetid for å få LAR etter at søknad er sendt til inntaksteam.

Sosial- og helsedirektoratets LAR-evaluering viser at ventetiden for innsøking til oppstart i LAR er svært forskjellig og varierer fra 0 til 24 måneder<sup>145</sup>.

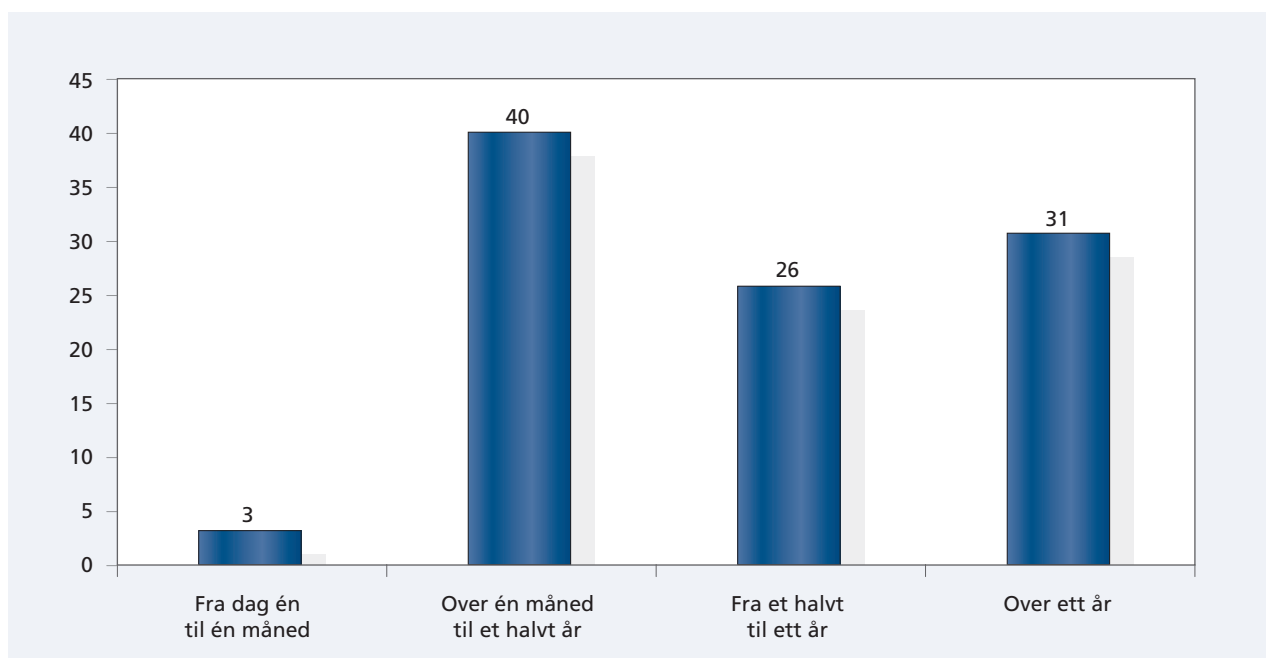
### Tiltak under LAR

Nærmiljøtiltak som kommunal bolig, tilbud om arbeid og arbeidstrening, henvisning til poliklinikk/psykiatri eller psykolog, tilbud om utdanning og støttekontakt, institusjonsbehandling m.m. vil være tiltak for klienter under LAR.

For 16 klienter (26 prosent) er det ikke funnet dokumentasjon på at klienten har fått tildelt nærmiljøtiltak under LAR. Fem av dem som ikke har fått tildelt nærmiljøtiltak, har hatt opphold på institusjon under LAR.

Halvparten av de klientene som har fått nærmiljøtiltak (i alt 46), har fått tildelt flere tiltak, for eksempel støttekontakt, bolig og ruspoliklinisk oppfølging i et og samme oppfølgingsopplegg under LAR.

Noen klienter bor i bo- og omsorgsinstitusjon under LAR eller har dagtilbud ved frivillig behandlingsinstitusjon. Det er 43 prosent av 62 LAR-saker, 27 saker, som har vært i institusjonsbehandling under LAR, enten i tillegg til nærmiljøtiltak eller som eneste tiltak.



Figur 6 Andel klienter og tidspunkt for oppstart i LAR etter at sosialtjenesten har søkt. Prosent. N=58\*

\* I fem LAR-saker har ikke klienten startet opp LAR. I fire andre saker mangler søknad.

<sup>143</sup> Sosial- og helsedirektoratet/AIM 2004, Evaluering av lege-middellassistert rehabilitering.

<sup>144</sup> Rundskriv I-33/2000 og Rundskriv I.33/2001.

<sup>145</sup> Sosial- og helsedirektoratet/AIM 2004, Evaluering av lege-middellassistert rehabilitering.



### Eksempler på tiltak under LAR:

- Én sosialtjeneste hadde et dagtilbud for LAR-klienter gjennom et prosjekt støttet av Sosialdepartementet. Prosjektet er i ferd med å bli nedlagt fordi prosjektmidlene ikke lenger holder til å lønne dem som jobber med prosjektet. Samme sosialtjeneste hadde boliger, med bemanning på dag- og kveldstid, som i hovedsak blir brukt til LAR-klienter.
- Én sosialtjeneste får statlig økonomisk støtte til at 25 LAR-klienter i kommunen kan få individuelt tilpassede tiltaksplasser gjennom tiltaksplan mot fattigdom. Samme sosialtjeneste har tilbud fra en ruskonsulent ved sykehus som driver en samtalegruppe for LAR-klienter. Sosialtjenesten har to klienter som er med i denne gruppen. Sosialtjenesten har for øvrig ingen nærmiljøtiltak utover dette, verken for LAR-klienter eller andre rusklienter.
- Én sosialtjeneste har aktivitetshus som tilbud for LAR-klienter.
- Én sosialtjeneste kjøper opplegg for legemiddelassistert rehabilitering i en nabokommune.
- Én sosialtjeneste har en miljøarbeidertjeneste som gjennomfører individuell oppfølging av botrening for LAR-klienter.
- Én sosialtjeneste har en miljøarbeider i 50 % stilling som driver oppsøkende arbeid blant LAR-klienter. Kommunen har møteplass hvor LAR-klienter kan møtes en gang i uken. Fritidsaktiviteter tilbys kun LAR-klienter, men ikke til rusklienter som gruppe.
- Én sosialtjeneste har tilbud om botrening med miljøarbeidertjeneste støttet av Sosialdepartementet for fire klienter, samt diverse tilbud som turer, jobbtilbud, støtte til kurs, undervisning og informasjonsmøter for LAR-klienter.
- Én sosialtjeneste kan tilby videregående skole med opplæring i matlaging, data, ungdomsskolepensum, trening i å lære seg å ha fritid og til å strukturere dagen for LAR-klienter. Samme kommune har også botiltak med plass til fire klienter i LAR som kunne følges opp individuelt.
- Én sosialtjeneste arrangerer et treff for LAR-klientene en gang i måneden.

I Sosial- og helsedirektoratets LAR-evaluering vises det til at kommuner oppgir å mangle ressurser, noe som gjør at de ikke alltid får gitt tiltak i form av arbeid eller annen beskjefligelse, ordnede sosiale aktiviteter og samvær for LAR-klienter<sup>146</sup>.

### Kontakt under LAR

Sosialtjenestens oppfølging under LAR kan skje gjennom ansvarsgruppe, gjennom møter med sosialtjenesten og i tillegg gjennom telefonkontakt.

Sosialtjenestene i undersøkelsen gir uttrykk for at oppfølging under LAR er ressurskrevende. Sosialtjenesten må forplikte seg til å følge opp når en klient tilhørende sosialtjenesten har fått innvilget LAR.

For to LAR-klienter foreligger det ikke dokumentasjon på at det har vært kontakt med sosialtjenesten verken ved ansvarsgruppemøte, ved møte utenom ansvarsgruppe eller over telefon.

Samtlige sosialtjenester oppgir i intervju at det opprettes ansvarsgruppe for alle LAR-klienter. For seks av 62<sup>147</sup> klienter (10 prosent) i saksmappedataene er det imidlertid ikke funnet dokumentasjon på at det er opprettet ansvarsgruppe. Det er videre seks LAR-klienter (10 prosent) som kun har hatt ett ansvarsgruppemøte. Samtlige av disse hadde imidlertid oppstart i LAR i 2003.

Undersøkelsen viser at det varierer hvor mange møter, enten ansvarsgruppemøter eller møter med sosialtjenesten, den enkelte klient har hatt i perioden under LAR. For to klienter som har startet opp i LAR samme år, kan for eksempel antallet gjennomførte ansvarsgruppemøter for klientene i hele den perioden de har vært i LAR, variere fra tre til 26. Sosial- og helsedirektoratets LAR-evaluering viser at rehabiliteringsinnsatsen og oppfølgingen av LAR-klienter varierer mellom og innad i kommunene. Evalueringen gir også indikasjoner på at LAR-klienters kontakt med sosialtjenesten varierer mellom fylkene, og at kontakten kan variere etter hvor mye kontakt klienten har med LAR-senteret i regionen<sup>148</sup>.

Det ser ut til at en større andel klienter har kontakt med sosialkontoret under LAR enn ved andre nærmiljøtiltak, ved institusjonsbehandling og i oppfølging i etterkant av institusjonsbehandling. I Sosial- og helsedirektoratets LAR-evaluering viser evalueringen at det kan se ut til at oppfølgingen av LAR-klienter er mer strukturert enn oppfølgingen av andre rusklienter. I rapporten gis det uttrykk for at dette skyldes at opplegget med tiltaksplan og ansvarsgruppe for alle LAR-klienter bidrar til mer systematisk og gir en ramme rundt oppfølgingen<sup>149</sup>.

<sup>146</sup> Sosial- og helsedirektoratet/AIM 2004, Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering.

<sup>147</sup> Det er fem saker hvor LAR ikke er startet opp. Antallet saker her er derfor 62.

<sup>148</sup> Sosial- og helsedirektoratet/AIM 2004, Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering, SKR-rapport nr. 7/2004 Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge – Rapport til Sosial- og helsedirektoratet av Mona Baadstøe Hansen, Hege Kornør og Helge Waal.

<sup>149</sup> Sosial- og helsedirektoratet/AIM 2004, Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering.

## 5 Vurderinger

Riksrevisjonens undersøkelse viser at departementet i liten grad innhenter systematisk informasjon om kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Departementet har i liten grad gjennomført evalueringer av den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Sentrale myndigheter har vært lite aktive når det gjelder å utvikle veiledninger, verktøy og modeller for å bidra til større systematikk i kommunenes arbeid med oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

Riksrevisjonens undersøkelse av 20 kommuner har avdekket svakheter i styrings- og saksbehandlingssystemene i kommunene knyttet til arbeidet med oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Over en tredjedel av kommunene har ikke utarbeidet rusmiddelpolitiske planer. Tre fjerdedeler av kommunene har ikke skriftlige saksbehandlingsrutiner for oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Undersøkelsen har også avdekket at det er mangelfull dokumentasjon i journalnotatene og i saksmappene ved sosialtjenestene.

Undersøkelsen har dokumentert en rekke svakheter knyttet til kommunenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Identifisering og kartlegging av rusmiddelproblemet gjennomføres sent, og sosialtjenesten bruker lang tid på å fremme tvangssaker og søknader om LAR. Undersøkelsen viser at sosiale tjenester, jamfør sosialtjenesteloven kapittel 4, i liten grad blir vurdert i forbindelse med oppfølging av rusmiddelmissbrukere, og at det er mangel på boliger til rusmiddelmissbrukere. Undersøkelsen viser at en fjerdedel av LAR-klientene, som har rett på sosialfaglig rehabilitering, ikke får nærmiljøtiltak under LAR. Det er videre avdekket manglende oppfølging og kontakt mellom sosialtjenesten og klienter under institusjonsbehandling og i oppfølgingsfasen etter institusjonsbehandling.

### 5.1 DEPARTEMENTETS OVERORDNEDE OG NASJONALE ANSVAR FOR OPPFØLGING AV RUSMIDDELMISBRUKERE

Helse- og omsorgsdepartementet har behov for systematisk informasjon om situasjonen og utviklingen i kommunenes arbeid med oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Dette er nødvendig for at departementet skal kunne ivareta sitt overordnede nasjonale ansvar på en tilfredsstillende måte. Allerede tidlig i 1990-årene ga departementet uttrykk for at det ikke forelå godt nok informasjonsgrunnlag til å kun-

ne belyse kommunenes situasjon på rusmiddelområdet<sup>150</sup>.

Undersøkelsen viser at det ved inngangen til 2005 ikke er noen faste rapporteringer fra kommunene til staten når det gjelder oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Det finnes ikke statistikk over antall rusmiddelmissbrukere som er klienter ved sosialtjenesten, eller annen relevant landsdekkende informasjon om den kommunale sosialtjenestens arbeid med rusmiddelmissbrukere. Videre er saksbehandlingssystemene i kommunene ikke i tilstrekkelig grad tilrettelagt for rapportering på kommunalt og statlig nivå om rusmiddelmissbrukere, slik at relevant informasjon om sosialtjenestenes oppfølging av rusmiddelmissbrukere ikke er til stede. Det er gjennomført kun én evaluering av sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Det er i liten grad gjennomført evalueringer av sosialtjenesteloven som helhet eller de delene som i særlig grad har bestemmelser rettet mot oppfølging av rusmiddelmissbrukere.

Manglende rapportering, evaluering og statistikk utgjør en risiko for at departementet ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvorvidt rusmisbrukere får den oppfølgingen det har krav på etter sosialtjenesteloven. Det kan også stilles spørsmål ved om departementet har nødvendig styringsinformasjon på området.

Departementet har utarbeidet rundskriv som generelt presiserer praktisering av sosialtjenesteloven, og veiledningsmaterieell for tvangsbestemmelsene. Riskrevisjonens undersøkelse viser likevel betydelige mangler ved den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Undersøkelsen viser at sosialtjenesten ikke har tilstrekkelige og hensiktsmessige metoder, rutiner og systemer for å gi en god oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Det kan stilles spørsmål ved om departementet (og tidligere Sosialdepartementet) har vært tilstrekkelig aktivt når det gjelder å sørge for at det utvikles veiledninger, verktøy og modeller for å sikre større systematikk i arbeidet.

Handlingsplanen «Kunnskap og brubygging» (1998–2001) medførte et kunnskapsløft for sosialtjenesten. Undersøkelsen viser at fylkesmannsembetene i liten grad har vedlikeholdt og utviklet sosial- og rusfaglige fora, slik departementets intensjoner er. Dette kan tyde på at noe av effekten av handlingsplanen er i ferd med å avta, og kan gi indikasjoner på at departementet ikke har lyktes i å videreføre tiltak som ble etablert under handlingsplanen i tilstrekkelig grad.

<sup>150</sup> St.meld. nr. 69 (1991–92): «Tiltak for rusmiddelmissbrukere».

Kompetansesentrene for rusmiddel spørsmål skal blant annet gi råd og kompetansehevede tiltak til den kommunale sosialtjenesten. Undersøkelsen viser at sosialtjenestene har lite eller ingen kontakt med disse kompetansesentrene når det gjelder oppfølging av rusmiddel misbrukere. Det kan synes som om kompetansesentrene ikke har en tilstrekkelig aktiv rolle i forbindelse med sosialtjenestens oppfølging av rusmiddel misbrukere.

Departementet har de siste årene hatt ansvar eller delansvar for en rekke handlingsplaner og tilskuddsordninger rettet mot svakerestilte grupper, hvor rusmiddel misbrukere er én av målgruppene. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det har vært vanskelig å oppnå en varig effekt av disse tiltakene.

## 5.2 KOMMUNENES OPPFØLGING AV RUSMIDDELMISBRUKERE

### 5.2.1 Styrings- og saksbehandlingssystemene i kommunene

Undersøkelsen viser at over en tredjedel av kommunene ikke har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Dette kan medføre en risiko for mangelfull planlegging og synliggjøring av saksingsområder når det gjelder oppfølging av rusmiddel misbrukere. Undersøkelsen viser videre at sosialtjenestene i liten grad rapporterer om mål oppnåelsen i forhold til de rusmiddelpolitiske handlingsplanene. Manglende rapportering kan utgjøre en risiko for svak styringsinformasjon både for kommunene og på statlig nivå når det gjelder arbeidet med oppfølging av rusmiddel misbrukere i kommunene.

Prosedyrer, instruksjer og rutiner for saksbehandling og oppfølging av rusmiddel misbrukere bør være skriftlige for å sikre kvalitet og kontinuitet i oppfølgingen. Undersøkelsen viser at én tredjedel av sosialtjenestene i undersøkelsen ikke har saksbehandlingsrutiner for arbeidet i sosialtjenesten, og at tre fjerdedeler av sosialtjenestene ikke har skriftlige saksbehandlingsrutiner for oppfølging av rusmiddel misbrukere. Manglende skriftlige saksbehandlingsrutiner i sosialtjenesten kan føre til at det utvikler seg ulik praksis mellom saksbehandlere på de samme sosialtjenestene. Dette kan føre til ineffektivitet, lav kvalitet og manglende forutsigbarhet og kontinuitet.

God forvaltningsskikk tilsier at forvaltningens saksbehandling skal dokumenteres skriftlig. Saksmappegjennomgangen avdekket at det er mangelfull dokumentasjon i journalnotatene og i saksmappene. Dette innebærer en risiko for at en ikke klarer å sikre kontinuitet i oppfølgingen for eksempel ved skifte av saksbehandler, og at klientens rettsikkerhet ikke ivaretas, for eksempel ved en klients ønske om innsyn i saken ved en eventuell klage. Mangelfull dokumentasjon reduserer etterprøvbareheten i forbindelse med klagebehandling, tilsyn og revisjon.

Undersøkelsen viser at sosialtjenestene hadde mangelfull kunnskap om forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, og at arbeidet med å etablere internkontrollsystem i sosialtjenesten i liten grad er startet opp<sup>151</sup>. Manglende internkontrollsystem utgjør en risiko for at feil og mangler i saksbehandlingen ikke blir avdekket og korrigert.

### 5.2.2 Den kommunale sosialtjenestens oppfølging av rusmiddel misbrukere

Tidlig identifisering og kartlegging av personer med rusproblemer er viktig for å gi målrettet hjelp til rusmiddel misbrukere<sup>152</sup>. Saksmappegjennomgangen viser at det er manglende dokumentasjon på kartlegging og sen identifisering og kartlegging av rusmiddel misbrukere i sosialtjenesten. Sen identifisering og kartlegging kan føre til at sosialtjenesten kommer for sent inn med målrettede tiltak for rusproblematikken. Manglende kartlegging kan gjøre at sosialtjenesten ikke har godt nok grunnlag for å gi målrettede hjelpetiltak. En av årsakene til sen kartlegging og identifisering kan være at kommunene ikke har tilstrekkelig kompetanse og metodikk på dette området.

Riksrevisjonens undersøkelse og undersøkelser gjennomført av andre offentlige instanser tyder på at tjenester etter kapittel 4 i sosialtjenesteloven i liten grad blir gitt rusmiddel misbrukere, slik det er oppfordret til i loven. Funn fra undersøkelsen viser også at det er mangel på boliger og lang saksbehandlingstid for tildeling av bolig for rusmiddel misbrukere i kommunene. Dette støttes av annen forskning og utredning. Det kan stilles spørsmål ved om rusklinter i tilstrekkelig grad får den hjelpen de har behov for og krav på.

Før sosialtjenesten henviser en rusmiddel misbruker til institusjonsbehandling, bør klientens situasjon være grundig kartlagt. Det bør lages tiltaksplan for rusmiddel misbrukere som oppholder seg frivillig i institusjon. I 23 av 55 saker (43 prosent) foreligger ingen dokumentasjon på at sosialtjenesten har foretatt noen kartlegging i forbindelse med søknad om institusjonsbehandling. I kun fem saker er det utarbeidet en tiltaksplan. Det synes derfor som om sosialtjenestens planlegging og tilrettelegging for institusjonsbehandling har svakheter.

Ut fra lov om sosiale tjenester skal sosialtjenesten følge opp klienter under og etter institusjonsplasing. Sosialtjenesten skal også sørge for at tiltak av betydning for perioden etter behandlingstiltaket planlegges for å sikre kontinuitet i tiltakskjeden. Saksmappegjennomgangen viser at det for en del av klientene ikke har vært noen kontakt mellom sosial-

<sup>151</sup> Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002, § 4 g).

<sup>152</sup> Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003–2005).

tjeneste og klient under og etter institusjonsplasseringen. Det har heller ikke vært planlagt oppfølgingstiltak etter institusjonsbehandlingen. Dette kan føre til at oppfølgingen blir tilfeldig og lite målrettet. Manglende kontakt mellom klient og sosialtjeneste i fasen etter institusjonsplassering innebærer et brudd i tiltakskjeden og tilsier at sosialtjenesten ikke kan få vurdert klientens situasjon. Sett i sammenheng med at under en fjerdedel av klientene får fritidstiltak og sosial trening, arbeid og utdanning eller boligtiltak/botretning som oppfølgingstiltak i etterkant av institusjonsbehandling, kan det stilles spørsmål ved om rusmiddelmissbrukere får god nok hjelp etter et institusjonsopphold.

Når en klient søker om LAR, har sosialtjenesten plikt til å vurdere om dette er det mest hensiktsmessige tiltaket. Sosialtjenesten kan avslå søknaden i første instans<sup>153</sup>. Saksmappegjennomgangen viser at det for ni klienter har tatt over ett år for sosialtjenesten å vurdere og videresende søknad etter at ønske om LAR er nevnt. Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse synes det å være ulik praksis mellom sosialtjenestene med hensyn til om søknaden fremmes fortløpende eller etter hvert som kommunen har kapasitet til å ta seg av flere LAR-klienter. Dette støttes av LAR-evalueringen som Sosial- og helsedirektoratet har fått gjennomført. Ifølge Sosial- og helsedirektoratets rapport er det bostedsavhengig hvilke muligheter rusklienter har til å få fremmet søknad om LAR, og hvor lang tid det tar før søknad fremmes<sup>154</sup>. Det kan stilles spørsmål ved om LAR-søkere får en likeverdig behandling.

Undersøkelsen viser at det i en fjerdedel av sake-

ne ikke er funnet dokumentasjon på at klienten har fått tildelt nærmiljøtiltak under LAR. Det kan stilles spørsmål ved om LAR-klienter får en tilstrekkelig sosialfaglig rehabilitering.

En rusmiddelmissbruker kan tas inn i en institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling uten eget samtykke hvis den fysiske eller psykiske helsen utsettes for fare, og hvis frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Ved tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere stilles det krav om en rask saksbehandling med korte frister<sup>155</sup>. Saksmappegjennomgangen viser at for fem av tretten rusmiddelmissbrukere har det tatt over 90 dager før sosialtjenesten fremmet tvangssak. For tre av 11 gravide rusmiddelmissbrukere har det tatt over 60 dager før sosialtjenesten har fremmet tvangssak. Sosialtjenestens saksbehandlingstid før tvangssak fremmes, vurderes som lang sett i forhold til sakenes alvorlige karakter. Særlig overfor gravide rusmiddelmissbrukere bør saksbehandlingstiden være kortest mulig for å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade, og for å gjøre moren i stand til å ta vare på barnet. Lang saksbehandlingstid for klienter som vurderes for tvangsplassering, utgjør en risiko for liv og helse så vel for klientene som for gravide rusmiddelmissbrukeres barn.

Sosialtjenesten skal utarbeide tiltaksplan for rusmiddelmissbrukere som tvangsplasseres<sup>156</sup>. I noe over halvparten av alle tvangssakene foreligger det ikke tiltaksplan slik det er påkrevd. Undersøkelsen viser at det er betydelige svakheter knyttet til sosialtjenestens planlegging av tvangsplasseringer.

<sup>153</sup> Veileder i medikamentassistert rehabilitering, MARIO, Rusmiddelstaten, Oslo kommune (2001).

<sup>154</sup> Sosial- og helsedirektoratet/AIM 2004, Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering.

<sup>155</sup> Ot.prp. nr. 48 (1994–95).

<sup>156</sup> Jf. sotjl § 6–1.

## Vedlegg 1

### Metode for valg av saksmapper:

I sosialtjenestens saksbehandlingssystem er klientsakene registrert generelt, og det er ingen utvalgskategorier for å velge saker med rusproblematikk.

Sosialtjenestene er bedt om å utarbeide en liste over alle rusklinter som er «aktive» i sosialtjenesten i forkant av intervjuet med Riksrevisjonen. Der som sosialtjenesten har en fullstendig liste over aktive klinter med rusproblem, er de bedt om å sende den over til Riksrevisjonen. Sosialtjenester som ikke har lister over alle rusklinter som er «aktive», har fått følgende veiledning om hvordan de skal gå fram for å få en oversikt over rusmiddelmissbrukere i sosialtjenesten:

- Ta utskrift fra saksbehandlingssystemet av alle nyregistrerte klinter i februar og oktober i perioden 1998 til og med 2003.
- Listen over alle nyregistrerte klinter skal leveres til alle saksbehandlerne ved sosialtjenesten. Saksbehandlerne markerer hvilke klinter som har et erkjent eller avdekket rusproblem. Det er dermed saksbehandlerne forståelse av om det er et kjent eller avdekket rusproblem som ligger til grunn for utvalgslisten.
- I tillegg skal sosialtjenestene lage en oversikt over alle klinter som har fått innvilget legemiddelassistert rehabilitering i perioden 1. januar 1998 til 31. desember 2003, og en liste over saker med tvangsplassering etter kapittel 6 i sosialtjenesteloven i perioden 1. januar 1998 til 31. desember 2003.

### Fordeling ut fra kjønn, alder og rusmiddelmissbruk:

Saksmappedataene består av 78 kvinner og 141 menn, henholdsvis 36 og 64 prosent av datamaterialet. Ifølge tall fra SIRUS vedrørende henvendelser til behandlings- og omsorgsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere har kjønnsfordelingen over flere år vært 70 prosent for menn og 30 prosent for kvinner<sup>157</sup>. Kjønnsfordelingen i saksmappedataene kan derfor sies å være representativ.

*Tabell 1 Kjønnsfordeling i saksmappedataene. Antall og prosent*

Kjønn	Antall	Prosent
Kvinner .....	78	36
Menn .....	141	64
Total .....	219	100

I 17 prosent av sakene, 37 saker, er rusmisbruket hovedsakelig alkoholmisbruk, mens det i 79 prosent av sakene, 173 saker, hovedsakelig er narkotikamisbruk som er problemet. I 4 prosent av sakene, ni saker, er type rusproblem ikke opplyst. Det kan være at det er en viss overhyppighet av narkotikasaker i saksmappematerialet. Dette er imidlertid vanskelig å si siden det ikke finnes annen statistikk over antall rusklinter ved sosialtjenestene. Undersøkelsen er ikke innrettet med tanke på å vurdere sosialtjenestens oppfølging ut fra ulike typer rusmiddelmissbrukere.

*Tabell 2 Type rusproblematikk. Antall og prosent*

Type rusproblematikk	Antall	Prosent
Alkoholmisbruk .....	37	17
Narkotikamisbruk .....	173	79
Type rusproblem ikke opplyst ...	9	4
Total .....	219	100

Aldersfordelingen i saksmappematerialet spenner fra 18 til 68 år. 75 prosent av sakene gjelder klinter fra 18 til 40 år. Tall fra SIRUS fra 2002 viser at 50 prosent av alle som henvender seg til behandlings- og omsorgsinstitusjoner, er fra 16 til 40 år. Det kan se ut til at det er en overvekt av saker med unge rusmiddelmissbrukere i saksmappedataene. En forklaring på dette kan være at 126 saker i undersøkelsen er førstegangsregistrert etter 1998, og eldre rusmiddelmissbrukere vil i større grad være førstegangsregistrert før 1998.

<sup>157</sup> Hege Lauritzen og Astrid Skretting 2004. Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. SIRUS.

*Tabell 3 Aldersfordeling. Antall og prosent*

	Antall	Prosent
18–25 .....	59	27
26–30 .....	44	20
21–35 .....	35	16
36–40 .....	28	13
41–45 .....	28	13
46–55 .....	18	8
56 og over .....	7	3
Total .....	219	100