

Helsedirektoratet

Rapport

November 2012

HELSEDIREKTORATET

RAPPORTERING PÅ

KOMMUNALT RUSARBEID 2011



RAMBOLL

HELSEDIREKTORATET RAPPORTERING PÅ KOMMUNALT RUSARBEID 2011

Rambøll
Besøksadr.: Hoffsvaien 4
Postboks 427
Skøyen
0213 Oslo
T +47 2252 5903
F +47 2273 2701
www.ramboll-management.no

INNHOILDSFORTEGNELSE

1.	Innledning	1
1.1	Leserveiledning	1
2.	Sammendrag	3
2.1	Metodisk gjennomføring	3
2.2	Nasjonale funn	3
2.3	Tilskudd til kommunalt rusarbeid	5
2.4	Utvikling i årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid fra 2010 til 2011	6
2.5	Utfordringer i kommunalt rusarbeid	6
3.	Bakgrunn	7
3.1	Nasjonale satsninger	7
3.2	Kommunalt rusarbeid	8
3.3	Rollefordeling tilknyttet kommunalt rusarbeid	10
3.4	Manglende data om rusituasjonen i Norge	11
4.	Metodisk gjennomføring	12
4.1	Utarbeidelse av rapporteringsskjema	12
4.2	Datainnsamling	12
4.3	Antall besvarelser	13
4.4	Metodiske utfordringer	14
4.5	Kvalitetssikring	14
5.	Nasjonale tall	17
5.1	Totalt antall årsverk	18
5.2	Årsverk til ulike tjenester/tiltak	18
5.3	Årsverk etter ansattes utdanning	20
5.4	Kartlegging av antall personer med rusmiddelproblemer	22
5.5	Rusmiddelpolitisk handlingsplan	23
5.6	Brukermedvirkning	23
5.7	Samhandling og kompetanse	24
5.8	Organisering av tjenestene	26
6.	Tilskudd til kommunalt rusarbeid	29
6.1	Tilskuddsmidler	29
6.2	Totalt antall årsverk	31
6.3	Årsverk til ulike tjenester/tiltak	31
6.4	Årsverk etter ansattes utdanning	32
6.5	Individuell plan	33
6.6	Rusmiddelpolitisk handlingsplan	34
6.7	Brukerundersøkelser	34

7.	Tall fordelt på fylke og kommunestørrelse	35
7.1	Antall årsverk innen kommunalt rusarbeid	36
7.2	Årsverk fordelt på tjenester/tiltak	37
7.3	Årsverk fordelt etter ansattes utdanning	38
7.4	Kartlegging av personer med rusmiddelproblemer	39
7.5	Rusmiddelpolitisk handlingsplan	42
7.6	Brukemedvirkning	43
7.7	Individuell plan	44
7.8	Samhandling	45
7.9	Kompetanseheving	46
7.10	Kjøp av tjenester fra private aktører	47
7.11	Organisering av tjenestene til personer med rusmiddelproblemer	48
8.	Utvikling i årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid fra 2010 til 2011	50
8.1	Utvikling i totalt antall årsverk fra 2010 til 2011	50
8.2	Utfordringer innen kommunalt rusarbeid	52
9.	Vedlegg	55
9.1	Tabeller – Organisering fordelt på fylke og kommunestørrelse	55
9.2	Rapporteringsskjema	57

1. INNLEDNING

Rambøll leverer herved rapport for kommunenes rapportering på kommunalt rusarbeid for 2011. Rapporteringen er foretatt på oppdrag for Helsedirektoratet og har til hensikt å gi en oversikt over det kommunale rusarbeidet i Norge, samt legge til rette for en god rapporteringspraksis i kommunene.

Rapporteringen på kommunalt rusarbeid skal gi helsemyndighetene systematisk kunnskap om kommunenes innsats på rusområdet, blant annet ved å synliggjøre årsverksinnsatsen på feltet. Rapporteringene skal foregå over flere år, slik at en skal kunne følge utviklingen innenfor rusarbeidet i kommunene. Helsemyndighetene vil benytte statistikken som grunnlag for analyse, planlegging og styring. I tillegg vil statistikken utgjøre et grunnlag for å vurdere om nasjonale mål på rusfeltet oppnås.

Rapporteringen på kommunalt rusarbeid er todelt. En del av rapporteringen samler informasjon fra landets kommuner med det formål å kartlegge kommunenes totale innsats på rusfeltet. Den andre delen av rapporteringen tar for seg forhold ved tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid under kapittel 763 post 61. Tilskuddskommuner rapporterer i denne delen på hvordan de har benyttet tilskuddsmidlene. Kommuner som har mottatt tilskuddsmidler har vært pliktige til å rapportere, mens rapporteringen har vært frivillig for kommuner som ikke har mottatt tilskudd.

Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet, og har erstattet tidligere tilskuddsordninger som STYRK, LAR, LAV og KTP. Formålet med tilskuddsordningen er å øke kapasiteten i kommunenes rusarbeid, slik at personer med rusmiddelproblemer får et tjenestetilbud som er helhetlig, tilgjengelig, samordnet og individuelt tilpasset. Bedre kapasitet i de kommunale tjenestene er nødvendig som grunnlag for å utvikle god kvalitet og kompetanse i tilbudene som ytes ¹.

Innrapporterte tall og data for 2011 er hentet inn i tidsrommet desember 2011 – mars 2012, via det elektroniske datainnsamlingsverktøyet Rambøll Results. Dette er første gang datainnsamlingen for kommunalt rusarbeid har foregått elektronisk. De enkelte kommuner har i stor grad benyttet anslag for innrapportering av sine årsverk fordi det har vist seg å være utfordrende å fremskaffe nøyaktige tall. Dette skyldes blant annet at det i mange kommuner er stor overlapp mellom ulike tjenesteområder. Det innebærer at alle tall som presenteres i rapporten må leses med forsiktighet, og at tallene presentert i første rekke er ment å gi et oversiktsbilde over det kommunale rusfeltet.

1.1 Leserveiledning

Rapporten har følgende struktur:

Kapittel 2 gir et sammendrag av hovedresultatene fra rapporteringen.

I **kapittel 3** gis en kort status på rusfeltet, herunder sentrale utviklingstrekk på rusfeltet, rollefordeling tilknyttet kommunalt rusarbeid, samt utfordringer knyttet til manglende data om rusituasjonen i Norge.

I **kapittel 4** beskrives den metodiske gjennomføringen av rapporteringen. Her drøftes også kvaliteten på datamaterialet.

I **kapittel 5** presenteres totalt antall årsverk rettet mot rusarbeid i Norge (da ikke alle kommuner har levert rapportering er det foretatt en ekstrapolering for å fremskaffe manglende verdier). Videre i kapitlet presenteres innrapporterte tall fra kommunene, samt forhold ved kvalitet og innretning av det kommunale rusarbeidet.

I **kapittel 6** fremstilles kommunenes rapportering på tilskuddsmidler til kommunalt rusarbeid finansiert over kapittel 763 post 61.

¹ <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/kommunalt-rusarbeid-2012.aspx>

I **kapittel 7** fremstilles kommunenes rapportering fordelt på fylke og kommunestørrelse.

I **kapittel 8** presenteres utviklingen i det kommunale rusarbeidet fra 2010 til 2011 i kommunene som har levert rapportering på kommunalt rusarbeid både i 2010 og 2011.

I **kapittel 9** ligger rapporteringsskjemaet, samt enkelte tabeller.

2. SAMMENDRAG

Rambøll har gjennomført rapportering på kommunalt rusarbeid for 2011. Rapporteringen for 2011 var andre gang kommunene deltok i en egen rapportering for kommunalt rusarbeid. Kommunene ble bedt om å rapportere på totalinnsatsen innen kommunalt rusarbeid, og på bruken av statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid. Formålet med rapporteringen har vært å fremskaffe en oversikt over kommunenes innsats og arbeid på rusfeltet, samt å gi Helsedirektoratet oversikt over kommunenes bruk av statlig tilskudd til rusarbeid.

Rapporteringen på kommunalt rusarbeid har vært todelt.

- En del av rapporteringen samler informasjon fra landets kommuner med det formål å kartlegge kommunenes totale innsats på rusfeltet.
- Den andre delen av rapporteringen tar for seg forhold ved tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid under kapittel 763 post 61. Tilskuddskommuner rapporterer i denne delen på hvordan de har benyttet tilskuddsmidlene.

Kommuner som har mottatt tilskuddsmidler har vært pliktige til å rapportere, mens rapporteringen har vært frivillig for kommuner som ikke har mottatt tilskudd.

I dette sammendraget presenteres hovedfunnene fra rapporteringen i korte trekk.

2.1 Metodisk gjennomføring

Innrapporterte tall og data for 2011 er hentet inn i tidsrommet desember 2011 – mars 2012, via det elektroniske datainnsamlingsverktøyet Rambøll Results. Helsedirektoratet, Fylkesmannen ved rusrådgivere og Rambøll har samarbeidet om å innhente rapporteringer fra kommunene.

Samlet har 432 kommuner, bydeler og byomfattende tiltak i Oslo og Bergen rapportert på rusarbeidet. Der det har latt seg gjøre er besvarelser fra bydeler og tiltak aggregert opp til kommunenivå². Aggregert har 420 kommuner deltatt i rapporteringen. Dette gir en svarprosent på 97.7 %. Samtlige kommuner i landet ble oppfordret til å rapportere på rusituasjonen i kommunen, mens kommunene som har mottatt statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid for 2011 er pliktet til å rapportere på bruken av disse midlene.

Rambøll har gjennomført en omfattende kvalitetssikring av de innrapporterte dataene, blant annet i form av veiledning til utfylling av skjemaet på telefon, og oppfølgende telefonintervjuer med rapporteringsansvarlige i 58 tilfeldig valgte kommuner i etterkant. Det ble også gjennomført et telefonintervju med rusrådgiver hos Fylkesmannen i samtlige fylker, for å kvalitetssikre de innrapporterte dataene. Gjennom kvalitetssikringsprosessen ble det avdekket at de innrapporterte årsverkene i stor grad er basert på anslag fremfor nøyaktig antall. Hovedårsaken til dette oppgis å skyldes vanskeligheter med å skille årsverk til psykisk helsearbeid fra årsverk til rusarbeid. Videre vises det av mange til en mer generell mangel på oversikt over andeler av ulike stillinger som går til rusarbeid. Noen kommuner trekker også frem utfordringer ved å innhente informasjon om rusarbeidet fra ulike enheter i kommune, som eksempelvis NAV. Tallene som presenteres i denne rapporten må derfor tolkes med forsiktighet.

2.2 Nasjonale funn

Årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid

Det er totalt innrapportert 3 964 årsverk som blir benyttet til kommunalt rusarbeid. På bakgrunn av innrapporterte tall og ekstrapolerte verdier for manglende rapporteringer er det estimert at det ble benyttet ca 4 000 årsverk i kommunene til rusarbeid i 2011.

Flertallet av disse ytes i kommuner som mottok tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2011 (3 837,9 årsverk). Sett opp mot innbyggertallet i kommunene, har kommuner med tilskudd nærmere

² Det tilsier i praksis at rapportering fra bydeler og tiltak i Oslo er slått sammen til Oslo kommune, og rapporteringer fra bydeler og tiltak i Bergen er slått sammen til Bergen kommune. Enkelte kommuner har levert rapportering for to kommuner samlet; Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu. Der det har vært mulig er disse kommunene talt separat.

dobbelt så mange årsverk rettet mot personer med rusmiddelproblemer per 1 000 innbyggere sammenlignet med kommuner uten tilskudd.

Rapporteringen viser store variasjoner mellom fylkene når det gjelder det samlede antallet årsverk til kommunalt rusarbeid. Det benyttes samlet sett flest årsverk til rusarbeid i Oslo (811 årsverk) og Hordaland (468 årsverk), mens det benyttes færrest årsverk til rusarbeid i Sogn og Fjordane (54 årsverk) og Finnmark (73 årsverk). Analyser av antall årsverk per 1 000 innbyggere, viser at det er høyest tetthet av årsverk i kommunene med en befolkning på over 50 000 (1,06 årsverk), men det er nest høyest tetthet av årsverk i kommuner med under 2 000 innbyggere (0,75 årsverk).

Når det gjelder hvilke tjenester årsverkene benyttes til, viser rapporteringen at det går flest årsverk til oppfølgingstjenester i boliger (28 %), etterfulgt av ruskonsulenttjenester (23 %). Det benyttes færrest årsverk til lavterskeltjenester (5 %), og oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak (6 %).

Rapporteringen har også kartlagt utdanningsnivået blant personene som yter tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Det er flest som har helse/sosialfaglig høgskoleutdanning *uten* videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (40 %), etterfulgt av helse/sosialfaglig høgskoleutdanning *med* videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (24 %). 13 % av årsverkene utføres av personer med relevant videregående utdanning, og 10 % av årsverkene utføres av ufaglært personell. Leger, psykologer og personer med annen universitetsutdanning synes å være lite involvert i det kommunale arbeidet med personer med rusmiddelproblemer.

Kartlegging av personer med rusmiddelproblemer

Et mindretall (33 %) av kommunene har foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester. Det er store variasjoner mellom fylkene. I Rogaland og Oslo har henholdsvis 72 og 71 % av kommunene foretatt slike kartlegginger, mens andelen er minst blant kommunene i Aust-Agder (14 %) og Nord-Trøndelag (17 %). Når det kommer til kommunestørrelse, viser det seg at det er færrest kommuner som har foretatt denne type kartlegginger blant de minste kommunene (under 2000 innbyggere).

Kommunene ble bedt om å oppgi et anslag over antall personer i kommunen som har rusmiddelproblemer og behov for kommunale tjenester. De 420 kommunene og bydelene som har levert rapportering har samlet anslått at det er 47 389 personer med rusmiddelproblemer med behov for kommunale tjenester i sine kommuner. I gjennomsnitt utgjør det 112, 8 personer med rusmiddelproblemer per kommune, og 10,08 personer med rusmiddelproblemer per 1 000 innbygger. Sett i forhold til innbyggertall, har kommuner med over 50 000 innbyggere anslått at de har flest personer med rusmiddelproblemer og behov for kommunale tjenester (14 personer per 1000 innbyggere).

Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan

Flertallet (73 %) av kommunene har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger for det kommunale rusarbeidet. Hedmark og Oslo skiller seg ut ved at samtlige kommuner/bydeler har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det er også en tendens til at prosentandelen kommuner som har utarbeidet denne type handlingsplan øker med kommunestørrelse.

Brukerundersøkelser

Det blir i relativt liten grad gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukere av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid. I samtlige fylker har imidlertid flertallet av kommunene oppgitt at de ikke har gjennomført brukerundersøkelser. Andelen kommuner som har gjennomført brukerundersøkelser ser ut til å ha positiv sammenheng med kommunestørrelse.

Individuell plan

Flertallet av kommunene har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer (67 %). Samtidig er det fortsatt 29 % av kommunene som ikke har slike skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan. Det er relativt store forskjeller mellom fylkene

når det gjelder hvorvidt kommunene har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer. Flest kommuner i Østfold (88 %) og Sør-Trøndelag (86 %) har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan. Det er også en tendens til at andelen kommuner som har utviklet skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan øker med kommunestørrelse.

Samhandling

Flertallet av kommunene beskriver samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer som enten svært god eller god (68 %). Det fremkommer også en tendens til at kommunene med tilskudd vurderer samhandlingen som bedre enn kommunene uten tilskudd. På tvers av fylker vurderes samhandlingen generelt som god.

Kompetanseheving

Det viser seg at et relativt høyt antall kommuner oppgir at det ikke er utviklet en plan for kompetanseheving (39 %). Flere kommuner med tilskudd sammenlignet med kommuner uten tilskudd har enten en plan for kompetanseplanlegging, eller har en slik plan under planlegging. Flest kommuner i Akershus (62 %) og Oslo (53 %) har utviklet en plan for kompetanseheving for personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer. Andelen kommuner som har en plan for kompetanseheving øker med kommunestørrelse.

Private aktører

I underkant av 50 % av kommunene har kjøpt tjenester fra private aktører eller andre til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer. Det er en høyere andel av kommunene med tilskudd som har kjøpt tjenester av private aktører eller andre (54 %) enn hva som er tilfelle for kommuner uten tilskudd (28 %). Det er store variasjoner mellom fylkene. Flest kommuner har kjøpt slike tjenester i Akershus (90 %), Rogaland (80 %) og Vest-Agder (80 %), mens færrest kommuner i Sør-Trøndelag (23 %) og Troms (24 %) har kjøpt denne type tjenester. Andelen kommuner som har kjøpt tjenester av private aktører eller andre til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer ser også ut til å øke med kommunestørrelse.

Organisering av rusarbeidet

Det fremkommer relativt stor variasjon i hvordan kommunene organiserer rusarbeidet. Av kommunene oppgir 33 % at rusarbeidet er fordelt på flere enheter/tjenester, og at det ikke kan sies å være organisert i en egen enhet, mens 26 % oppgir at rusarbeidet er organisert i en egen enhet/tjeneste, men at det utføres også rusarbeid ved andre enheter/tjenester i kommunen. Videre oppgir 24 % av kommunene at det kommunale rusarbeidet er organisert i en egen enhet/tjeneste for både rusarbeid og psykisk helsearbeid.

Det er både en rekke likheter og en rekke ulikheter hva gjelder organisering av rusarbeidet i ulike fylker og kommunestørrelseskategorier. På landsbasis har relativt få kommuner valgt å organisere rusarbeidet i en egen enhet for rusrelatert arbeid. Dette ser ut til å være mer utbredt blant store kommuner (over 20 000 innbyggere) enn blant mindre kommuner. Det er også mest vanlig å ha en egen enhet for både rusarbeid og psykisk helsearbeid i kommuner med over 50 000 innbyggere (50 %). Blant kommuner med under 5000 innbyggere forekommer det oftest at rusarbeidet er fordelt på flere enheter.

2.3 Tilskudd til kommunalt rusarbeid

Kommunene som mottok statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2011 disponerte totalt 479 349 950 kr. i tilskudd i 2011. Dersom en trekker fra midler som skal overføres til 2012, disponerte kommunene 360 471 957 kr.

Av de totalt 3838 årsverkene til rusarbeid i kommunene som mottok tilskudd var 848 årsverk finansiert over tilskuddsordningen (22 %). Av årsverkene finansiert over tilskuddsordningen går flest årsverk til tiltak rettet mot ungdom og unge voksne (21 %), etterfulgt av årsverk til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak (20 %). Analyser av hvor stor andel av de totale antall årsverkene til ulike tjenester som er finansiert av tilskudd viser at tilskuddsmidlene finansierer 75 % av årsverkene som går til lavterskel helsetjenester, og 41 % av årsverkene som går til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak.

Ansatte som er tilsatt i stillinger finansiert av tilskuddsmidler har varierende kompetanse. Flertallet av årsverkene finansiert av tilskuddsmidler utføres av personer med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning, enten uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (43 %) eller med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (27 %).

Når det gjelder forankring av tjenestene finansiert over tilskuddsordningen fremkommer det at over halvparten av kommunene har forankret dem i en rusmiddelpolitisk handlingsplan (60 %), mens 13 % har forankret dem i et annet kommunalt planverk.

Samlet har tilskuddskommunene oppgitt at totalt 23 289 brukere har benyttet tjenester/tiltak finansiert over tilskuddsordningen i 2011. Av disse har 2 197 brukere fått utarbeidet individuell plan. Det er i relativt liten grad blitt gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukere av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid finansiert over tilskuddsordningen (20 %).

2.4 Utvikling i årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid fra 2010 til 2011

Samlet sett ser vi en positiv utvikling i kapasiteten i det kommunale rusarbeidet fra 2010 til 2011 i kommunene som har rapportert begge år. Det har samlet sett vært en økning på 255 årsverk (7 %). Ekstrapolerte tall tilsier at det ble benyttet ca 380 flere årsverk i 2011 enn i 2010. Det har vært størst økning i antall årsverk i Hordaland (25 %) og Aust-Agder (34 %).

Det er særlig tjenester/tiltak rettet mot ungdom og voksne (24 %) som har økt i 2011, i tillegg til tjenester kategorisert som andre typer tjenester (24 %). Imidlertid har det vært en negativ utvikling i antall årsverk til oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak (- 11 %) og årsverk til oppfølgingstjenester i boliger (- 3 %).

Økningen i antall årsverk kan sannsynligvis delvis forklares ved opptrappingen på 70 millioner i bevilgede tilskuddsmidler til kommunalt rusarbeid. Sammenlignet med i 2010 finansierer tilskuddsmidlene en større andel av det totale antallet årsverk i 2011 (22 % i 2011 mot 18 % i 2010). Kommunene står likevel selv for finansieringen av omkring 80 % av årsverkene.

2.5 Utfordringer i kommunalt rusarbeid

Til sist i rapporteringsskjemaet ble kommunene oppfordret til å beskrive hva de anså som de største utfordringene i det kommunale rusarbeidet. Kommunene har trukket frem en rekke utfordringer knyttet til det kommunale rusarbeidet.

Åtti kommuner oppgir at samhandling og samarbeid innad i kommunene er en av de mest sentrale utfordringene de står ovenfor. Blant disse kommunene peker flere på at samhandling og samarbeid er avgjørende for det å opprettholde og styrke det forebyggende arbeidet til de rusmiddelavhengige. Det er også en del kommuner som viser til utfordringer knyttet til NAV, hvor det blant annet blir nevnt at det kan være uklare ansvarsområder mellom NAV og kommunetjeneste, og at det til tider er uklart hvem som skal gjøre hva.

Utfordringer knyttet til å kunne tilby et tilstrekkelig godt boligtilbud til denne utsatte gruppen ble trukket frem av 74 kommuner. I overkant av 60 kommuner viser til utfordringer med å nå frem til de rusmiddelavhengige i kommunen, og viser til at det blant annet kan være problematisk å fremskaffe oversikt over denne gruppen.

En rekke kommuner viser også til utfordringer knyttet til manglende kompetanse på rusfeltet i kommunen, og mange understreker behovet for mer utdanning blant de ansatte. Flere kommuner peker også på manglende kunnskap om relevant lovverk relatert til rusfeltet.

Vi viser til rapportens kapittel 5 – 8 for mer en mer inngående presentasjon av funnene fra rapporteringen. I kapittel 4 redegjøres det mer detaljert for den metodiske gjennomføringen av rapporteringen.

3. BAKGRUNN

I dette kapittelet presenterer Rambøll en kort status på rusfeltet, herunder sentrale utviklingstrekk på rusfeltet, rollefordeling tilknyttet kommunalt rusarbeid, samt utfordringer knyttet til manglende data om rusituasjonen i Norge.

3.1 Nasjonale satsninger

3.1.1 Rusreformen og Opptappingsplanen på rusfeltet

Gjennom Rusreformen fra 2004 og regjeringens *Opptappingsplan for rusfeltet 2007-2010*³ (nå forlenget til 2012), ble det rettet fokus og tiltak mot å møte sentrale utfordringer i rusarbeidet.

Det er i tidligere rapporter, blant annet fra Riksrevisjonen⁴, blitt skissert en rekke sentrale utfordringer ved tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer. Det er vist til utfordringer knyttet til samordning av tjenester til personer i denne gruppen med sammensatte behov, og det er blitt pekt på mangler og variasjoner i kvalitet med hensyn til ulike forhold ved rusmiddelavhengiges tjenestetilbud.

Opptappingsplanen for rusfeltet har med utgangspunkt i hovedutfordringene på rusområdet fremsatt fem hovedmålsetninger som skal legge til rette for et bedre tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer, der ambisjonen er å bidra til at rusarbeidet fremover skal preges av:

1. Et tydelig folkehelseperspektiv
2. Bedre kvalitet og økt kompetanse
3. Mer tilgjengelige tjenester
4. Mer forpliktende samhandling
5. Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Et tydelig folkehelseperspektiv viser til at det må forebygges mer og bedre. Dette gjelder både narkotika- og alkoholfeltet. Videre er det et mål at forebyggingen er tilpasset kjønn, etnisk bakgrunn og spesielt utsatte grupper. På et systemnivå skal Norge være aktiv deltaker, samarbeidspartner og pådriver i internasjonale prosesser både på alkohol- og narkotikafeltet.

Bedre kvalitet og økt kompetanse viser til at kvaliteten og kompetansen må utvides på rusfeltet. Det er behov for å styrke rusmiddelforskning og undervisning, og for å sikre at kunnskap blir gjort kjent og tatt i bruk. Videre må de som jobber i rusfeltet få bedre kompetanse, og det må rekrutteres mer personell og arbeides systematisk for å bedre kvaliteten i tjenestene. I tillegg vises det til et behov for bedre dokumentasjon og kvalitetssikret statistikk.

Mer tilgjengelig tjenester og økt sosial inkludering peker på behovet for å ha hjelp raskt og enkelt tilgjengelig på alle nivåer. Dette innebærer å øke antall behandlingsplasser på alle nivåer. Videre må oppfølging, rehabilitering og inkludering integreres i den enkeltes behandlingsopplegg.

Forpliktende samhandling må oppstå på både individ- og systemnivå. I den sammenheng vises det til at særlig barn og unge må få bedre systemer for samordning av sitt samlede tjenestetilbud.

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende innebærer at brukere må få økt innflytelse over eget tjenestetilbud og at barn og pårørende til personer med rusmiddelproblemer blir bedre ivare tatt. I den sammenheng er det særlig viktig å ha fokus på bedre oppfølging og hjelp til barn og søsken av personer med rusmiddelproblemer. Brukererfaringer blir her viktig i det systematiske kvalitetsarbeidet, og at brukere i større grad får anledning til å påvirke organiseringen av tjenestene og politikktutformingene på feltet.

³ Helse- og omsorgsdepartementet 2007: Opptappingsplanen for rusfeltet 2007-2010. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Opptr.plan.pdf>

⁴ Riksrevisjonen (2004-2005): *Riksrevisjonens undersøkelse av styring og oppfølging av tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Dokument nr. 3:12.

Under hvert av disse målene er det en rekke delmål som munner ut i til sammen 147 konkrete tiltak som skal iverksettes i løpet av planperioden. Statusrapporten for planen fra 2009 viser at 90 prosent av tiltakene da var igangsatt. Samtidig gjenstår det mye, og rusforebygging og -behandling vil stadig være et viktig satsningsområde fremover.

3.1.2 Samhandlingsreformen

Opptrappingsplanen for rusfeltet er tverrdepartemental og har understreket behovet for en helhetlig og samlet innsats fra flere sektorer og aktører for å kunne nå oppsatte mål. Opptrappingsplanen og rusarbeidet må derfor ses i sammenheng med Regjeringens samhandlingsreform (St. meld. nr 47, 2008-2009), som gjennomføres gradvis etter oppstart 1. januar 2012. St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* fastslår at målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet: "Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte"⁵.

Regjeringens viktigste strategier for å nå målet er:

- Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, samt habilitering og rehabilitering, som skal gi økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten.
- Økt brukerinnflytelse som skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene og økt opplevelse av mestring hos den enkelte.
- Forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp skal gi mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere og pasienter.
- En større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre og at det er kostnadseffektivt. Dette skal gi dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester.⁶

Reformen legger således opp til et fokus på lokalbaserte tiltak, forebygging, tidlig intervensjon, lavterskeltilbud og pasientens/brukerens mestring av eget liv. Disse oppgavene tilsier at kommunerollen vil endres og styrkes gjennom samhandlingsreformen. Et førende prinsipp for reformen er å desentralisere det man kan, og sentralisere det man må. Samtidig er likeverdighet og balanse mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene en forutsetning for en vellykket samhandlingsreform.

3.2 Kommunalt rusarbeid

3.2.1 Innhold og oppgaver

Kommunene har ansvar for å gi personer med rusmiddelproblemer et helhetlig tilbud, der de får tilbud om den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for. Kommunenes innsats på rusområdet må ses i sammenheng med Samhandlingsreformens (St.mld. 47, 2008-2009) formål og retning, Helse- og Omsorgsplan 2015, Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)⁷, fattigdomssatsningen, kvalifiseringsprogrammet i NAV, boligsosialt arbeid, barnevernsarbeid, psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenestene, samt innsatsen innen folkehelse- og forebyggingsarbeidet.

Kommunenes ansvar ovenfor personer med rusmiddelproblemer hjemles av en rekke lover. Særlig sentral er sosialtjenesteloven, herunder spesielt kapittel 6 som blant annet omhandler "særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere"⁸. Kommunen har også ansvar for å sikre at personer med rusmiddelproblemer mottar ordinære helsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven⁹.

Ansvaret for ivaretagelsen av personer med rusmiddelproblemers rettigheter er etter rusreformen i 2004 delt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunens ansvar i rusarbeidet

⁵ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/2.html?id=567203>

⁶ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/3.html?id=639799>

⁷ http://www.helseidirektoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd_til_kommunalt_rusarbeid_for_2011_771094 (lest 08.12.10)

⁸ http://www.nav.no/rettskildene/lov/L19911213-81_P6-2A

⁹ <http://www.lovdatabasen.no/lovdata/lov/nl-20110624-030.html#1-1>

omfatter blant annet helsetjenester, boligsosialt arbeid, sosial eller arbeidsrettet aktivisering, arbeid med individuell plan, og ellers generell oppfølging og veiledning¹⁰. Fastleger er ellers den sentrale henvisningsinstans til behandling, som ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Jfr. St.prp.1 (2007-2008) er det likevel slik at "hovedtyngden av tjenester til personer med rusmiddelproblemer inngår i ordinære tjenester og finansieres over rammen til kommunene"¹¹.

Til tross for at personer med rusmiddelproblemer har definerte rettigheter som skal ivaretas av kommunen, er det vanskelig å definere hva kommunalt rusarbeid konkret innebærer. Kommunene må ta hensyn til at det kan være store variasjoner i den enkelte rusmiddelproblemer, mestrings- og funksjonsnivå. Noen benytter rusmidler i perioder, andre har et mer langvarig rusmiddelbruk og kan ha omfattende helsemessige og sosiale vansker, og behov for bredt sammensatte tjenester. Hva kommunalt rusarbeid innebærer er dermed avhengig av en rekke kontekstuelle faktorer som er spesifikke for den enkelte kommune.

3.2.2 Utvikling av kommunale tilskuddsordninger

Sett opp imot bakgrunnen fra Rusreformen 2004 og Opptappingsplanen for rusfeltet 2007-2012, er det fire tilskuddsordninger som har siktet på å stimulere til et bedre tjenestetilbud til rusmiddelavhengige på kommunalt nivå:

1. STYRK
2. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
3. Forsøk med bruk av tillitspersoner og koordinering av psykososialt arbeid (KTP)
4. Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, herunder tannhelsetjenester (LAV)

Beskrivelse og evaluering av tilskuddsordningene er nærmere redegjort for i Rambølls rapporter "Evaluering av statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid" (STYRK og LAR-tilskuddet)¹², "Følgeevaluering av koordinerende tillitspersonforsøket"¹³ (KTP-tilskuddet), samt SINTEFs rapport "Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere"¹⁴ (LAV-tilskuddet).

Fra 2010 ble de fire ovennevnte tilskuddsordningene samlet innunder én felles kommunal tilskuddsordning under Kapittel 763 post 61 (For beskrivelse og evaluering av denne tilskuddsordningene, se Rambøll og Iris sin rapport: "Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid", Delrapport 1, 2012). Innretningen av tilskuddsordningen legger til rette for at kommunene kan få økonomisk støtte til ulike oppfølgingstjenester, aktivitets-/arbeidsrettede tiltak, pårørendearbeid, psykisk og somatisk helsehjelp, tiltak rettet mot mennesker med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske problemer/lidelser, lokalmedisinske sentra, kartlegging og vurdering av videre hjelpe- og behandlingstilbud mv. Utvikling av ulike akutttilbud som tverrfaglige ambulante/oppøkende team, rusakutt for voksne og/eller akuttmottak for unge omfattes også av ordningen.

I denne nye tilskuddsordningen endres innretningen fra metodeutvikling til kapasitetsbygging i de kommunale tjenestene overfor personer med rusmiddelproblemer¹⁵. Kapasitet kan defineres som "evnen til å produsere eller yte"¹⁶. Med en slik forståelse av begrepet vil en kapasitetsøkning medføre ethvert tiltak som styrker evnen til å yte de relevante tjenestene. Dette kan potensielt sett inkludere både en utvidelse av antall personer som jobber i det kommunale rusarbeidet, eller en effektivisering av de ressursene som allerede anvendes i rusarbeidet. Dette skal bidra til å sikre et helhetlig, tilgjengelig, samordnet og individuelt tilpasset behandlingstilbud. Kvalitet i tilbudet som ytes har i større grad vært i fokus tidligere, men har fått en noe mer sekundær rolle i dag.

10 Helse- og omsorgsdepartementet: "Kommunalt rusarbeid". Tilgjengelig på: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/Kommunalt-rusarbeid.html?id=443433

11 St.prp.nr.1 (2007-2008): s.290.

12 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00292/Evaluering_av_statl_292839a.pdf

13 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/Delrapport_2_Till_316229a.pdf

14 http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_Rapport_%20A4638_Lavterskel_helsetiltak_for_rusmiddelavhengige.pdf

15 Se kunngjøringsteksten her: "Tilskudd for kommunalt rusarbeid for 2010": tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd_til_kommunalt_rusarbeid_for_2010_645624

16 http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd_til_kommunalt_rusarbeid_for_2010_645624

I beskrivelsen av tilskuddet for 2011 fremkommer endringen i fokus fra metodeutvikling eksplisitt: "Tilskuddet skal bidra til en reell utvidelse av kapasiteten i det samlede kommunale rusarbeidet". Videre står det i utlysningen av tilskudd 2011 at kriterier for måloppnåelse baseres på:

1. Antall årsverk totalt i kommunen rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer
2. Antall årsverk finansiert av tilskuddsmidlene
3. Antall årsverk fordelt etter utdanning finansiert av tilskuddsmidlene
4. Tiltak/tjenester finansiert over ordningen som er forankret i kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan eller annet relevant planverk
5. Antall brukere som benytter tjenesten/tiltaket
6. Andel brukere i tjenesten/tiltaket som har fått utarbeidet individuell plan (IP)
7. Grad av brukermedvirkning, herunder brukertilfredshet

Sett opp i mot begrepsforståelsen av "kapasitet" baserer disse kriteriene for måloppnåelse seg hovedsakelig mot enten en utvidelse av personalressursene i det kommunale rusarbeidet, eller en effektivisering av de ressursene som allerede anvendes i rusarbeidet.

3.2.3 Mottak av statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid

Det er stadig flere kommuner som mottar tilskudd til kommunalt rusarbeid. I 2006 var det omtrent 50 kommuner som mottok tilskudd, i 2010 er det nærmere 240.¹⁷ Om lag 300 kommuner mottok tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2011, og som ble fordelt i overkant på 700 ulike tiltak¹⁸. Kommunene søker hovedsaklig tilskudd til nye ruskonsulenter, bo-oppfølgingstjenester, aktivitets- og arbeidstiltak, lavterskel helsetiltak, tiltak for tidlig intervensjon overfor unge i risiko, og tiltak for fritid med bistand. I tillegg mottar frivillige organisasjoner i 2011 93,6 mill. kr. i tilskudd til forebyggende rusarbeid.

Ifølge SSB har antall oppholdsdøgn i rusbehandlingsinstitusjoner økt jevnt siden det i 2006 ble registrert 188 701 oppholdsdøgn, til i 2009 hvor det ble registrert 203 331 oppholdsdøgn¹⁹. Det er tidligere vist til en økning i kompetansenivå blant kommunene som følger av tilskuddsordningene, samtidig som temaet rus i større grad er satt på dagsorden²⁰. Dette kan ses i lys av regjeringens økonomiske opptrapping i rusfeltet, hvor sum bevilget i 2006 var på 140 mill kr., til 685 mill kr. i 2009 og 835 mill kr. i 2010²¹. Regjeringens vedtatte forslag for 2011 (Prop. 1 S forslag Stortingsvedtak 2010-2011) innebærer at bevilgningsnivået til rusfeltet er økt med kr. 1,02 mrd. (2011-kroner) gjennom planperioden, sammenliknet med 2005. I tillegg har en styrket økonomi i kommunene og helseforetakene lagt grunnlag for en ytterligere utbygging av tjenestetilbudet på rusfeltet²².

Hvis en ser kun på selve det statlige tilskuddet som fordeles til rusarbeidet i kommunen på bakgrunn av søknad om tilskudd, har dette økt fra 323 mill. kr. i 2010, til 407 mill. kr. i 2011, og 414 mill kr. for 2012²³.

3.3 Rollefordeling tilknyttet kommunalt rusarbeid

En viktig aktør i kommunalt rusarbeid, utover Helsedepartementet, Helsedirektoratet og kommunene, er fylkesmannen som i henhold til regjeringens instruks for fylkesmannsembetene er tillagt oppgaven å veilede og bistå kommunene i de samfunnsoppgaver de er pålagt. Veiledningen er dernest varierende mellom fylker og kommuner. Et eksempel på en aktiv veiledende rolle finnes blant annet i Aust-Agder hvor det arrangeres opplæringsamling for

¹⁷ http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php/dobbeltdiagnose/startside/Rusarbeid_paa_dagsorden_i_norske_kommuner

¹⁸ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2011/mange-soker-tilskudd-til-kommunalt-rusar.html?id=642385>

¹⁹ Tilgjengelig på:

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=00.00&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=00

²⁰ http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/evaluering_av_statlige_tilskudd_til_kommunalt_rusarbeid_723574

²¹ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-20092010/5/7/4.html?id=580366>

²² <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-1-s-20102011/5.html?id=617580>

²³ Over statsbudsjettet kapittel 763 post 61 (Helse-og Omsorgsdepartementet)

ansatte i kommunenes helse- og sosialtjeneste og NAV, med mål om å øke kompetansenivået når det gjelder prosjektarbeid og prosjektledelse, samt bistå i søknadsprosessen slik at det utvikles gode prosjekter²⁴.

I lys av opptrappingsplanen har alle fylkesmannsembeter opprettet en rusrådgiver fra 2008 som i dag vurderer alle innkomne søknader om tilskudd til kommunalt rusarbeid, henter inn regnskap og er behjelpelig i å få innhentet rapportering fra kommunene, samt andre oppgaver tilknyttet forvaltning av tilskuddsordningen. Videre er det rusrådgivers oppgave å etterse at kommunene forvalter tilskuddet i tråd med regelverket²⁵.

I søknadsprosessen tillegges kommunene spesifikke krav, hvorav formål med tilskudd, prosjektbeskrivelse, samt søknadsbeløp og budsjett fremlegges. Det gis tilskudd opp til 550.000 per årsverk for det kommunale rusarbeidet. I en eventuell prioriteringssituasjon vil store byer og randkommuner stå først i køen, deretter prosjekter som kan vise til samarbeid på tvers av kommunene²⁶. At storbyene prioriteres blir sett som fordelaktig da tall fra SSB viser at eksempelvis Oslo skiller seg fra mindre kommuner når det gjelder antall brukere, og omfanget av behov for rusarbeid²⁷. Søknadene som sendes fylkesmannen i februar blir videre vurdert og behandlet på fylkesnivå, før det videresendes en innstilling til Helsedepartementet som drøftes mellom sistnevnte og fylkesmannen²⁸.

3.4 Manglende data om rusituasjonen i Norge

Rusfeltet i Norge er preget av en del usikkerhet. Dette skyldes blant annet mangel på reliable og komplette data som kartlegger rusituasjonen, en mangel på en enhetlig definisjon av målgruppen, og variabel organisering av rusarbeidet på kommunenivå²⁹. For å svare på delmål 2.4 i opptrappingsplanen som sikter på å bedre dokumentasjon og statistikk er det nødvendig med systematiske prosedyrer som minimerer feil og mangler i rapporteringen. Rapporteringen vil også bidra til å tallfeste og gjøre mål 2 i opptrappingsplanen om bedre kvalitet og økt kompetanse i kommunene kvantifiserbart.

Som vi påpekte i "Utvalgsundersøkelse om personer med rusmiddelproblemer", som ble gjennomført for Helsedirektoratet våren 2010, knyttes det en rekke utfordringer til kvaliteten på innrapporterte data om denne målgruppen. Blant annet dreier dette seg om variasjonen i kommunenes oversikt over omfanget av relevant rusproblematikk, herunder for eksempel det faktiske antallet personer som tilhører målgruppa, og hvor mange som følges opp gjennom ulike kommunale tjenester. Dette henger også direkte sammen med utfordringen relatert til det å kunne sikre reliabel og sammenlignbar dokumentasjon av rusproblematikken fra kommunenivå. Det vil da være essensielt at kommunene tar utgangspunkt i en sammenfallende forståelse av hvordan målgruppen avgrenses. For å oppnå best mulig kvalitet på innrapportert data, må man altså forutsette at *målgruppen avgrenses* presist. Fra breddeundersøkelser sendt ut til alle norske kommuner, som Rambøll gjennomførte i 2008 og 2009³⁰ om kommunalt rusarbeid, svarte så mange som 11 prosent av kommunene at de ikke har en definisjon av målgruppen som ligger til grunn for sitt arbeid.

Den til dels manglende oversikten over rusfeltet utkrystalliserer viktigheten av å arbeide for gode rapporteringsrutiner, herunder innrapporterings kanaler. I følgende metodekapittel vil det blant annet presenteres hvilke grep som er foretatt for å legge til rette for en best mulig rapportering på kommunalt rusarbeid.

24 <http://www.fylkesmannen.no/aktkal.aspx?m=20858&amid=3413830>

25 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-20092010/5/7/4.html?id=580366>

26 http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner/tilskudd_til_kommunalt_rusarbeid_for_2011_771094

27 Tilgjengelig på:

http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=00.00&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelP.asp&SubjectCode=00

28 http://www.fylkesmannen.no/Regelverk_rus_2011_pzoRE.pdf.file

29 http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/evaluering_av_statlige_tilskudd_til_kommunalt_rusarbeid__723574

30 Se slutt rapport: Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid, mars 2010, Helsedirektoratet:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00292/Evaluering_av_statl_292839a.pdf

4. METODISK GJENNOMFØRING

Rapporteringen for 2011 var andre gang kommunene deltok i en egen rapportering for kommunalt rusarbeid. Kommunene ble bedt om å rapportere på totalinnsatsen innen kommunalt rusarbeid, og på bruken av statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid. Kommunalt rusarbeid er i undersøkelsen definert som: "tidlig intervensjon, rehabilitering, behandling, herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten, og oppfølging før, under og etter behandling".

Formålet med undersøkelsen er å få systematisk kunnskap om kommunenes innsats på rusfeltet, og vi vil i år spore utviklingen i rusarbeidet fra 2010-2011 i det man med foreliggende rapportering har innledet en tidsserie.

Rapporteringsskjemaet inneholdt to deler.

- Rapporteringsskjema del 1: Omhandler kommunens samlede innsats i rusarbeidet og skulle fylles ut av *både* kommuner som mottok tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2010 og av kommuner som ikke mottok tilskudd.
- Rapporteringsskjema del 2: Omhandler kommunens bruk av øremerkede tilskudd til kommunalt rusarbeid kap 763 post 61 og skulle *kun* fylles ut av kommuner som har mottatt tilskudd.

Samtlige kommuner i Norge ble oppfordret til å gjennomføre rapporteringen, mens kun kommuner som har mottatt tilskudd har vært pliktige til å rapportere.

I dette kapittelet beskriver vi nærmere den metodiske gjennomføringen av IS-8 undersøkelsen.

4.1 Utarbeidelse av rapporteringsskjema

Rapporteringsskjemaet er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Rambøll og IRIS. Det er foretatt endringer av noen spørsmål i spørreskjemaet fra 2010, og det er gjennomgående i skjemaet forsøkt å være enda tydeligere i hjelpetekst til spørsmål og svaralternativer. Spørreskjemaet er vedlagt i kapittel 9 i rapporten.

Rapporteringsskjemaet er utformet i det elektroniske verktøyet Rambøll Results. Utformingen av spørreskjema i denne elektroniske løsningen er utformet slik at der det er hensiktsmessig er respondentens svar nødt til å samsvare med tidligere oppgitt svar for at respondenten skal kunne komme videre i skjema. Det er også lagt til en funksjon som gjør at respondentene må besvare foregående spørsmål for å komme videre i skjemaet, hvilket påser at alle spørsmål besvares.

Når det gjelder årsverksrapporteringen ble kommunene bedt om å oppgi antall årsverk med én desimal. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til det innrapporterte datamaterialet. Årsverk er derfor fremstilt som hele tall i denne rapporten.

4.2 Datainnsamling

Samtlige kommuner i landet er oppfordret til å rapportere på rusituasjonen i kommunen, mens kommunene som har mottatt statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid for 2011 er pliktige til å rapportere på bruken av disse midlene. Helsedirektoratet, Fylkesmannen ved rusrådgivere og Rambøll har samarbeidet om å innhente rapporteringer fra kommunene.

I det følgende presenteres de ulike rollene ovennevnte aktører har hatt i innsamlingen av data.



Helseidrettoratet samarbeidet med Rambøll om å utbedre spørreskjemaet både med hensyn til hjelpetekst, spørsmålsformuleringer og svaralternativer. Helseidrettoratet utarbeidet også et rundskriv med informasjon til kommunene om rapporteringen på kommunalt rusarbeid.

Rusrådgiverne hos Fylkesmannen hadde ansvar for at samtlige kommuner som mottok tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2011 leverte rapportering. I tillegg oppfordret de øvrige kommuner til å rapportere. Rusrådgiverne hadde også ansvar for å kontrollere etter beste evne at de innrapporterte data var korrekte, og å følge opp eventuelle feilrapporteringer fra kommuner i respektive fylker. Rusrådgiverne hadde også ansvaret for å godkjenne kommunenes rapporteringer når disse var ferdigstilt.

Rambøll samarbeidet med rusrådgiverne for å oppfordre kommuner til å levere inn rapporteringer. Videre bistod Rambøll kommunene med telefonsupport ved faglige og tekniske spørsmål. Når kommunene hadde levert rapporteringene og rusrådgivere hadde godkjent dem arbeidet Rambøll videre med kvalitetssikring. I tilfeller hvor det ble funnet uregelmessigheter i rapportering kontaktet Rambøll gjeldende kommuner for ytterligere kvalitetssikring.

Som del av kvalitetssikring foretok Rambøll intervjuer med rusrådgivere i hvert fylkte, samt intervjuer med representanter fra 58 kommuner. Hensikten med intervjuene var å øke forståelsen rundt forhold ved rapporteringen, herunder i hvilken grad kommunene evnet å rapportere nøyaktig på forhold i kommunen.

4.3 Antall besvarelser

Fristen for å levere rapport var 15. februar 2012, men ble utsatt til 1. mars da det viste seg å være krevende for mange kommuner og levere rapporteringen innen førstnevnte frist.

Samlet har 432 kommuner, bydeler og byomfattende tiltak i Oslo og Bergen rapport på rusarbeidet. Til sammenligning rapporterte 379 kommuner, bydeler og tiltak i 2010. Fordelingen blant de 432 respondentene er vist under:

- 403^{31, 32} kommuner
- 23 bydeler
- 6 tiltak

Der det har latt seg gjøre er besvarelser fra bydeler og tiltak aggregert opp til kommunenivå. Det

31 Re kommune i vestfold har rapportert kun for et interkommunalt tiltak og ikke for årsverk generelt i kommunen. Re er likevel registrert som en kommune og talt med siden det ble vurdert som mest oversiktlig å knytte tiltaket til en kommune.

32 Hemne og Snillfjord, Oppdal og Rennebu rapporterte samlet, hvilket tilsier at de 303 kommunene som har levert rapportering representerer rapportering fra i alt 405 kommuner.

tilsier i praksis at rapportering fra bydeler og tiltak i Oslo er slått sammen til Oslo kommune, og rapporteringer fra bydeler og tiltak i Bergen er slått sammen til Bergen kommune. Enkelte kommuner har levert rapportering for to kommuner samlet, hvilket gjelder Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu. Der det har vært mulig er disse kommunene talt separat.

Der ovennevnte sammenslåinger og separeringer er gjennomførbare vil det opereres med en "n" på 407. Der dette ikke har vært mulig på grunn av variabelenes karakter er bydeler og tiltak registrert individuelt, og der kommuner som har rapportert samlet ikke kan separeres opereres det med en "n" på 432 respondenter. Der det er variasjoner i "n" i rapporten er dette forklart ved fotnoter.

I utregningen av antall årsverk per 1 000 innbyggere i 2011 har Rambøll benyttet folketall fra SSB publisert 1. januar 2011, mens i utregningen av antall årsverk per 1 000 innbygger i 2010 er det benyttet folketall fra SSB publisert 1 januar 2010. Denne fremgangsmåten for utregning av årsverk per 1 000 innbygger ble valgt etter å ha konferert med SSB.

4.4 Metodiske utfordringer

Rambøll har hatt kontakt med rapporteringsansvarlige i kommuner, bydeler og tiltak underveis i rapporteringsperioden, og avdekket enkelte forhold som gjør at datamaterialet som rapporteringen bygger på må tolkes med noe forsiktighet. Dette handler i hovedsak om utfordringer knyttet til å oppgi antall årsverk.

Rapporteringsansvarlige i kommunene viser til at innrapporterte årsverk i stor grad dreier seg om anslag fremfor nøyaktig antall. Dette oppgis særlig å skyldes følgende forhold:

- Utfordringer med å skille årsverk til psykisk helsearbeid fra årsverk til rusarbeid.
- Manglende oversikt over andeler av ulike stillinger som går til rusarbeid.
- Mange ansatte bruker andeler av arbeidstiden på ulike oppgaver som både er rettet mot rusarbeid og andre tjenesteområder.
- Kommunenes organisering av tjenestene, med mange involverte tjenester og enheter, medfører utfordringer med å anslå presist hvor mange årsverk som utgjør tjenesteleveringene.
- Utfordringer ved å innhente informasjon om rusarbeidet fra ulike enheter i kommune, som eksempelvis NAV.
- Manglende oversikt over organisering av interkommunalt samarbeid.

Et annet forhold av betydning for datakvaliteten er at det blant flere kommuner er relativt store forskjeller i innrapporterte årsverk fra 2010 og 2011. Det er gjort endringer i rapporteringsskjemaet for 2011 som omfatter større grad av hjelpetekst, flere kontrollfunksjoner i skjemaet, samt større grad av support i forbindelse med kommunenes utfylling av spørreskjemaet. Det kan derfor antas at årets rapportering er preget av større grad av nøyaktighet sammenlignet med rapporteringen for 2010.

4.5 Kvalitetssikring

For å imøtekomme utfordringene ved rapporteringen som beskrevet i forrige avsnitt, har Rambøll gjennomført en omfattende kvalitetssikringsprosess, som redegjøres for i dette avsnittet.

- Det ble lagt inn kontrollfunksjoner i spørreskjemaet som skulle beskytte mot inkonsekvent rapportering på årsverk.
- Rambøll har tilbudt en supportfunksjon for rusrådgivere og kommuner som har hatt spørsmål vedrørende rapporteringen.
- Ved ferdigstilt rapportering hadde rusrådgiverne oppgaven med å godkjenne kommunenes rapporteringer i respektive fylker.
- Det er foretatt analyser av ekstremverdier og outliers.
- I tilfeller der Rambøll gjennom analyser oppdaget uregelmessigheter i datasettet ble gjeldende kommuner kontaktet for å avdekke hvorvidt det var forekommet feil i rapporteringen.
- Videre er det foretatt intervjuer med 58 kommuner og rusrådgiverne i samtlige fylker for å øke kunnskapen om ulike forhold ved rapporteringen.

I det følgende vil de ulike delene av kvalitetssikringsprosessen presenteres nærmere.

4.5.1 Kontrollfunksjoner i spørreskjema

Det ble i spørreskjema lagt inn funksjoner som påså at antall totalt antall innrapporterte tall samsvarte med antall årsverk fordelt på tjenester/tiltak og antall årsverk fordelt på utdanning. Det ble lagt inn en funksjon om gjorde at kommunene måtte besvare foregående spørsmål for å komme videre i skjemaet.

4.5.2 Support og godkjenning av besvarelser

Rambøll har under rapporteringsperioden arbeidet for til en hver tid å være tilgjengelige på telefon og e-post for eventuelle spørsmål om forhold ved rapporteringen. Denne tilgjengeligheten har hyppig blitt benyttet av respondentene, og kommunene har gitt inntrykk av å verdsette muligheten for å få hjelp til besvarelsen. Det antas også at denne supporten har bidratt til den svært høye svarprosenten.

Når kommunene hadde levert rapporteringen hadde rusrådgivere ansvar for å undersøke hvorvidt rapporteringen så ut til å samsvare med eksisterende kunnskap om forhold i kommunene. I tilfeller der det ble antatt at det var forekommet feilrapporteringer ble gjeldende kommuner kontaktet for å rette opp eventuelle feil.

Etter rusrådgivere hadde godkjent kommunenes rapporteringer tok Rambøll kontakt med kommuner i tilfeller der det ble funnet uregelmessigheter i datasettet med den hensikt å korrigere eventuelle feilrapporteringer. Dette dreide seg i hovedsak om der det var gjort tydelig feilrapporteringer, da det tatt i betraktning usikkerheten knyttet til datamateriale ble vurdert som uhensiktsmessig ressursallokering å følge opp tilfeller der det ikke var tydelige feilrapporteringer.

4.5.3 Analyser av ekstremverdier og outliers

Datasettet inneholder flere ekstremverdier. Et eksempel på en ekstremverdi er at en liten kommune har rapportert om et vesentlig høyere antall årsverk enn sammenlignbare kommuner. Gjennom nøye kontroll er disse identifisert, både manuelt og automatisk, og kommunene har blitt kontaktet for å undersøke hvorvidt innrapporterte data er korrekte.

En ekstremverdi blir et problem dersom den påvirker regresjonslinjen. For å undersøke om dette er tilfellet har vi startet med å kjøre en OLS regresjon hvor vi har sett på hvilken sammenheng antall årsverk innenfor rusarbeid har med befolkningsstørrelsen i en kommune.

Først har det blitt laget en grafisk fremstilling av innflytelsen (leverage) og kvadrat residual av regresjonen.

Grafen viste at det var to kommuner som overstiger en verdi på 0,1, henholdsvis Trondheim og Stavanger. Trondheim ligger i "faresonen" med en verdi rett over 0,2. Det er bare Røst som skiller seg ut med et høyt restledd, men kommunen har ingen høy innflytelse.

Plottet av residualer mot predikerte verdier viser at Røst, Stavanger, Trondheim og delvis Bærum skiller seg ut. Ser en nærmere på datasettet ser en at Røst skiller seg ut med et høyt antall årsverk i forhold til befolkningstørrelsen i andre områder. Stavanger og Trondheim har ikke en spesielt høy andel årsverk i forhold til befolkningsstørrelse. De ligger noe over gjennomsnittet. Derimot har de høye absolutte verdier av årsverk og befolkningsstørrelse i forhold til de resterende kommunene, som kan påvirke gjennomsnittet for hovedfordelingen. Bærum har en lav andel årsverk sammenlignet med befolkningstørrelsen og gjennomsnittet for hovedfordelingen. Fjerner man disse observasjonene har alle de resterende kommunene et lavt innflytelsesnivå. Kommunene som tilsynelatende skiller seg ut er primært kommuner i Nord-Norge (Finnmark og Nordland). Felles for disse kommunene er at de har et relativt høyt antall årsverk i forhold til befolkningstørrelse sammenlignet med hovedfordelingen.

Videre har det blitt beregnet Cook's D. Kommunene som har en verdi over $4/n$ har alle en høy andel av årsverk i forhold til befolkningsstørrelse innen rusarbeid. Kommunegjennomsnittet ligger nærmere 0,7 stillinger. Kommunene som har høye utslag på Cook's D ligger langt over dette gjennomsnittet (mange opp til 2,0 stillinger eller over). Det er en hyppighet av små kommuner i Nord-Norge på denne listen. Vi kan ikke se at dette er tegn på feilrapporteringer. For de fire

kommunene som skiller seg markant ut (Røst, Stavanger, Bærum og Trondheim), kan vi heller ikke se at det er snakk om feilrapporteringer.

4.5.4 Intervjuer med rapporteringsansvarlige i kommunene

Det ble gjennomført 58 intervjuer med ulike kommuner. Intervjuene fokuserte blant annet på å avdekke hvorvidt det hadde vært utfordrende å skille mellom årsverk innen psykisk helsearbeid og rusarbeid, hvorvidt årsverk både fra NAV og kommunetjeneste var inkludert i rapporteringen, og hvorvidt det var rapportert riktig med hensyn til interkommunale samarbeid.

Gjennom intervjuene viste det seg at mange i utvalget opplevde det som noe utfordrende å skille mellom psykisk helsearbeid og rusarbeid, at noen kommuner hadde utelatt å trekke inn årsverk fra NAV, men at omfanget så ut til å være av liten betydning. Videre viste det seg at det var noe variasjon i hvordan kommuner i interkommunale samarbeid hadde rapportert, men at det så til at det ikke hadde forekommet noen dobbelrapportering.

4.5.5 Intervjuer med rusrådgivere

Som en del av kvalitetssikringen av de innrapporterte dataene ble det gjennomført et telefonintervju med rusrådgiver hos Fylkesmannen i samtlige fylker. Disse intervjuene hadde til hensikt å undersøke kvaliteten på rapporteringen fra kommunene i de ulike fylkene, blant annet ved å stille spørsmål rundt:

- Hvorvidt rusrådgiverne vurderte at totalt antall innrapporterte årsverk i fylke så ut til å stemme.
- Hvorvidt rusrådgiverne vurderte at tjenester/tiltak det var innrapportert flest årsverk under i fylke så ut til å stemme.
- Hvorvidt rusrådgiverne vurderte at utdanningskategorier det var innrapportert flest årsverk under i fylke så ut til å stemme.
- Hvorvidt innrapportert organisering av rusarbeidet så ut til å stemme.

Fra intervjuene fremkom det at rusrådgiverne i 15 av 19 fylker opplever at totalt antall innrapporterte årsverk i stor grad gjenspeiler faktiske forhold i kommunene. Videre kom det frem at rusrådgiverne i 15 av 19 fylker vurderte at tjenestene det var innrapportert flest årsverk under så ut til å stemme. Når det gjelder utdanningskategoriene, vurderte rusrådgiverne i 13 av 19 fylker vurderte at de utdanningskategoriene det var innrapportert flest årsverk under i respektive fylker så ut til å gi et riktig bilde. Samlet sett tyder dette på at kvaliteten i kommunenes rapporteringer er relativt høy. Samtidig kan det nevnes at rusrådgiverne ikke har mulighet til å ha en fullstendig oversikt over rusbildet i kommune i respektive fylke.

Avslutningsvis kan det nevnes at kun en av rusrådgiverne opplevde det var tilstrekkelig kapasitet og ressurser i kommunene, mens de resterende rusrådgiverne i stor grad opplevde at det var ressursmangler innen det kommunale rusarbeidet. Det var også svært få av rusrådgiverne (4 stk) som opplevde det var tilstrekkelig med kompetanse blant rusarbeiderne i kommunene, mens de resterende rusrådgiverne opplevde at det var kompetansemangel i kommuner i respektive fylker.

5. NASJONALE TALL

I dette kapittelet presenteres samlede innrapporterte tall fra kommunene og bydelene som deltok i rapporteringen. Dette gjelder det samlede antallet årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid, antall årsverk fordelt på ulike typer tjenester, og hvilken utdanning personellet har.

Videre presenteres kommunenes rapportering på forhold av mer kvalitativ karakter. Dette gjelder i hvilken utstrekning kommunene har gjennomført kartlegginger av antall personer som grunnnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester, hvor omfattende kartleggingene var og antall personer med rusmiddelproblemer i kommunene. Videre presenteres tall knyttet til rusmiddelpolitisk handlingsplaner, forhold ved kommunenes organisering, samt kjøp av tjenester fra private aktører.

Rambøll vil minne om at tallmaterialet er preget av noe usikkerhet, ettersom de fleste innrapporterte tall er basert på anslag fra kommunene av varierende presisjonsnivå.

Overordnet viser dette kapittelet følgende hovedfunn:

- ✓ Det er innrapportert 3 964 årsverk (n = 407 kommuner) rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Det er estimert at det totale antallet årsverk i alle landets kommuner er ca 4000.
- ✓ Flertallet av årsverkene (97 %) ytes i kommuner som har mottatt tilskudd (n = 302). Kommuner med tilskudd har nærmere dobbelt så mange årsverk rettet mot rusarbeid per 1 000 innbyggere enn kommuner uten tilskudd (0,85 mot 0,43).
- ✓ Det benyttes flest årsverk til oppfølgingstjenester i boliger (28 %) og ruskonsulenttjenester (23 %), og færrest årsverk til lavterskeltjenester (5 %) og oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak (6 %).
- ✓ Flest årsverk utføres av personer med "helse/sosialfaglig høgskoleutdanning **uten** videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid" (40 %), etterfulgt av personer med "helse/sosialfaglig høgskoleutdanning **med** videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid" (24 % årsverk).
- ✓ Et mindretall (33 %) av kommunene har foretatt en kartlegging av antall personer som grunnnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester. 73 % av kommunene har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger for det kommunale rusarbeidet. Det blir i relativt liten grad gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukere av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid.
- ✓ Flertallet av kommunene beskriver samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer som enten svært god eller god (68 %), og flertallet (67 %) av kommunene har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer.
- ✓ I underkant av 50 % av kommunene har kjøpt tjenester fra private aktører eller andre til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer.
- ✓ Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert rusarbeidet. I de fleste kommuner er rusarbeidet fordelt på flere enheter/tjenester.

I dette kapittelet gir vi en nærmere presentasjon av disse funnene. Tallene presenteres samlet for alle kommuner og fordelt etter kommuner med og uten tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2011.

5.1 Totalt antall årsverk

I tabellen nedenfor fremkommer en oversikt over det totale antallet årsverk i kommunene, samt antall årsverk fordelt på kommuner med og uten tilskudd. Tabellen synliggjør også gjennomsnittlig antall årsverk i kommunene, gjennomsnittlig antall årsverk per 1 000 innbyggere, samt den prosentvise andelen av innrapporterte årsverk.

Tabell 5-1: Totalt antall innrapporterte årsverk rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer, 2011 (n=407³³)

	Kommuner med tilskudd (n=302)	Kommuner uten tilskudd (n=105)	Samlet (n=407)
Antall årsverk	3838	126	3964
Gjennomsnitt per kommune	13	1	10
Antall årsverk per 1000 innbygger	0,85	0,43	0,82
Prosentandel av innrapporterte årsverk	97 %	3 %	100 %

Tabell 5-1 viser at det ble rapportert om totalt 3 964 årsverk rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer. Flertallet av årsverkene ytes i kommuner med tilskudd (97 %). I gjennomsnitt har kommunene 10 årsverk til kommunalt rusarbeid, noe som på landsbasis utgjør 0,82 årsverk til rusarbeid per 1000 innbyggere. Tabellen synliggjør også at tilskuddskommunene har nærmere dobbelt så mange årsverk per 1000 innbyggere (0,85) rettet mot personer med rusmiddelproblemer, sammenlignet med kommuner som ikke mottok tilskudd (0,43 årsverk).

For å få et estimat på hvor mange årsverk som er rettet mot personer med rusmiddelproblemer totalt i landets kommuner og bydeler, er det foretatt en ekstrapolering basert på de innrapporterte tallene fra kommunene som deltok i rapporteringen³⁴. Disse beregningene viser at det var om lag 4000 årsverk til kommunalt rusarbeid i Norge i 2011.

5.2 Årsverk til ulike tjenester/tiltak

I rapporteringen ble kommunene bedt om å fordele det totale antallet årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid på følgende tjenestoområder:

³³ Bydeler og tiltak i Oslo og Bergen er aggregert til kommunenivå. Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu har rapportert samlet, men er behandlet som selvstendige kommuner i analysen.

³⁴ SINTEF har ekstrapolert tall for 24 kommuner som ikke hadde innrapportert årsverk i 2011.

Oppfølgingstjenester i bolig - Gjelder oppfølgingstjenester/hjemmetjenester i egen bolig og i kommunale bo- og omsorgstilbud med fast bemanning, herunder heldøgnsstilbud. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år registreres ikke her.

Lavterskel helsetjenester - Gjelder lavterskel helsetiltak med et klart helse/ skadereduserende formål, f. eks prøvetaking, vaksinasjon, sprøyteutdeling, sårstell, ernæringstiltak mv. Lavterskeltilbud som varmestuer, kafèer og møtesteder uten helsetilbud skal ikke tas med her, men under Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år registreres under tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne.

Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak - Gjelder årsverk for kommunalt ansatte som tilrettelegger for, og yter kommunale arbeids- og/eller aktivitetstiltak, møtesteder/kafèer, fritids- og kulturtiltak, lavterskeltiltak mv. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år registreres under tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne.

Oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak - Gjelder tiltak som ambulante/tverrfaglige team, utekontakt og annen type oppsøkende arbeid. Oppfølgingstjenester/ hjemmetjenester i bolig skal ikke registreres her, men under spm. 2. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år registreres under tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne.

Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne - Her menes tiltak rettet spesielt mot personer i alderen 15-25 år som oppsøkende virksomhet, arbeids- og/eller aktivitetstiltak, tidlig intervensjonstiltak for unge i risiko evt andre tiltak som kan defineres nærmere i kommentarfeltet.

Ruskonsulenttjenester - Gjelder generelle ruskonsulenttjenester som råd og veiledning, kartlegging, støttesamtaler, ansvarsgrupper, koordineringsoppgaver, henvisning til behandling i spesialisthelsetjenesten, oppfølging før, under og etter behandling og/eller fengselsopphold mv. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år registreres under tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne.

Andre typer tjenester - Gjelder tjenester som ikke er nevnt ovenfor.

I tabellen nedenfor fremstilles årsverk fordelt etter tjenesteområder.

Tabell 5-2: Totalt antall innrapporterte årsverk fordelt på tjenester/tiltak, 2011 (n=407³⁵)

	Antall årsverk	Prosentandel av innrapporterte årsverk	Antall årsverk per 1000 innbyggere
Oppfølgingstjenester i boliger	1127	28 %	0,23
Ruskonsulenttjenester	898	23 %	0,19
Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne	567	14 %	0,12
Andre typer tjenester	507	13 %	0,10
Arbeids- og aktivitets- rettede tiltak	428	11 %	0,09
Oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak	244	6 %	0,05
Lavterskel helsetjenester	194	5 %	0,04
Totalt	3964	100 %	0,82

Tabellen viser at klart flest av årsverkene til kommunalt rusarbeid blir benyttet til oppfølgingstjenester i boliger (28 %), etterfulgt av ruskonsulenttjenester (23 %), mens færrest årsverk ble benyttet til lavterskeltjenester (5 %), og nest færrest årsverk til oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak (6 %).

I neste tabell fremstilles forskjeller mellom kommuner med og kommuner uten tilskudd når det gjelder hvilke tjenester kommunene benytter sine årsverk til kommunalt rusarbeid til.

³⁵ Bydeler og tiltak i Oslo og Bergen er aggregert til kommunenivå. Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu har rapportert samlet, men er behandlet som selvstendige kommuner i analysen.

Tabell 5-3: Innrapporterte årsverk fordelt på tjenester/tiltak. Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=407³⁶)

	Tilskuddskommuner (n=302)		Kommuner uten tilskudd (n=105)	
	Antall årsverk	Prosentandel av inn-rapporterte årsverk	Antall årsverk	Prosentandel av inn-rapporterte årsverk
Oppfølgingstjenester i boliger	1098	29 %	29	23 %
Lavterskel helsetjenester	183	5 %	11	8 %
Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak	407	11 %	21	17 %
Oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak	236	6 %	8	6 %
Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne	546	14 %	20	16 %
Ruskonsulenttjenester	866	23 %	32	25 %
Andre typer tjenester	502	13 %	5	4 %
Totalt	3838	100 %	126	100 %

Tabell 5-3 viser at det er relativt store likheter mellom kommuner med og uten tilskudd når det gjelder hvilke tjenester årsverkene innen rusarbeid benyttes til. Oppfølgingstjenester i bolig og ruskonsulenttjenester er de to tjenestene som det benyttes flest årsverk til i begge gruppene. I kommuner med tilskudd er det imidlertid flest årsverk som går til oppfølgingstjenester i bolig (29 %), mens det i kommuner uten tilskudd er flest årsverk som går til ruskonsulenttjenester (25 %).

Nærmere analyser viser også at det er flere årsverk per 1000 innbyggere i kommuner med tilskudd innen samtlige tjenester, bortsett fra lavterskel helsetjenester, sammenlignet med kommuner uten tilskudd.

5.3 Årsverk etter ansattes utdanning

Kommunene ble bedt om å oppgi hvilken utdanning personell som arbeider med kommunalt rusarbeid har. Følgende utdanningskategorier ble benyttet:

Utdanningskategorier
Ufaglært personell
Faglig relevant videregående opplæring
Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid
Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid
Annen relevant høgskoleutdanning
Relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger)
Psykologer
Leger
Annen utdanning

I tabellen nedenfor presenteres innrapporterte årsverk rettet mot rusarbeid fordelt etter disse utdanningskategoriene.

³⁶ Bydeler og tiltak i Oslo og Bergen er aggregert til kommunenivå. Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu har rapportert samlet, men er behandlet som selvstendige kommuner i analysen.

Tabell 5-4: Innrapporterte årsverk fordelt etter utdanning, 2011. Antall årsverk, prosentandel av innrapporterte årsverk, antall årsverk per 1000 innbyggere (n=407³⁷)³⁸

	Antall årsverk	Prosentandel av innrapporterte årsverk	Antall årsverk per 1000 innbyggere
Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	1576	40 %	0,33
Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	950	24 %	0,20
Faglig relevant videregående opplæring	532	13 %	0,11
Ufaglært personell	401	10 %	0,08
Annen relevant høgskoleutdanning	235	6 %	0,05
Relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger)	135	3 %	0,03
Annen utdanning	98	3 %	0,02
Leger	23	1 %	0,00
Psykologer	10	0 %	0,00
Totalt	3958	100 %	0,82

Tabellen viser at det er flest årsverk som utføres av personer som har "helse/sosialfaglig høgskoleutdanning **uten** videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid" (39,8 %), etterfulgt av personer som har "helse/sosialfaglig høgskoleutdanning **med** videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid" (24,0 %). Samlet utføres 63,8 % av årsverkene rettet mot kommunalt rusarbeid av personer med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning. Tabellen viser videre at ufaglært personell utgjør 10 % av kommunenes årsverk rettet mot personer med rusmiddelproblemer.

I følgende tabell presenteres forskjeller mellom kommuner med og uten tilskudd når det gjelder utdanningen til personellet som utfører årsverkene.

Tabell 5-5: Innrapporterte årsverk fordelt etter utdanning. Antall årsverk, prosent av årsverk. Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=407³⁹)

	Tilskuddskommuner (n=302)		Kommuner uten tilskudd (n=105)	
	Antall årsverk	Prosent av årsverk	Antall årsverk	Prosent av årsverk
Ufaglært personell	393	10 %	8	7 %
Faglig relevant videregående opplæring	515	13 %	17	14 %
Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	1538	40 %	38	30 %
Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid?	902	24 %	47	38 %
Annen relevant høgskoleutdanning	226	6 %	9	7 %
Relevant universitetsutdanning	134	3 %	1	1 %
Psykologer	10	0 %	0	0 %
Leger	18	0 %	4	3 %
Annen utdanning	97	3 %	1	1 %
Totalt	3832	100 %	126	100 %

Tabell 5-5 viser at det både i kommuner med og uten tilskudd er flest årsverk utført av personer med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning. Imidlertid er det en større andel av årsverkene i kommuner uten tilskudd som utføres av personer med videreutdanning i rus og/eller psykisk helse (38 %), sammenlignet med tilskuddskommunene (24 %).

³⁷ Bydeler og tiltak i Oslo og Bergen er aggregert til kommunenivå. Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu har rapportert samlet, men er behandlet som selvstendige kommuner i analysen.

³⁸ En kommune har ikke rapportert fulltallig på årsverk fordelt etter utdanning, derfor viser total summen 5,8 færre årsverk .

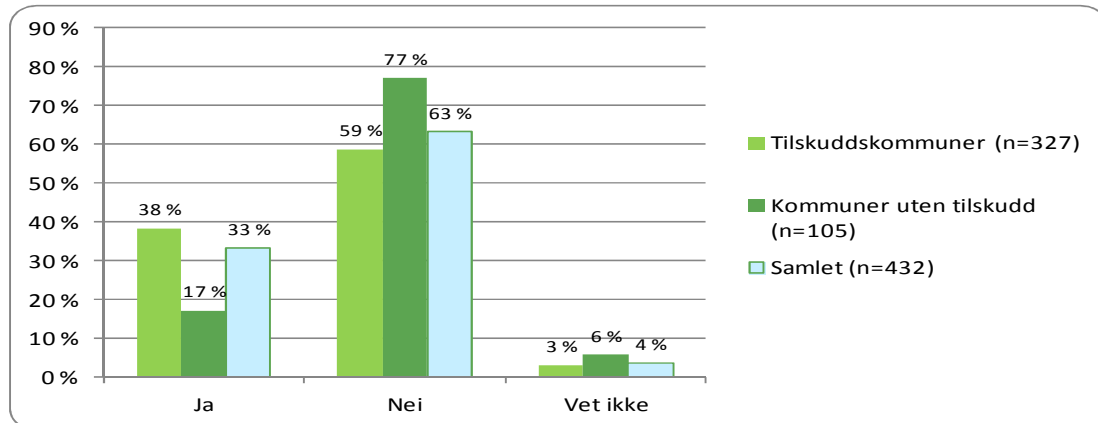
³⁹ Bydeler og tiltak i Oslo og Bergen er aggregert til kommunenivå. Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu har rapportert samlet, men er behandlet som selvstendige kommuner i analysen.

Videre i dette kapittelet vil rapportering fra bydeler og tiltak presenteres på lik linje med rapportering fra kommuner, ettersom det ikke har vært mulig å aggregere svarene til kommunalt nivå grunnet at spørsmålene har vært av kvalitativ karakter. Ut ifra samme årsak vil rapporteringer fra kommuner som har levert en felles rapportering⁴⁰ behandles som én besvarelse.

5.4 Kartlegging av antall personer med rusmiddelproblemer

Kommunene ble bedt om å oppgi hvorvidt de har foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester.

Figur 5-1: Har kommunen foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



Det fremkommer av figur 5-1 at 33 % av kommunene har foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester. 63 % har ikke kartlagt dette. Det er en høyere andel kommuner med tilskudd (38 %) som har foretatt denne type kartlegginger sammenlignet med kommuner uten tilskudd (17 %).

Samlet har 143 kommuner foretatt en kartlegging av personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester. Blant disse kommunene hadde 51 % kun kartlagt deler av brukergruppen. De 143 kommunene registrerte totalt 14 316 personer med rusmiddelproblemer. Beregnet ut ifra innbyggertallet i disse kommunene, utgjør dette et gjennomsnitt på 100,1 personer med rusmiddelproblemer per kommune, og 7,65 personer med rusmiddelproblemer per 1 000 innbyggere.

Ettersom kun 33 % av kommunene har kartlagt antallet personer som har behov for kommunale tjenester som følge av sitt rusmiddelbruk, samt at mange kommuner kun har kartlagt deler av brukergruppen, ble samtlige kommuner bedt om å gi et anslag over antall personer med rusmiddelproblemer som har behov for kommunale tjenester i sin kommune. Dette tallmaterialet gir en grov oversikt over det totale antallet personer med rusmiddelproblemer i kommunene. Vi minner om at ikke alle landets kommuner har rapportert, og at antall personer er basert på kommunale tjenesteyteres beste anslag. Dette gjør at tallene må tolkes med forsiktighet.

Tabell 5-6: Anslag på hvor mange personer med rusmiddelproblemer i kommunen som har behov for kommunale tjenester, gjennomsnitt per kommune, antall årsverk per 1000 innbyggere, 2011 (n=420⁴¹)

	Antall personer	Gjennomsnitt per kommune	Antall personer per 1000 innbygger
Personer med rusmiddelproblem som har behov for kommunale tjenester	47 389	113	10

Tabell 5-6 viser at det anslås å være totalt 47 389 personer med rusmiddelproblemer med behov for kommunale tjenester i de kommunene og bydelene som deltok i rapporteringen. I

⁴⁰ Hemne og Snillfjord, Oppdal og Rennebu

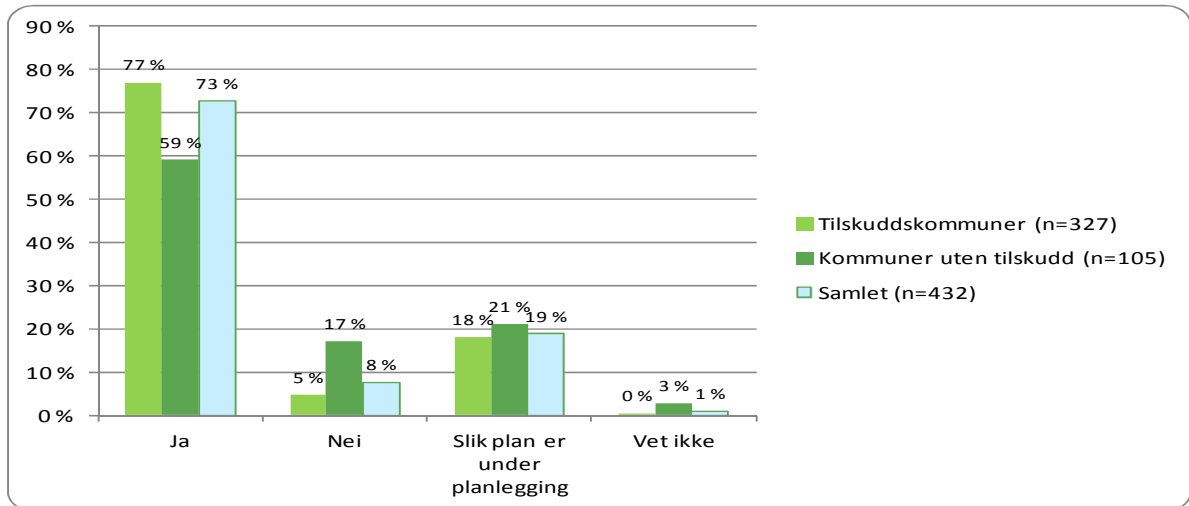
⁴¹ For å unngå dobbelttelling ble anslagene fra tiltak trukket ut fra datagrunnlaget. Videre var det seks kommuner som ikke ønsket å foreta et anslag da de mente det var for stor usikkerhet knyttet til anslaget.

gjennomsnitt utgjør det 113 personer med rusmiddelproblemer per kommune, og 10,08 personer med rusmiddelproblemer per 1 000 innbyggere på nasjonalt nivå.

5.5 Rusmiddelpolitisk handlingsplan

I følgende figur vil antall kommuner som har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger for det kommunale rusarbeidet presenteres.

Figur 5-2: Har kommunen utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger for det kommunale rusarbeidet? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



Det fremkommer at 73 % av kommunene har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger for det kommunale rusarbeidet. Det er en høyere andel kommuner med tilskudd som har utarbeidet en slik plan (77 %), sammenlignet med kommuner uten tilskudd (59 %). Blant kommunene som ikke har en rusmiddelpolitisk handlingsplan, ser det ut til at flertallet planlegger å utarbeide en slik plan (19 %).

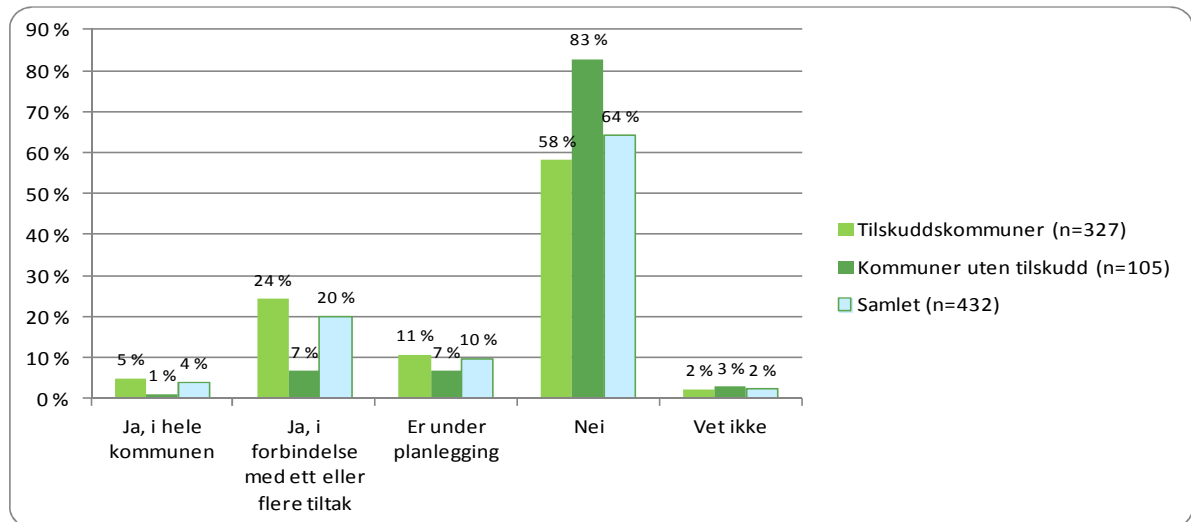
Et tydelig flertall av kommunene oppgir at den rusmiddelpolitiske handlingsplanen vil revideres hvert 4. år (75 %). Videre fremkommer det at svært få kommuner reviderer den helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplanen sjeldnere enn hvert 4. år, og at det er få kommuner som oppgir at det ikke er planlagt en slik revidering. Det er marginale forskjeller mellom kommuner med tilskudd og kommuner uten tilskudd når det gjelder hvor ofte den helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplanen revideres.

De 33 kommunene og bydelene som oppga at de ikke har en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan ble stilt spørsmål om det kommunale rusarbeidet er forankret i en annen type kommunal plan. Blant disse har 45 % forankret rusarbeidet i en annen kommunal plan, 15 % har en kommunal plan under planlegging, mens 39 % ikke har forankret rusarbeidet i noen kommunal plan.

5.6 Brukermedvirkning

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt de har gjennomført brukerundersøkelser blant brukere av tjenester innen kommunalt rusarbeid.

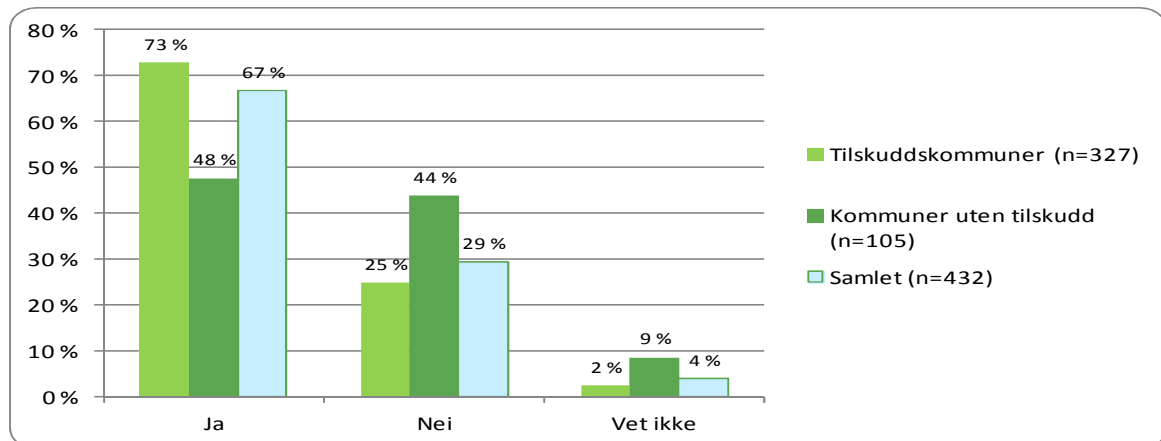
Figur 5-3: Har kommunen gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukerne av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



Figur 5-3 viser at det i relativt liten grad blir gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukere av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid. På landsbasis oppgir 64 % at de ikke har gjennomført brukerundersøkelser. Videre fremkommer det at 4 % av kommunene har gjennomført brukerundersøkelser i hele kommunen mens 20 % har gjennomført brukerundersøkelser i forbindelse med ett eller flere tiltak. Det ser ut til at gjennomføring av brukerundersøkelser er noe mer utbredt blant tilskuddskommuner.

I rapporteringen ble kommunene bedt om å oppgi hvorvidt kommunen har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer.

Figur 5-4: Har kommunen skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



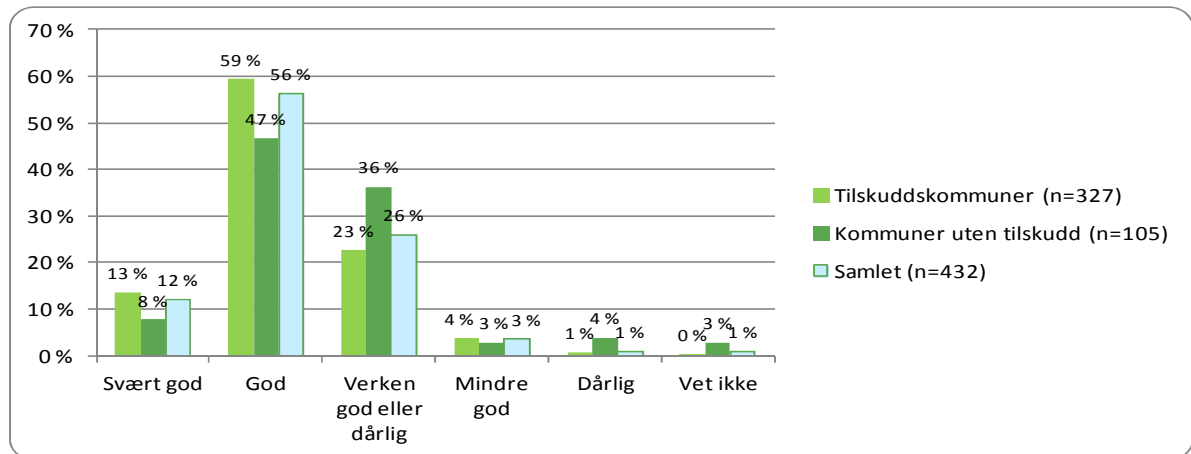
Flertallet av kommunene har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer (67 %). Det er en høyere andel tilskuddskommuner som har slike skriftlige rutiner (73 %), sammenlignet med kommuner uten tilskudd (48 %). Samlet sett oppgir 29 % av kommunene at det ikke foreligger skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan.

Kommunene ble også bedt om å anslå antall individuelle planer som er utarbeidet for personer med rusmiddelproblemer. Samlet sett ble det rapportert om at det var utarbeidet 7259 individuelle planer for tjenestemottakere med rusmiddelproblemer (n=432).

5.7 Samhandling og kompetanse

I rapporteringsskjemaet ble kommunene bedt om å vurdere kvaliteten på samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer i kommunen på en skala fra 1 til 5, hvor 5 representerte "svært god" og 1 representerte "dårlig". Svarene presenteres i figur 5-5.

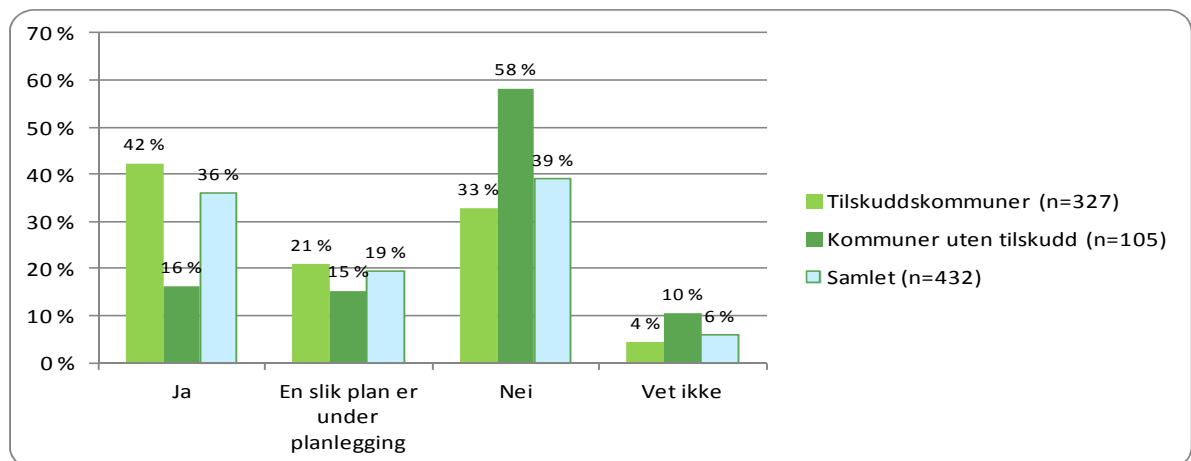
Figur 5-5: Hvordan vil du beskrive samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer i kommunen? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



Figur 5-5 viser at flertallet av kommunene beskriver samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer som enten svært god eller god (68 %). 26 % av kommunene vurderer samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer som verken god eller dårlig, mens 4 % av kommunene vurderer samhandlingen som mindre god eller dårlig. Det fremkommer også en tendens til at kommunene med tilskudd vurderer samhandlingen som bedre enn kommunene uten tilskudd. Dette utgjør en gjennomsnittlig vurdering av samhandlingen til 3,8 på en fempunktsskala (standardavvik 0,8).

Kommunene ble videre bedt om å oppgi hvorvidt det eksisterer en plan for kompetanseheving for personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer.

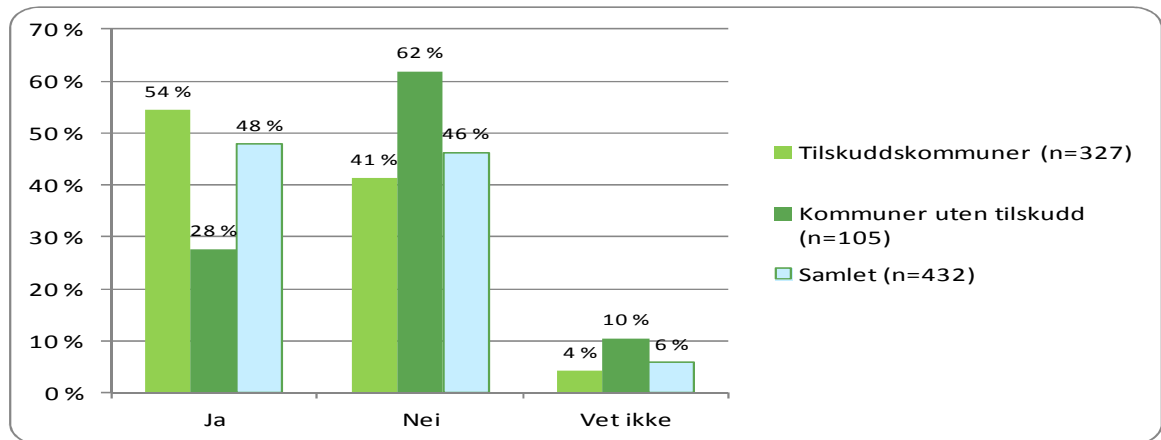
Figur 5-6: Har kommunen en plan for kompetanseheving blant personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



Det er en noe høyere andel kommuner som oppgir at de ikke har en plan for kompetanseheving (39 %), enn kommuner som har en plan for kompetanseheving (36 %). 19 % av kommunene oppgir at en slik plan er under planlegging. Figuren synliggjør videre at en høyere andel kommuner med tilskudd enten har en plan for kompetanseplanlegging eller har en slik plan under planlegging, sammenlignet med kommuner uten tilskudd

Kommunene har også rapportert på hvorvidt de har kjøpt tjenester av private aktører de siste år, samt gjort rede for beløpet som har vært benyttet til denne type innkjøp.

Figur 5-7: Har kommunen de siste år kjøpt tjenester av private aktører eller andre (for eksempel andre kommuner) til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



Figuren viser at 48 % av kommunene har kjøpt tjenester fra private aktører eller andre til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer. Bruk av private aktører eller andre ser ut til å være mer utbredt blant tilskuddskommuner (54 %) sammenlignet med kommuner uten tilskudd (28 %).

Den samlede kostnaden for kommunenes kjøp av tjenester fra private aktører eller andre presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 5-7: Kostnad i kroner for kjøp av tjenester fra private aktører eller andre, Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=207)

	Kommuner med tilskudd (n=327)	Kommuner uten tilskudd (n=105)	Samlet (n=207)
Totalt beløp	344 319 550	9 740 200	354 059 750
Gjennomsnitt per kommune	1 052 965	92 764	1 710 434
Maksimum	110 000 000	2 000 000	110 000 000
Minimum	0	0	0
Prosentandel av totalt beløp	97 %	3 %	100 %

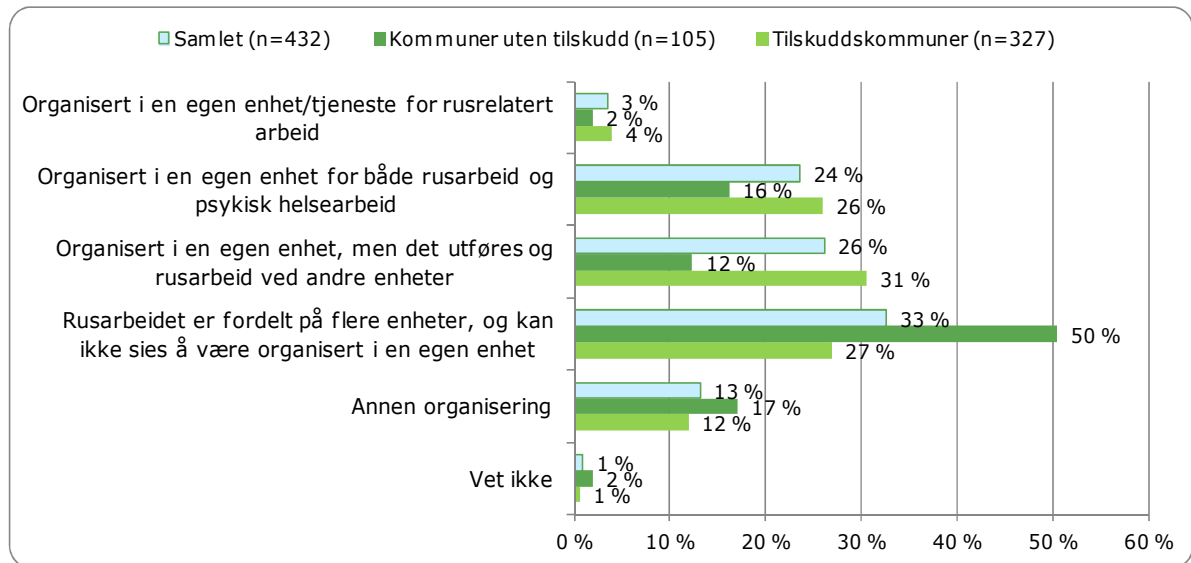
Tabellen viser at de 207 kommunene som har gått til innkjøp av tjenester fra private aktører samlet har brukt 354 059 750 kr. på dette. Tilskuddskommunene står for 97 % av det totale beløpet kommunene har kjøpt tjenester for.

5.8 Organisering av tjenestene

I rapporteringen ble respondentene stilt spørsmål om hvordan det kommunale rusarbeidet er organisert, og hvor ansvaret er plassert. Kommunene kunne velge mellom følgende organiseringer:

- Organisert i en egen enhet/tjeneste for rusrelatert arbeid
- Organisert i en egen enhet for både rusarbeid og psykisk helsearbeid
- Organisert i en egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter
- Rusarbeidet er fordelt på flere enheter, og kan ikke sies å være organisert i en egen enhet
- Annen organisert
- Vet ikke

Figur 5-8: Hvordan er kommunenes arbeid med personer med rusmiddelproblemer organisert? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)

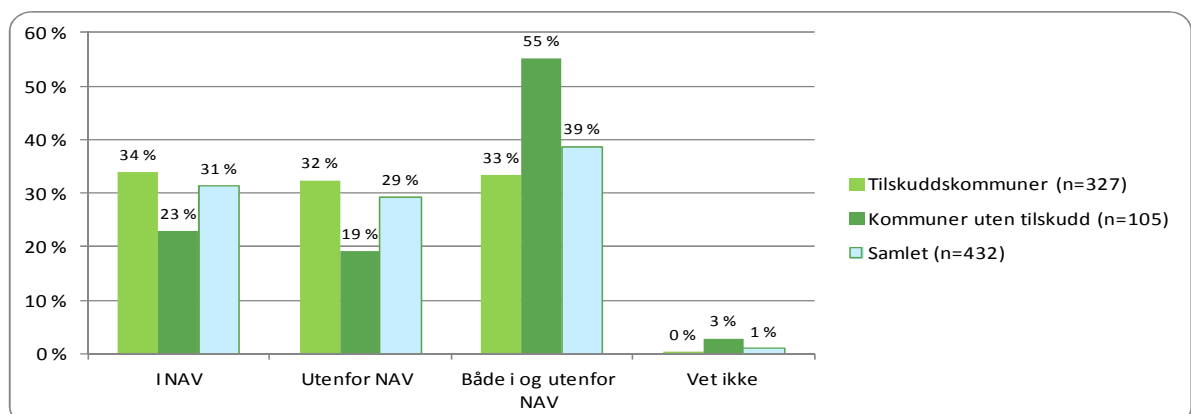


Den øverste (blå) baren i figuren viser tall for kommunene samlet, mens den midterste representerer kommuner uten tilskudd og den nederste representerer kommuner med tilskudd.

Samlet sett synliggjør figuren at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder organisering av rusarbeidet. Dette gjelder både for kommunene samlet sett, og når en ser på kommuner med og uten tilskudd separat. Den vanligste organiseringen ser likevel ut til å være at rusarbeidet er fordelt på flere enheter/tjenester (33%). Videre er det en stor andel kommuner som enten har organisert rusarbeidet i en egen enhet/tjeneste, men at det også utføres rusarbeid ved andre enheter/tjenester i kommunen (26%) eller at det kommunale rusarbeidet er organisert i en egen enhet/tjeneste for både rusarbeid og psykisk helsearbeid (24%). Det er forholdsvis lite utbredt å ha en egen enhet kun for rusrelatert arbeid. Blant kommuner uten tilskudd er det en særlig høy andel av kommunene (50%) som har rusarbeidet fordelt på flere enheter.

Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt rusarbeidet hovedsakelig er organisert i NAV, utenfor NAV eller både i og utenfor NAV.

Figur 5-9: Hvor i kommunen er arbeidet med personer med rusmiddelproblemer hovedsakelig organisert? Kommuner med og uten tilskudd, 2011 (n=432)



Figur 5-9 viser at det er stor variasjon mellom kommunene også når det gjelder hvor ansvaret for rusarbeidet er plassert. Det synes å være mest utbredt at rusarbeidet er organisert både i og utenfor NAV (39%). En omtrent like stor andel kommuner oppgir at rusarbeidet er organisert utenfor NAV (29%) og i NAV (31%). Ser vi på forskjeller mellom kommuner med og uten

tilskudd, ser vi at det blant kommuner som ikke har mottatt tilskudd er mest utbredt at rusarbeidet er organisert både i og utenfor NAV. Blant tilskuddskommuner er de tre ulike plasseringene av rusarbeidet omtrent like mye utbredt.

6. TILSKUDD TIL KOMMUNALT RUSARBEID

I dette kapittelet fremstilles kommunenes rapportering på tilskuddsmidler til kommunalt rusarbeid finansiert over kapittel 763 post 61. Vi vil i dette kapittelet se nærmere på hvor mange årsverk tilskuddsmidlene har resultert i, hvilke tjenester de benyttes til, samt hvilken utdanning personellet som arbeider i de tilskuddsfinansierte stillingene har.

Videre vil antall brukere som har benyttet tjenester finansiert over tilskuddsordningen presenteres. Det vil og ses nærmere på hvor mange brukere som har fått utarbeidet individuell plan, og hvorvidt det er gjennomført brukerundersøkelser i tjenestene/tiltakene finansiert over tilskuddsordningen.

Innledningsvis vil vi kort skissere noen overordnede funn fra dette kapittelet.

- ✓ Kommunene disponerte totalt 479 349 950 kr. i tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2011. Fylkesmannen er informert om at det totalt skal overføres 118 877 993 kr. til 2012. Den totale disponible summen tilskuddsmidler for 2011 er 360 471 957 kr.
- ✓ Årsverk finansiert av tilskuddsmidler utgjør 22 % av det totale antallet årsverk rettet mot personer med rusmiddelproblemer.
- ✓ Flest årsverk finansiert med tilskuddsmidler går til tiltak rettet mot ungdom og unge voksne (21 %), og til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak (20 %).
- ✓ Tilskuddsmidlene finansierer størst prosentandel av årsverkene til lavterskel helsetjenester (75 %) og arbeids- og aktivitetsrettede tiltak (41 %).
- ✓ Flest av årsverkene finansiert med tilskuddsmidler utføres av personer med helse/sosialfaglig høyskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (43 %), etterfulgt av personer med samme utdanning, men med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (27 %).
- ✓ I tilskuddskommunene er det rapportert om totalt 23 289 brukere som har benyttet tjenester/tiltak finansiert over tilskuddsordningen, 2011.
- ✓ 2 197 brukere av tjenester finansiert over tilskuddsordningen har fått utarbeidet individuell plan, hvilket tilsier et gjennomsnitt på 7,3 personer per tilskuddskommune.
- ✓ 60 % av tilskuddskommunene har forankret tjenestene finansiert over tilskuddsordningen i en rusmiddelpolitisk handlingsplan, 13 % har forankret dem i et annet kommunalt planverk, mens 19 % av kommunene oppgir å ha et planverk under planlegging.
- ✓ Det er i relativt liten grad blitt gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukere av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid finansiert over tilskuddsordningen (20 %).

I dette kapittelet gir vi en nærmere presentasjon av disse funnene.

6.1 Tilskuddsmidler

Samlet sett mottok 302 kommuner tilskudd til kommunen eller i forbindelse med et interkommunalt samarbeid, når bydeler og tiltak i Oslo og Bergen er aggregert til kommunenivå. I følgende tabell presenteres tilskuddsmidler for 2011 som går til årsverk rettet mot rusarbeid.

Tabell 6-1: Tilskuddsmidler til årsverk (n=302^{42,43})

	Kroner
Tilskudd for 2011 som går til årsverk	375 342 027
Tilskudd overført fra 2010 som går til årsverk	97 076 423
Tilskudd som skal overføres til 2012 som skal gå til årsverk	117 564 053
Disponibelt tilskudd for 2011 som går til årsverk	354 854 397

Tabell 6-1 viser at kommunene rapporterer om å ha mottatt 375 342 027 kr. i tilskudd til årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid. Sett sammen med tilskuddsmidler overført fra 2010 (97 076 423 kr.) tilsier dette et disponibelt tilskudd på 472 418 450 kr. til årsverk rettet mot rusarbeid. Samtidig ser det ikke ut til at alle kommunene bruker hele tilskuddsbeløpet i 2011, da de har informert fylkesmannen om at det totalt sett vil overføres 117 564 053 kr. til årsverk i 2012. Dette tilsier at det vil benyttes 354 854 397 kr. i tilskuddsmidler til kommunalt rusarbeid i 2011.

Neste tabell viser mottatte tilskuddsmidler som går til andre formål enn årsverk.

Tabell 6-2: Tilskuddsmidler til andre formål enn årsverk (n=302^{44,45})

	Kroner
Tilskudd for 2011 til andre formål enn årsverk	6 146 500
Tilskudd overført fra 2010 til andre formål enn årsverk	785 000
Tilskudd som skal overføres til 2012 som skal gå til andre formål enn årsverk	1 313 940
Disponibelt tilskudd for 2011 til andre formål enn årsverk	5 617 560

Tabell 6-2 viser at det er mottatt 6 146 500 kr. i tilskudd til andre formål enn årsverk, og at det overføres 785 000 kr. fra 2010 til andre formål enn årsverk. Det skal imidlertid overføres midler til 2012. Fratrasket disse har kommunene disponert totalt 5 617 560 kr. i 2011 til andre formål enn årsverk.

Samlet sett disponerte tilskuddskommunene totalt 360 471 957 kr. i 2011, til både årsverk og andre formål.

42 Rapporteringene fra bydeler og tiltak er aggregert til kommunenivå i følgende fremstillinger, og for Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu, som henholdsvis har rapportert sammen er rapporteringene skilt fra hverandre ved utregning av årsverk.

43 Det er 16 kommuner som har mottatt tilskudd gjennom interkommunale samarbeid hvor kommunen ikke er vertskommune (mottaker av tilskudd). Disse kommunene er ikke rapporteringspliktige, og har heller ikke rapportert på tilskuddsmidlene. Gjeldende kommuner er likevel inkludert i "n" siden de deler tilskuddsmidlene med andre kommuner i respektive interkommunale samarbeid, hvor vertskommunen for respektive interkommunale samarbeid har levert rapportering.

44 Rapporteringene fra bydeler og tiltak er aggregert til kommunenivå i følgende fremstillinger, og for Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu, som henholdsvis har rapportert sammen er rapporteringene skilt fra hverandre ved utregning av årsverk.

45 Det er 16 kommuner som har mottatt tilskudd gjennom interkommunale samarbeid hvor kommunen ikke er vertskommune (mottaker av tilskudd). Disse kommunene er ikke rapporteringspliktige, og har heller ikke rapportert på tilskuddsmidlene. Gjeldende kommuner er likevel inkludert i "n" siden de deler tilskuddsmidlene med andre kommuner i respektive interkommunale samarbeid, hvor vertskommunen for respektive interkommunale samarbeid har levert rapportering.

6.2 Totalt antall årsverk

I følgende tabell presenteres totalt antall årsverk i tilskuddskommuner, samt andelen årsverk finansiert av tilskuddsmidler.

Tabell 6-3: Totalt antall årsverk i tilskuddskommuner, og andelen årsverk finansiert av tilskuddsmidler (302⁴⁶, 47, 48)

Årsverk i tilskuddskommuner	
Totalt antall årsverk	3838
Gjennomsnittlig antall årsverk per kommune	13
Totalt antall årsverk finansiert av tilskuddsmidler	848
Gjennomsnittlig antall årsverk finansiert av tilskuddsmidler per kommune	3
Prosentandel av årsverk finansiert av tilskuddsmidler	22 %

Av de totalt 3838 årsverkene i tilskuddskommuner, er 848 årsverk finansiert av tilskuddsmidler. Dette utgjør 22 %. I gjennomsnitt har tilskuddskommunene 3 årsverk finansiert av tilskuddsmidler til kommunalt rusarbeid.

6.3 Årsverk til ulike tjenester/tiltak

I tabellen nedenfor fremkommer det hvilke typer tjenester tilskuddsmidlene har blitt benyttet til å skaffe personell til. Det fremkommer også hvor stor prosentandel av tilskuddsmidlene som er benyttet til personell innen de ulike tjenestene.

Tabell 6-4: Totalt antall årsverk finansiert av tilskudd fordelt på tjenester, prosentandel (n = 302)

	Årsverk finansiert av tilskudd	
	Antall årsverk	Prosentandel
Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne	176	21 %
Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak	166	20 %
Lavterskel helsetjenester	137	16 %
Ruskonsulenttjenester	128	15 %
Oppfølgingstjenester i boliger	90	11 %
Andre typer tjenester	93	11 %
Oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak	57	7 %
Totalt	848	100 %

Som tabellen viser, har det blitt benyttet mest tilskuddsmidler til å skaffe personell til tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne (21 %) og arbeids- og aktivitetsrettede tiltak (20 %).

Vi skal videre se på hvor stor andel av årsverkene innen de ulike tjenestene som er finansiert av tilskuddsmidler.

46 Rapporteringene fra bydeler og tiltak er aggregert til kommunenivå i følgende fremstillinger, og for Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu, som henholdsvis har rapportert sammen er rapporteringene skilt fra hverandre ved utregning av årsverk.

47 Det er 16 kommuner som har mottatt tilskudd gjennom interkommunale samarbeid hvor kommunen ikke er vertskommune (mottaker av tilskudd). Disse kommunene er ikke rapporteringspliktige, og har heller ikke rapportert på tilskuddsmidlene. Gjeldende kommuner er likevel inkludert i "n" siden de deler tilskuddsmidlene med andre kommuner i respektive interkommunale samarbeid, hvor vertskommunen for respektive interkommunale samarbeid har levert rapportering.

48 21 av tilskuddskommunene har ikke rapportert om noen årsverk finansiert av tilskuddsmidler. Åtte av disse rapporterer enten om å ha overført midlene til 2012, eller at stillingen midlene er mottatt til enda ikke er besatt.

Tabell 6-5: Antall årsverk i tilskuddskommuner, og andelen årsverk finansiert av tilskuddsmidler fordelt etter tjenester/tiltak (302⁴⁹, 50, 51)

	Årsverk totalt i tilskuddskommunene	Årsverk finansiert av tilskudd	Prosentandel av innrapporterte årsverk finansiert av tilskuddsmidler
Oppfølgingstjenester i boliger	1098	90	8 %
Lavterskel helsetjenester	183	137	75 %
Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak	407	166	41 %
Oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak	236	57	24 %
Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne	546	176	32 %
Ruskonsulenttjenester	866	128	15 %
Andre typer tjenester	502	93	19 %
Totalt	3838	848	

Tabell 6-5 viser at tilskuddsmidlene finansierer størst andel av de samlede årsverkene i tilskuddskommunene til lavterskel helsetjenester (75 %). Tilskuddsmidlene finansierer også en relativt stor andel av det totale antallet årsverk til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak i disse kommunene (41 %). Samlet sett er det flest årsverk til oppfølgingstjenester i bolig i tilskuddskommunene. Tabellen synliggjør likevel at tilskuddsmidlene kun finansierer 8 % av disse årsverkene, noe som indikerer at kommunene selv i stor grad finansierer oppfølgingstjenester i bolig selv.

6.4 Årsverk etter ansattes utdanning

I dette avsittet presenteres kommunenes rapportering på hvilken utdanning personellet i stillinger finansiert med tilskuddsmidler har.

Tabell 6-6: Totalt antall årsverk finansiert av tilskudd fordelt på tjenester, prosentandel (n = 302)

	Årsverk finansiert av tilskudd	
	Antall årsverk	Prosentandel
Helse/sosialfaglig høgskole-utdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	366	43 %
Helse/sosialfaglig høgskole-utdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	232	27 %
Faglig relevant videregående opplæring	71	8 %
Annen relevant høgskoleutdanning	70	8 %
Relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger)	39	5 %
Ufaglært personell	38	4 %
Annen utdanning	23	3 %
Psykologer	5	1 %
Leger	5	1 %
Totalt	848	100 %

Tabellen viser at 43 % av årsverkene som er finansiert med tilskuddsmidler gjelder personell med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid. Videre gjelder 27 % av årsverkene personell med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid.

⁴⁹ Rapporteringene fra bydelene og tiltak er aggregert til kommunenivå i følgende fremstillinger, og Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu, som henholdsvis har rapportert sammen er rapporteringene skilt fra hverandre ved utregning av årsverk.

⁵⁰ Det er 16 kommuner som har mottatt tilskudd gjennom interkommunale samarbeid hvor kommunen ikke er vertskommune (mottaker av tilskudd). Disse kommunene er ikke rapporteringspliktige, og har heller ikke rapportert på tilskuddsmidlene. Gjeldende kommuner er likevel inkludert i "n" siden de deler tilskuddsmidlene med andre kommuner i respektive interkommunale samarbeid, hvor vertskommunen for respektive interkommunale samarbeid har levert rapportering.

⁵¹ 21 av tilskuddskommunene har ikke rapportert om noen årsverk finansiert av tilskuddsmidler. Åtte av disse rapporterer enten om å ha overført midlene til 2012, eller at stillingen midlene er mottatt til enda ikke er besatt.

I følgende tabell presenteres totalt antall årsverk i tilskuddskommuner, totalt antall årsverk finansiert av tilskuddsmidler, samt hvor stor prosentandel av årsverkene innen de ulike utdanningene som er finansiert av tilskuddsmidler. Dette bidrar til å synliggjøre hvilken kompetanse kommunene har skaffet seg ved bruk av tilskuddsmidlene.

Tabell 6-7: Antall årsverk i tilskuddskommuner, og andelen årsverk finansiert av tilskuddsmidler, fordelt etter utdanning (302⁵², 53, 54)

	Totalt antall årsverk i tilskuddskommunene	Årsverk finansiert av tilskudd	Prosentandel av innrapporterte årsverk finansiert av tilskuddsmidler
Ufaglært personell	393	38	10 %
Faglig relevant videregående opplæring	515	71	14 %
Helse/sosialfaglig høgskole-utdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	1538	366	24 %
Helse/sosialfaglig høgskole-utdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid	903	232	26 %
Annen relevant høgskoleutdanning	226	70	31 %
Relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger)	134	39	29 %
Psykologer	10	5	49 %
Leger	18	5	28 %
Annen utdanning	97	23	23 %
Totalt	3833	848	

Tabellen viser at tilskuddsmidlene har blitt benyttet til å skaffe varierende form for kompetanse. Den viser også eksempler på at kommunene har skaffet seg kompetanse ved bruk av tilskuddsmidlene som de ellers ikke har i særlig stor utstrekning. For eksempel gjelder dette psykologer. I tilskuddskommunene er det samlet sett få årsverk med psykologkompetanse som er rettet mot personer med rusmiddelproblemer. Denne tabellen synliggjør at 49 % av de årsverkene som har psykologkompetanse er finansiert av tilskuddsmidler.

6.5 Individuell plan

I påfølgende tabell presenteres antall brukere som har benyttet tjenestene/tiltakene som er finansiert av tilskuddsmidler, og andel brukere som har fått utarbeidet individuell plan finansiert over tilskuddsordningen.

Tabell 6-8: Antall brukere som har benyttet tjenestene/tiltakene som er finansiert av tilskuddsmidler, og andel brukere som har fått utarbeidet individuell plan finansiert av tilskuddsmidler (n=302⁵⁵, 56)

	Antall brukere som har benyttet tjenester finansiert av tilskuddsmidler	Antall brukere som har fått utarbeidet IP	Prosentandel av brukerne som har fått utarbeidet IP
Totalt	23289	2197	9 %

Tabell 6-8 viser at tilskuddskommunene har rapportert om at totalt 23 289 brukere har benyttet tjenester/tiltak finansiert over tilskuddsordningen i 2011. Videre kommer det frem fra tabellen at 2 197 brukere av tjenester finansiert over tilskuddsordningen har fått utarbeidet individuell plan. Dette utgjør 9 % av antallet brukere som har benyttet tjenester finansiert av tilskuddsmidler.

52 Rapporteringene fra bydeler og tiltak er aggregert til kommunenivå i følgende fremstillinger, og Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu, som henholdsvis har rapportert sammen er rapporteringene skilt fra hverandre ved utregning av årsverk.

53 Det er 16 kommuner som har mottatt tilskudd gjennom interkommunale samarbeid hvor kommunen ikke er vertskommune (mottaker av tilskudd). Disse kommunene er ikke rapporteringspliktige, og har heller ikke rapportert på tilskuddsmidlene. Gjeldende kommuner er likevel inkludert i "n" siden de deler tilskuddsmidlene med andre kommuner i respektive interkommunale samarbeid, hvor vertskommunen for respektive interkommunale samarbeid har levert rapportering.

54 21 av tilskuddskommunene har ikke rapportert om noen årsverk finansiert av tilskuddsmidler. Åtte av disse rapporterer enten om å ha overført midlene til 2012, eller at stillingen midlene er mottatt til enda ikke er besatt.

55 Rapporteringene fra bydeler og tiltak er aggregert til kommunenivå i følgende fremstillinger, og Hemne og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu, som henholdsvis har rapportert sammen er rapporteringene skilt fra hverandre ved utregning av årsverk.

56 Det er 16 kommuner som har mottatt tilskudd gjennom interkommunale samarbeid hvor kommunen ikke er vertskommune (mottaker av tilskudd). Disse kommunene er ikke rapporteringspliktige, og har heller ikke rapportert på tilskuddsmidlene. Gjeldende kommuner er likevel inkludert i "n" siden de deler tilskuddsmidlene med andre kommuner i respektive interkommunale samarbeid, hvor vertskommunen for respektive interkommunale samarbeid har levert rapportering.

6.6 Rusmiddelpolitisk handlingsplan

Analysen viser at 60 % av tilskuddskommunene har forankret tjenestene finansiert over tilskuddsordningen i en rusmiddelpolitisk handlingsplan, mens 13 % har forankret dem i et annet kommunalt planverk. Videre har 19 % av kommunene planer om et planverk som forankrer tjenestene finansiert over tilskuddordningen.

6.7 Brukerundersøkelser

Analysen viser at det i relativt liten grad blir gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukere av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid finansiert over tilskuddsordningen. Av kommunene som hadde mottatt tilskudd til rusarbeid rapporterte 20 % om at de har gjennomført brukerundersøkelser. Flertallet av kommunene oppgir at de ikke har gjennomført brukerundersøkelser (67 %), mens en mindre andel (13 %) oppgir at de planlegger å gjennomføre brukerundersøkelser.

7. TALL FORDELT PÅ FYLKE OG KOMMUNESTØRRELSE

I dette kapittelet presenteres kommunenes rapportering på årsverk rettet mot rusarbeid fordelt på fylkesnivå og kommunestørrelse. Kategorisering av kommunestørrelse er basert på innbyggertallet i kommunene⁵⁷. Hensikten med en slik presentasjon er å vise variasjoner i rusarbeidet i fylkene, samt fremvise variasjoner i rusarbeidet i kommuner med ulik størrelse.

Videre presenteres kommunenes forskjeller med hensyn til fylker og kommunestørrelse når det gjelder antall personer med rusmiddelproblemer, hvorvidt kommunene har rusmiddelpolitiske handlingsplaner, hvorvidt de har gjennomført brukerundersøkelser, arbeidet med individuell plan, vurdering av samhandling og kompetanse, kjøp av tjenester fra private aktører, samt variasjon i organiseringen av tjenestene.

Rambøll vil understreke også i dette kapittelet at tallgrunlaget som benyttes i stor grad er basert på anslag fra rapporteringsansvarlige i kommunene, og at tallene bør tolkes med forsiktighet.

Før vi går videre vil vi kort skissere noen overordnede funn fra dette kapittelet.

- ✓ Det er store forskjeller mellom fylkene når det gjelder antall årsverk til kommunalt rusarbeid. Av det totale antallet årsverk til kommunalt rusarbeid i Norge, har Oslo og Hordaland flest årsverk (henholdsvis 20 % og 12 %). Sogn og Fjordane, Finnmark og Nord-Trøndelag har færrest årsverk (henholdsvis 1 - 2 %).
- ✓ Oppfølging i bolig er den tjenesten som det går desidert flest årsverk til i de fleste fylker, med unntak av Oslo (16 %).
- ✓ Hvilken utdanning ansatte som utfører rusarbeid har, varierer mellom fylkene og med hensyn til kommunestørrelse. Oslo (18 %) og Troms har høyest andel ufaglærte (16 %).
- ✓ Det er stor variasjon mellom fylkene når det gjelder kartlegging av personer med rusmiddelproblemer i kommunene. Størst andel av kommunene i Rogaland (72 %) og Oslo (71 %) har foretatt en kartlegging av antall personer med rusmiddelproblemer som har behov for kommunale tjenester.
- ✓ Nordland (20 personer) og Buskerud (19 personer) skiller seg ut ved å gi høyest anslag på antall personer med rusmiddelproblemer per 1 000 innbygger, mens kommunene i Sogn og Fjordane (5 personer) og Akershus (6 personer) har anslått færrest personer. Kommuner med over 50 000 innbyggere anslår å ha flest personer med rusmiddelproblemer i forhold til innbyggertall (i gjennomsnitt 14 personer per 1000 innbyggere).
- ✓ Hedmark og Oslo skiller seg ut ved at samtlige kommuner/bydeler har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det er en tendens til at prosentandelen kommuner som har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan øker med kommunestørrelse.
- ✓ Flest kommuner i Østfold (88 %) og Sør-Trøndelag (86 %) har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer er. Det er en tendens til at andelen kommuner som har utviklet skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan øker med kommunestørrelse.
- ✓ Flest kommuner i Akershus (62 %) og Oslo (53 %) har utviklet en plan for kompetanseheving for personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer.

⁵⁷ Følgende kategoriseringer er benyttet: Kommuner med under 2 000 personer, kommuner med 2 000-4 999 personer, kommuner med 5 000 – 9 999 personer, kommuner med 10 000 – 19 999 personer, kommuner med 20 000 – 50 000 personer, og kommuner med over 50 000 personer.

- ✓ Det er store variasjoner mellom fylkene for hvor stor andel av kommunene som har kjøpt tjenester av private aktører eller andre til oppfølging/behandling. Flest kommuner har kjøpt slike tjenester i Akershus (90 %), Rogaland (80 %) og Vest-Agder (80 %). Andelen kommuner som har kjøpt tjenester fra private aktører eller andre øker med kommunestørrelse.
- ✓ Det er både en rekke likheter og en rekke ulikheter hva gjelder organisering av rusarbeidet i ulike fylker og kommunestørrelseskategorier. Små kommuner har generelt organisert rusarbeidet på flere enheter, mens i den grad kommunene har egne enheter for rusarbeid eller rus og psykisk helsearbeid, forekommer dette i store kommuner.

7.1 Antall årsverk innen kommunalt rusarbeid

I dette avsnittet presenteres antall årsverk totalt innen kommunalt rusarbeid fordelt etter fylke og kommunestørrelse.

Tabell 7-1: Totalt antall årsverk rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer fordelt på fylker, 2011 (n=421^{58, 59})

Fylke	Antall årsverk	Gjennomsnitt	Antall årsverk per 1000 innbygger	Prosentandel av innrapporterte årsverk
Oslo (n=15)	811	54	1,37	20 %
Hordaland (n=31)	468	15	0,98	12 %
Rogaland (n=25)	375	15	0,86	9 %
Sør-Trøndelag (n=24)	252	10	0,87	6 %
Akershus (n=21)	238	11	0,44	6 %
Østfold (n=16)	194	12	0,73	5 %
Nordland (n=41)	190	5	0,85	5 %
Buskerud (n=17)	175	10	0,70	4 %
Telemark (n=18)	168	9	0,99	4 %
Troms (n=25)	161	6	1,02	4 %
Vestfold (n=14)	142	10	0,61	4 %
Møre og Romsdal (n=32)	141	4	0,58	4 %
Vest-Agder (n=15)	139	9	0,81	4 %
Hedmark (n=22)	121	6	0,63	3 %
Aust-Agder (n=14)	100	7	0,93	3 %
Oppland (n=24)	85	4	0,48	2 %
Nord-Trøndelag (n=24)	79	5	0,6	2 %
Finnmark (n=19)	73	4	1,0	2 %
Sogn og Fjordane (n=24)	54	2	0,52	1 %
Totalt	3964	10	0,79	100 %

Det fremkommer av tabell 7-1 at det totalt sett utøves flest årsverk rettet mot tjenester til rusmiddelavhengig i Oslo (811 årsverk). Dette utgjør 20 % av alle årsverk innen kommunalt rusarbeid. Oslo har også flest antall årsverk per 1000 innbyggere (1,37). Dernest er det en stor andel årsverk i Hordaland (468 årsverk; 12 %) og Rogaland (375 årsverk; 9 %).

Det er færrest årsverk rettet mot rusarbeid i Sogn og Fjordane (1 %), Finnmark (2 %) og Nord-Trøndelag (2 %).

Når vi ser på antall årsverk per 1 000 innbyggere, kommer det frem at det er flest årsverk i forhold til innbyggertall i Oslo (1,37 årsverk) og Troms (1,02 årsverk), mens det er færrest årsverk per 1 000 innbyggere i Akershus (0,44 årsverk) og Oppland (0,48 årsverk).

⁵⁸ Bydeler i Oslo er behandlet på samme måte som kommuner i analysen med den hensikt å bedre kunne sammenligne Oslo med andre fylker. Årsverk i tiltak i Oslo er inkludert i kolonnen "Antall årsverk".

⁵⁹ Hemnes og Snillfjord, og Oppdal og Rennebu, som henholdsvis har rapportert sammen behandles som individuelle kommuner i "n".

I neste tabell fremstilles totalt antall årsverk rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer, fordelt på kommunestørrelse.

Tabell 7-2: Totalt antall årsverk rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer fordelt på kommunestørrelse, 2011. Antall årsverk, gjennomsnitt, antall årsverk per 1000 innbygger og prosent (n=405⁶⁰)

Kommunestørrelse	Antall årsverk	Gjennomsnitt	Antall årsverk per 1000 innbygger	Prosentandel av innrapporterte årsverk
Under 2 000 (n=89)	82	1	0,75	2 %
2 000- 4 999 (n=120)	257	2	0,66	6 %
5 000- 9 999 (n=86)	390	5	0,66	10 %
10 000- 19 999 (n=59)	548	9	0,66	14 %
20 000- 50 000 (n=38)	800	21	0,71	20 %
Over 50 000 (n=13)	1887	145	1,06	48 %
Totalt (n = 405)	3964	10	0,82	100 %

Tabell 7-2 viser, ikke uventet, at antall årsverk rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer samlet sett er høyere i store kommuner sammenlignet med små kommuner, hvilket også bekreftes ved statistiske analyser. Nær halvparten, 48 %, av de innrapporterte årsverkene utføres i de 13 største kommunene. Når en ser på antall årsverk per 1 000 innbyggere, er det også høyest tetthet av årsverk i de største kommunene (1,06 årsverk). Det viser seg imidlertid å være nest høyest tetthet av årsverk i de minste kommunene (0,75 årsverk).

Når det gjelder kommuner med befolkning fra 2 000 – 19 999 er det tilnærmet lik tetthet av årsverk (0,66 årsverk), mens det er en noe høyere tetthet av årsverk per 1 000 innbygger i kommunene med 20 000 – 50 000 innbyggere (0,71 årsverk).

7.2 Årsverk fordelt på tjenester/tiltak

I dette avsnittet skal vi se nærmere på hvorvidt det er interessante forskjeller mellom fylkene og mellom kommuner med ulik størrelse når det gjelder hvilke tjenester årsverkene går til. Dette kan gi et bilde på hvorvidt de ulike fylkene har satset på å bygge opp særskilte tjenester.

Som vi så i forrige avsnitt, var det samlet sett flest årsverk rettet mot personer med rusmiddelproblemer i Oslo, Hordaland og Rogaland. Dette er også befolkningsrike fylker, med landets to største byer. Nærmere analyser viser at det er flest årsverk til samtlige typer tjenester i disse tre fylkene. Det er også samsvar med det samlede antallet årsverk når det gjelder hvilke fylker som har færrest antall årsverk innen de ulike tjenestene (Sogn og Fjordane, Finnmark, Nord-Trøndelag og Oppland), med noe variasjon ut ifra hvilken tjeneste det gjelder. Vi viser for øvrig til vedlegg i kapittel 10 for mer detaljerte analyser av årsverksinnsatsen til ulike tjenester fordelt på fylke og kommunestørrelse.

Som vi så i kapittel 5, kan antall årsverk innen ulike tjenester/tiltak rangeres i følgende rekkefølge, fra flest til færrest:

1. Oppfølgingstjenester i bolig (29 %)
2. Ruskonsulenttjenester (23 %)
3. Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne (14 %)
4. Andre typer tjenester (13 %)
5. Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak (11 %)
6. Oppsøkende/ambulante tjenester (6 %)
7. Lavterskel helsetjenester (5 %)

Ser vi nærmere på de ulike fylkene, ser vi at det generelle bildet er veldig likt med tanke på hvilke tjenester det er flest årsverk til, og det er ingen store avvik.

⁶⁰ Rapporteringer fra bydeler og tiltak i Oslo og Bergen er aggregert til kommunenivå og registrert henholdsvis som Bergen og Oslo kommune. Hemne og Snillfjord og Oppdal og Rennebu har rapportert samlet og er plassert i kommunestørrelse kategori på bakgrunn av en summering av befolkningen i kommune parene. Befolkningen i kommune parene er og summert slik at årsverk per 1000 innbygger fremstilles korrekt.

Når det gjelder oppfølgingstjenester i bolig, som samlet sett 28 % av årsverkene går til, viser fylkesvise analyser at flere fylker har en betydelig høyere andel av årsverk innen rusarbeid til oppfølgingstjenester i bolig. I fylkene Akershus, Aust-Agder, Hedmark, Nordland, Oppland, Rogaland, Sør-Trøndelag, Telemark, Troms, Vestfold ligger andelen på mellom 34 og 48 %. I Oslo er andelen årsverk til oppfølging i bolig kun 16 %. Etersom Oslo står for 20 % av det totale antallet årsverkene, gjør dette store utslag på hvor stor andel av årsverkene som går til de ulike tjenestene.

Utover dette vil vi trekke frem følgende forhold som skiller seg ut:

- I Finnmarkskommunene går totalt 11 % av årsverkene til lavterskel helsetilbud, mot 5 % på landsbasis.
- I Møre og Romsdal og Hedmark går henholdsvis 21 % og 22 % av årsverkene til tjenester/tiltak rettet mot ungdom, mot 14 % på landsbasis.
- I Hordaland, Oppland og Sogn og Fjordane går henholdsvis 16 %, 17 % og 21 % av årsverkene til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, mot 11 % på landsbasis.
- I Oslo og Vest-Agder går henholdsvis 28 % og 29 % av årsverkene til ruskonsulenttjenester, mot 23 %.

Analyser av forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse viser at det særlig er de minste kommunene som skiller seg fra funnene på landsbasis. Blant kommuner med under 2000 innbyggere er ruskonsulenttjenester den tjenesten som størst andel av årsverkene går til (30,8 %). I de minste kommunene går det nest flest årsverk til tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne (18 %, mot 14 % på landsbasis). I disse kommunene går en vesentlig lavere andel av årsverkene til oppfølging i bolig i kommuner med under 2000 innbyggere (15 %), sammenlignet med alle landets kommuner (28 %). Utover dette er det små forskjeller med hensyn til kommunestørrelse, når det gjelder hvilke tjenester årsverkene går til.

7.3 Årsverk fordelt etter ansattes utdanning

I det følgende skal det ses nærmere på utdannelsen til kommunalt ansatte som arbeider på rusfeltet fordelt etter fylke og kommunestørrelse.

Når det gjelder ufaglært personell, viser analyser at det er flest årsverk i Oslo (144 årsverk), sammenlignet med andre fylker.

Som vi så i kapittel 5, kan antall årsverk innen de ulike utdanningskategoriene rangeres i følgende rekkefølge, fra flest til færrest:

1. Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (40 %)
2. Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid (24 %)
3. Faglig relevant videregående opplæring (13 %)
4. Ufaglært personell (10 %)
5. Annen relevant høgskoleutdanning (6 %)
6. Relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger) (3 %)
7. Annen utdanning (3 %)
8. Leger (1 %)
9. Psykologer (0 %)

Ser vi nærmere på de ulike fylkene, ser vi at det er noen fylker som skiller seg ut ved å ha en høyere andel årsverk innenfor enkelte utdanningskategorier:

- **Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid:** I Hordaland og Sør-Trøndelag har henholdsvis 64 % og 47 % av årsverkene helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid, mot 40 % på landsbasis.

- **Helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid:** I Møre og Romsdal og Nordland har henholdsvis 34 % og 40 % av årsverkene helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid, mot 24 % på landsbasis.
- **Faglig relevant videregående opplæring:** Hedmark, Telemark og Aust-Agder har en høyere andel årsverk med faglig relevant videregående opplæring, henholdsvis 23 %, 25 % og 28 %, mot 13 % på landsbasis.
- **Ufaglært personell:** I Aust-Agder og Østfold utgjør henholdsvis kun 1 % og 2 % av årsverkene ufaglært personell. I Oslo utgjør 18 % ufaglært personell. Det kan påpekes at en stor del av disse årsverkene i Oslo er tilknyttet Rusmiddeletaten (130 årsverk), og hvis Rusmiddeletaten trekkes ut fra analysen viser det seg at Oslo har relativt få årsverk som utføres av ufaglært personell sammenlignet med andre fylker. I Troms utgjør 16 % av årsverkene ufaglært personell.
- **Relevant universitetsutdanning:** I Akershus har 10 % av årsverkene relevant universitetsutdanning, mot 3 % på landsbasis.
- **Leger, psykologer, annen utdanning:** Det er ingen fylker som skiller seg ut ved å ha særlig mange eller særlig få årsverk med disse utdanningene.

Det er vanskelig å si noe bestemt om tilgangen på kvalifisert personell på basis av dette datagrunnlaget. Analysene viser samlet sett at kommunene i Hordaland og Møre og Romsdal har størst andel årsverk med helse/sosialfaglig høgskoleutdanning, enten med eller uten videreutdanning innen rus og/eller psykisk helse.

Analysen av forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse viser få forskjeller når det gjelder hvilken type utdanning ansatte som arbeider med personer med rusmiddelproblemer har. Det kan nevnes at store kommuner med over 50 000 innbyggere ser ut til å ha størst andel ufaglærte. Som nevnt ovenfor skyldes dette en stor andel ufaglærte i rusmiddeletaten i Oslo. De minste kommunene, med under 5000 innbyggere, har oppgitt at en større andel leger arbeider med personer med rusmiddelproblemer (5 %), sammenlignet med kommunene for øvrig (1 % på landsbasis). Når det gjelder andel ansatte som har enten videregående utdanning, høgskoleutdanning eller universitetsutdanning generelt, ser det ut til at det er små forskjeller med hensyn til kommunestørrelse.

7.4 Kartlegging av personer med rusmiddelproblemer

Som vi så i kapittel 5, hadde 33 % av kommunene foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester.

Tabell 7-3: Har kommunen foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester? Fordelt etter fylke, 2011 (n=432)

Fylke	Ja	Nei	Vet ikke
Akershus (n=21)	33 %	67 %	0 %
Aust-Agder (n=14)	14 %	86 %	0 %
Buskerud (n=17)	24 %	76 %	0 %
Finnmark (n=19)	26 %	74 %	0 %
Hedmark (n=22)	36 %	64 %	0 %
Hordaland (n=42)	38 %	50 %	12 %
Møre og Romsdal (n=32)	31 %	66 %	3 %
Nordland (n=41)	22 %	73 %	5 %
Nord-Trøndelag (n=24)	17 %	83 %	0 %
Oppland (n=24)	25 %	75 %	0 %
Oslo (n=17)	71 %	24 %	6 %
Rogaland (n=25)	72 %	28 %	0 %
Sogn og Fjordane (n=24)	29 %	71 %	0 %
Sør-Trøndelag (n=22)	32 %	64 %	5 %
Telemark (n=18)	33 %	61 %	6 %
Troms (n=25)	28 %	68 %	4 %
Vest-Agder (n=15)	20 %	73 %	7 %
Vestfold (n=14)	21 %	57 %	21 %
Østfold (n=16)	56 %	44 %	0 %
Totalt (n=432)	33 %	63 %	4 %

Tabell 7-3 viser relativt stor variasjon mellom fylkene når det gjelder hvor mange kommuner som har foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester. Størst andel kommuner har gjennomført kartlegging i Rogaland (72 %) og Oslo (71 %), mens det er lavest andel kommuner i fylkene Aust-Agder (14 %) og Nord-Trøndelag (17 %) som har foretatt en slik kartlegging.

Blant kommunene som hadde foretatt slike kartlegginger hadde flertallet av kommunene kun kartlagt deler av brukergruppen. Imidlertid skiller Finnmark, Hedmark, Møre og Romsdal, Rogaland og Vest-Agder seg ut ved at flertallet av kommunene i disse fylkene har kartlagt hele brukergruppen.

Når det gjelder kommunestørrelse, er det færrest kommuner med under 2000 innbyggere (17 %) og kommuner med mellom 2000 og 4999 innbyggere (29 %) som har kartlagt antall personer med rusmiddelproblemer som har behov for kommunale tjenester. Det er størst andel kommuner som har gjennomført en slik kartlegging blant kommuner med 5000 – 9999 innbyggere (44 %) og 10 000 – 19 999 innbyggere (45 %). Når det gjelder kommuner med over 50 000 innbyggere, har en større andel kommuner oppgitt at de ikke vet hvorvidt dette er kartlagt, sammenlignet med mindre kommuner.

Analysen viser også at det samlet sett er registrert flest personer i fylkene Oslo (3 755 personer; 26 %) og Rogaland (2377 personer; 17 %). Når det gjelder Oslo, henger dette både sammen med at Oslo har flest innbyggere, men også med at en relativt høy andel bydeler har gjennomført en kartlegging (12 av 15 bydeler). Når det gjelder Rogaland, henger dette primært sammen med at en høy andel av kommunene i Rogaland har gjennomført en kartlegging. I kommunene i Aust-Agder og Buskerud er det registrert færrest personer. Dette skyldes hovedsakelig at en lav andel av kommunene i disse fylkene har kartlagt antall personer med rusmiddelproblemer.

Antall personer med rusmiddelproblemer som ble registrert i kommunene har tydelig sammenheng med kommunestørrelse. I de minste kommunene, med under 2000 innbyggere, ble det i gjennomsnitt registrert 13 personer, noe som utgjør 1 % av det totale antallet registrerte personer. I de største kommunene, med over 50 000 innbyggere, ble det registrert 4268 personer, noe som utgjør 30 %, og 609 personer i gjennomsnitt per kommune.

Samtlige kommuner, uavhengig av hvorvidt de har foretatt en kartlegging, ble i spørreskjema bedt om å gi et anslag på hvor mange personer med rusmiddelproblemer som har behov for kommunale tjenester. I tabell 7-4 fremkommer dette anslaget på antall personer med rusmiddelproblemer som har behov for kommunale tjenester i de ulike fylkene.

Tabell 7-4: Anslag på hvor mange personer med rusmiddelproblemer i kommunen som har behov for kommunale tjenester. Fordelt etter fylke, 2011 (n=420⁶¹)

Fylke	Antall personer	Gjennomsnitt	Gjennomsnittlig antall personer per 1 000 innbyggere	Prosentandel av totalt antall personer
Akershus (n=21)	3098	148	6	7 %
Aust-Agder (n=14)	744	53	7	2 %
Buskerud (n=16)	4677	292	19	10 %
Finnmark (n=19)	962	51	13	2 %
Hedmark (n=22)	1615	73	8	3 %
Hordaland (n=37)	3618	98	8	8 %
Møre og Romsdal (n=32)	1817	57	8	4 %
Nordland (n=41)	4483	109	20	9 %
Nord-Trøndelag (n=24)	1231	51	9	3 %
Oppland (n=24)	1466	61	8	3 %
Oslo (n=13)	4397	338	9	9 %
Rogaland (n=25)	2590	104	6	5 %
Sogn og Fjordane (n=24)	531	22	5	1 %
Sør-Trøndelag (n=22)	4690	213	16	10 %
Telemark (n=18)	1643	91	10	3 %
Troms (n=24)	1708	71	13	4 %
Vest-Agder (n=15)	2201	147	13	5 %
Vestfold (n=13)	3782	291	17	8 %
Østfold (n=16)	2136	134	8	5 %
Totalt (n=432)	47389	127	11	5 %

Det er først når vi ser på antall personer med rusmiddelproblemer per 1000 innbyggere at vi kan si noe om omfanget av rusmiddelproblemer i kommunene i de ulike fylkene. Det er anslått størst antall personer i kommunene i Nordland (20 personer per 1000 innbyggere) og Buskerud (19 personer per 1000 innbyggere), mens det er oppgitt færrest personer i kommunene i Sogn og Fjordane, Akershus og Rogaland (henholdsvis 5, 6 og 6 personer per 1000 innbyggere).

Tabell 7-5: Anslag på hvor mange personer med rusmiddelproblemer i kommunen som har behov for kommunale tjenester. Fordelt etter kommunestørrelse (n=420⁶²)

Kommunestørrelse	Antall personer	Gjennomsnitt	Antall personer med rusmiddelproblemer per 1000 innbyggere	Prosentandel av totalt anslag
Under 2 000 (n=89)	1005	11	9	2 %
2 000- 4 999 (n=118)	2894	25	8	6 %
5 000- 9 999 (n=85)	4696	55	8	10 %
10 000- 19 999 (n=60)	6224	104	7	13 %
20 000- 50 000 (n=56)	18657	333	10	39 %
Over 50 000 (n=12)	13913	1159	14	29 %
Totalt (n = 420)	47389	113	10	100 %

Fra tabell 7-5 ser vi at forekomsten av personer med rusmiddelproblemer varierer i kommuner med ulikt innbyggertall. Det fremkommer av tabellen at kommuner med over 50 000 innbyggere rapporterer om flest personer med rusmiddelproblemer per 1000 innbyggere som har behov for kommunale tjenester (14,22 personer). I kommuner med inntil 20 000 innbyggere, er det imidlertid relativt små forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvor mange personer per

⁶¹ For å unngå dobbelttelling ble anslagene fra tiltak trukket ut fra datagrunnlaget. Videre var det seks kommuner som ikke ønsket å foreta et anslag da de mente det var for stor usikkerhet knyttet til anslaget.

⁶² For å unngå dobbelttelling ble anslagene fra tiltak trukket ut fra datagrunnlaget. Videre var det seks kommuner som ikke ønsket å foreta et anslag da de mente det var for stor usikkerhet knyttet til anslaget.

1000 innbyggere som har rusmiddelproblemer. Dette kan tyde på at rusmiddelproblemer er mer utbredt i større kommuner, der det ofte er større byer.

7.5 Rusmiddelpolitisk handlingsplan

I kapittel 5 så vi at 73 % av kommunene på landsbasis har utviklet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan, mens 19 % har en slik plan under planlegging.

I følgende tabell presenteres hvorvidt kommunene har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger fordelt etter fylke.

Tabell 7-6: Har kommunen utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger for det kommunale rusarbeidet? Fordelt etter fylke, 2011 (n=432)

Fylke	En helhetlig rusmiddel-politisk handlingsplan er	Ja	Nei	Vet ikke
Akershus (n=21)	19 %	81 %	0 %	0 %
Aust-Agder (n=14)	43 %	50 %	7 %	0 %
Buskerud (n=17)	35 %	65 %	0 %	0 %
Finnmark (n=19)	21 %	58 %	16 %	5 %
Hedmark (n=22)	0 %	100 %	0 %	0 %
Hordaland (n=42)	17 %	71 %	12 %	0 %
Møre og Romsdal (n=32)	9 %	88 %	3 %	0 %
Nordland (n=41)	24 %	61 %	15 %	0 %
Nord-Trøndelag (n=24)	13 %	83 %	4 %	0 %
Oppland (n=24)	21 %	63 %	13 %	4 %
Oslo (n=17)	0 %	100 %	0 %	0 %
Rogaland (n=25)	28 %	64 %	8 %	0 %
Sogn og Fjordane (n=24)	17 %	75 %	8 %	0 %
Sør-Trøndelag (n=22)	5 %	86 %	5 %	5 %
Telemark (n=18)	17 %	78 %	6 %	0 %
Troms (n=25)	32 %	56 %	12 %	0 %
Vest-Agder (n=15)	13 %	73 %	13 %	0 %
Vestfold (n=14)	14 %	64 %	14 %	7 %
Østfold (n=16)	38 %	63 %	0 %	0 %
Totalt (n=432)	19 %	73 %	8 %	1 %

Som det fremkommer av tabell 7-6, skiller kommunene i Hedmark og bydelene i Oslo seg ut ved at samtlige har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Tabellen synliggjør også at det er lavest andel kommuner i fylkene Aust-Agder (50 %) og Troms (56 %) som har utviklet en slik handlingsplan. I begge disse fylkene er det imidlertid en relativt stor andel kommuner som planlegger en slik handlingsplan.

Kommunene som oppga å ha en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan ble stilt spørsmål om hvor ofte denne ville revideres. I samtlige fylker rapporterte flertallet av kommunene at den helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplanen vil revideres hvert 4. år. I Oslo har en like stor andel av bydelene oppgitt at de skal revidere planen hvert 2. år som hvert 4. år (47 %). Det viser seg imidlertid at det er høyest prosentandel av kommuner som rapporterer å ville revidere den rusmiddelpolitiske handlingsplanen sjeldnere enn hvert 4. år i Aust-Agder (29 %). Dette er også det fylket med lavest andel kommuner som har en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan.

I følgende tabell presenteres hvorvidt kommunene har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsetninger fordelt etter kommunestørrelse.

Tabell 7-7: Har kommunen utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsettinger for det kommunale rusarbeidet? Fordelt etter kommunestørrelse, 2011 (n=432)

Kommunestørrelse	Ja	Under planlegging	Nei	Vet ikke
Under 2 000 (n=89)	56 %	27 %	16 %	1 %
2 000- 4 999 (n=120)	70 %	19 %	10 %	1 %
5 000- 9 999 (n=86)	76 %	22 %	1 %	1 %
10 000- 19 999 (n=60)	88 %	10 %	2 %	0 %
20 000- 50 000 (n=59)	78 %	14 %	7 %	2 %
Over 50 000 (n=18)	89 %	6 %	6 %	0 %
Totalt (n=432)	73 %	19 %	8 %	1 %

Som det fremkommer av tabell 7-7, er det en tendens til at prosentandelen kommuner som har utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan øker med kommunestørrelse. Blant de minste kommunene (under 2 000 innbyggere) har 56 % av kommunene utarbeidet en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Blant større kommuner er det en høyere andel kommuner som har utviklet handlingsplaner, eller som planlegger dette, og en lavere andel som ikke har en slik plan. Det er størst andel kommuner med over 50 000 innbyggere som har en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan (89 %).

Når det gjelder revidering av handlingsplanene, har majoriteten av kommunene på tvers av kommunestørrelser planlagt å revidere planen hvert 4. år. Kommuner med 20 000-50 000 innbyggere skiller seg ut ved at 26 % av kommunene vil revidere planen hvert 2. år, mens kommune med over 50 000 innbyggere skiller seg ut ved at 13 % av kommunene ikke har planlagt å revidere planen.

7.6 Brukemedvirkning

I kapittel 5 så vi at brukerundersøkelser rettet mot brukere av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid blir gjennomført i relativt liten grad på landsbasis. Analyser på fylkesnivå viser at det er relativt små forskjeller mellom de ulike fylkene når det gjelder hvorvidt kommunene har gjennomført brukerundersøkelser. I samtlige fylker har flertallet av kommunene oppgitt at de ikke har gjennomført brukerundersøkelser. Finnmark og Møre og Romsdal er de to fylkene hvor færrest kommuner har gjennomført brukerundersøkelser, hvor henholdsvis 79 % og 78 % av kommunene har svart "nei". Hordaland, Akershus og Vestfold er de fylkene hvor flest kommuner enten har gjennomført eller planlegger å gjennomføre brukerundersøkelser.

Som vi så i kapittel 5, er det et fåtall kommuner som har gjennomført brukerundersøkelser i hele kommunen. Andelen kommuner som enten har gjennomført brukerundersøkelser enten i hele kommunen eller i forbindelse med ett eller flere tiltak/tjenester er i stor grad fordelt på ulike fylker.

I følgende tabell skal vi se nærmere på forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvorvidt de har gjennomført brukerundersøkelser blant brukerne av kommunale rustjenester fordelt etter kommunestørrelse.

Tabell 7-8: Har kommunen gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukerne av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid? Fordelt etter kommunestørrelse, 2011 (n=432)

Kommunestørrelse	Ja, i hele kommunen	Ja, i forbindelse med ett eller flere tiltak/tjenester	Er under planlegging	Nei	Vet ikke
Under 2 000 (n=89)	1 %	11 %	7 %	81 %	0 %
2 000- 4 999 (n=120)	6 %	16 %	10 %	66 %	3 %
5 000- 9 999 (n=86)	2 %	19 %	12 %	64 %	3 %
10 000- 19 999 (n=60)	3 %	18 %	8 %	65 %	5 %
20 000- 50 000 (n=59)	5 %	39 %	7 %	49 %	0 %
Over 50 000 (n=18)	11 %	39 %	28 %	17 %	6 %
Totalt (n=432)	4 %	20 %	10 %	64 %	2 %

Tabell 7-8 viser en tendens til at en større andel store kommuner, med over 20 000 innbyggere har gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukerne av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid, enten i hele kommunen eller i forbindelse med ett eller flere tiltak. Det er størst prosentandel av kommunene som har gjennomført brukerundersøkelser i hele kommunene i kommunene med over 50 000 innbygger (11 %), mens i kommunene med under 2 000 innbyggere er det lavest prosentandel av kommunene som har gjennomført brukerundersøkelser i hele kommunene. Blant de minste kommunene har 81 % av kommunene oppgitt at de ikke har gjennomført brukerundersøkelser, mens blant de største kommunene, med over 50 000 innbyggere, er det kun 17 % som oppgir at de ikke har gjennomført brukerundersøkelser.

7.7 Individuell plan

I kapittel 5 så vi at flertallet av kommunene på landsbasis har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer (67 %). Tabell 7-9 viser forskjeller mellom fylkene.

Tabell 7-9: Har kommunen skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer? Fordelt etter fylke, 2011 (n=432)

Fylke	Ja	Nei	Vet ikke
Akershus (n=21)	71 %	24 %	5 %
Aust-Agder (n=14)	64 %	36 %	0 %
Buskerud (n=17)	76 %	24 %	0 %
Finnmark (n=19)	79 %	16 %	5 %
Hedmark (n=22)	64 %	36 %	0 %
Hordaland (n=42)	69 %	19 %	12 %
Møre og Romsdal (n=32)	59 %	38 %	3 %
Nordland (n=41)	56 %	39 %	5 %
Nord-Trøndelag (n=24)	63 %	38 %	0 %
Oppland (n=24)	46 %	54 %	0 %
Oslo (n=17)	71 %	24 %	6 %
Rogaland (n=25)	76 %	24 %	0 %
Sogn og Fjordane (n=24)	63 %	33 %	4 %
Sør-Trøndelag (n=22)	86 %	9 %	5 %
Telemark (n=18)	83 %	11 %	6 %
Troms (n=25)	52 %	40 %	8 %
Vest-Agder (n=15)	60 %	40 %	0 %
Vestfold (n=14)	64 %	29 %	7 %
Østfold (n=16)	88 %	13 %	0 %
Totalt (n=432)	67 %	29 %	4 %

Tabell 7-9 synliggjør at det er relativt store forskjeller mellom fylkene når det gjelder hvorvidt kommunene har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan. De fylkene hvor størst andel kommuner har skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer er Østfold (88 %) og Sør-Trøndelag (86 %). De fylkene hvor lavest andel kommuner oppgir å ha slike rutiner er Oppland (46 %) og Troms (52 %).

Analyser av forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse viser en tendens til at prosentandelen kommuner som har utviklet skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan øker med kommunestørrelse. Blant de minste kommunene (under 2 000 innbygger) oppgir 52 % at de har skriftlige rutiner for dette arbeidet, mens det blant kommuner med over 20 000 innbyggere er 83 % som oppgir å ha slike skriftlige rutiner.

Samlet har de 432 kommunene oppgitt at det er utarbeidet 7259 individuelle planer for tjenestemottakere med rusmiddelproblemer. I tabell 7-10 gis en oversikt over hvor mange individuelle planer som er utarbeidet i de ulike fylkene.

Tabell 7-10: Anslå hvor mange tjenestemottakere med rusmiddelproblemer som har fått utarbeidet individuell plan (antall) Fordelt etter fylke, 2011. Antall, gjennomsnitt per kommune, prosentandel av personer med rusmiddelproblemer (n=432).

Fylke	Antall personer som har IP	Gjennomsnitt per kommune	Prosentandel av personer med rusmiddelproblemer som har IP
Vest-Agder (n=15)	659	44	30 %
Møre og Romsdal (n=32)	504	16	28 %
Oslo (n=17)	1153	68	26 %
Østfold (n=16)	545	34	26 %
Hedmark (n=22)	356	16	22 %
Finnmark (n=19)	206	11	21 %
Troms (n=25)	344	14	20 %
Nord-Trøndelag (n=24)	225	9	18 %
Oppland (n=24)	266	11	18 %
Akershus (n=21)	519	25	17 %
Telemark (n=18)	272	15	17 %
Sogn og Fjordane (n=24)	87	4	16 %
Aust-Agder (n=14)	115	8	16 %
Hordaland (n=42)	562	13	16 %
Rogaland (n=25)	372	15	14 %
Sør-Trøndelag (n=22)	474	22	10 %
Vestfold (n=14)	203	15	5 %
Nordland (n=41)	200	5	5 %
Buskerud (n=17)	197	12	4 %
Totalt (n=432)	7259	19	17 %

Som vi kan lese av tabellen, er det utarbeidet flest individuelle planer til personer med rusmiddelproblemer i bydelene i Oslo (1153), hvilket utgjør et gjennomsnitt på 67 planer per bydel/tiltak. Ser vi på prosentandelen av personer med rusmiddelproblemer som har fått utarbeidet individuell plan, er det store forskjeller mellom fylkene.

I tabellens høyre kolonne presenteres en beregning av hvor stor prosentandel av personer med rusmiddelproblemer og behov for kommunale tjenester som har fått utviklet individuell plan, basert på kommunenes anslag over antall personer med rusmiddelproblemer (jf tabell 7-6). Vi ser stor variasjon mellom fylkene. Vest-Agder er det fylket hvor størst andel personer med rusmiddelproblemer har fått utarbeidet individuell plan (30 %), etterfulgt av Møre og Romsdal (28 %). Det ser ut til at det er lavest andel personer med rusmiddelproblemer som har fått utarbeidet individuell plan i Buskerud (4 %), Nordland (5 %) og Vestfold (5 %).

Analyser med hensyn til kommunestørrelse viser små forskjeller når det gjelder antallet personer med rusmiddelproblemer som har fått utarbeidet individuell plan.

7.8 Samhandling

I kapittel 5 så vi at flertallet av kommunene beskriver samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer som enten svært god eller god (68 %), på en fempunkts skala. I gjennomsnitt utgjorde dette 3,8 på en fempunkts skala, hvor 5 er "svært god" og 1 er "dårlig".

Tabell 7-11: Hvordan vil du beskrive samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer i kommunen? Gjennomsnitt og standardavvik. Fordelt på fylke, 2011 (n=432)

Fylke	Gjennomsnitt	Standardavvik
Telemark (n = 18)	4,2	0,8
Vest-Agder (n = 15)	4,1	0,6
Sør-Trøndelag (n = 22)	4,1	0,7
Hedmark (n = 22)	4,0	0,5
Buskerud (n = 17)	3,9	0,7
Oslo (n = 17)	3,9	0,4
Østfold (n = 15)	3,9	0,4
Rogaland (n = 25)	3,8	0,7
Aust-Agder (n = 14)	3,8	0,6
Sogn og Fjordane (n = 24)	3,8	0,8
Nord-Trøndelag (n = 24)	3,8	0,7
Hordaland (n = 41)	3,7	0,7
Akershus (n = 21)	3,7	0,7
Møre og Romsdal (n = 32)	3,6	0,8
Nordland (n = 41)	3,6	0,8
Vestfold (n = 13)	3,6	0,7
Finnmark (n = 19)	3,5	0,8
Oppland (n = 24)	3,5	1,1
Troms (n = 24)	3,2	1,1
Totalt (n=428)	3,8	0,8

Av tabell 7-11 fremkommer det at kommunenes vurdering av samhandlingen varierer mellom fylkene, fra et gjennomsnitt på 3,2 til 4,2. Det er med andre ord relativt store forskjeller mellom fylkene når det gjelder kommunenes vurdering av samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer i kommunene. Telemark, Vest-Agder og Sør-Trøndelag skiller seg ut i positiv retning ved å ha høyest gjennomsnittlig vurdering av samhandlingen (henholdsvis 4,2, 4,1 og 4,1).

På den andre siden skiller kommuner i Troms, Oppland og Finnmark seg ut som de fylkene hvor kommunene samlet sett har vurdert samhandlingen som dårligst. Det er imidlertid viktig å påpeke at alle fylkene samlet sett ligger over gjennomsnittet på skalaen, som er 3,0 ("verken god eller dårlig").

Analyser ut ifra kommunestørrelse viser at samhandlingen samlet sett vurderes som enten svært god eller god uavhengig av kommunestørrelse. I den grad det ser ut til å være noen forskjeller, er det en særlig høy prosentandel av kommunene med 5 000- 9 999 innbyggere som beskriver samhandlingen som svært god (16 %), mens det er høyest prosentandel av kommunene med 10 000-19 999 innbyggere som beskriver samhandlingen som god (65 %).

7.9 Kompetanseheving

Samlet sett så vi i kapittel 5 at det er omtrent like mange kommuner som har utviklet planer for kompetanseheving blant personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer, som antall kommuner ikke har denne type planer. Følgende tabell viser hvorvidt kommunene har en plan for kompetanseheving blant personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer fordelt etter fylke.

Tabell 7-12: Har kommunen en plan for kompetanseheving blant personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer? Fordelt på fylke (n=432)

Fylke	Ja	En satsning på kompetanseheving er under planlegging	Nei	Vet ikke
Akershus (n=21)	62 %	24 %	10 %	5 %
Aust-Agder (n=14)	43 %	0 %	57 %	0 %
Buskerud (n=17)	41 %	18 %	41 %	0 %
Finnmark (n=19)	32 %	21 %	37 %	11 %
Hedmark (n=22)	27 %	23 %	41 %	9 %
Hordaland (n=42)	52 %	19 %	21 %	7 %
Møre og Romsdal (n=32)	34 %	9 %	47 %	9 %
Nordland (n=41)	27 %	29 %	41 %	2 %
Nord-Trøndelag (n=24)	46 %	13 %	42 %	0 %
Oppland (n=24)	17 %	21 %	54 %	8 %
Oslo (n=17)	53 %	24 %	18 %	6 %
Rogaland (n=25)	44 %	8 %	44 %	4 %
Sogn og Fjordane (n=24)	21 %	29 %	50 %	0 %
Sør-Trøndelag (n=22)	27 %	18 %	45 %	9 %
Telemark (n=18)	44 %	22 %	17 %	17 %
Troms (n=25)	20 %	12 %	56 %	12 %
Vest-Agder (n=15)	27 %	27 %	47 %	0 %
Vestfold (n=14)	21 %	36 %	36 %	7 %
Østfold (n=16)	44 %	19 %	38 %	0 %
Totalt (n=342)	36 %	19 %	39 %	6 %

Det er flest kommuner i Akershus (62 %) og Oslo (53 %) som har utviklet en plan for kompetanseheving blant personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer, mens det er færrest kommuner som oppgir at de har utviklet en plan for kompetanseheving i fylkene Oppland (17 %) og Troms (20 %).

Analysen av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse viser en tydelig tendens til at andelen kommuner som har en plan for kompetanseheving øker med kommunestørrelse. Blant kommuner med over 50 000 innbyggere har 67 % utviklet en plan for kompetanseheving, mens blant de minste kommunene, med under 2000 innbyggere og 2000 – 4999 innbyggere har henholdsvis 25 % og 27 % av kommunene en slik plan.

7.10 Kjøp av tjenester fra private aktører

Det er tidligere i rapporten presentert at blant kommunene samlet sett har i underkant av 50 % av kommunene kjøpt tjenester fra private aktører eller andre til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer. Samlet gjelder dette 354 059 750 kr.

Følgende tabell viser fylkesvise forskjeller når det gjelder kjøp av tjenester av private aktører eller andre til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer.

Tabell 7-13: Har kommunen de siste år kjøpt tjenester av private aktører eller andre (for eksempel andre kommuner) til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer? Fordelt etter fylke, 2011 (n=432)

Fylke	Ja	Nei	Vet ikke
Akershus (n=21)	90 %	10 %	0 %
Aust-Agder (n=14)	57 %	43 %	0 %
Buskerud (n=17)	65 %	29 %	6 %
Finnmark (n=19)	26 %	63 %	11 %
Hedmark (n=22)	59 %	36 %	5 %
Hordaland (n=42)	55 %	40 %	5 %
Møre og Romsdal (n=32)	53 %	44 %	3 %
Nordland (n=41)	17 %	73 %	10 %
Nord-Trøndelag (n=24)	25 %	67 %	8 %
Oppland (n=24)	25 %	67 %	8 %
Oslo (n=17)	71 %	29 %	0 %
Rogaland (n=25)	80 %	20 %	0 %
Sogn og Fjordane (n=24)	38 %	63 %	0 %
Sør-Trøndelag (n=22)	23 %	64 %	14 %
Telemark (n=18)	56 %	44 %	0 %
Troms (n=25)	24 %	64 %	12 %
Vest-Agder (n=15)	80 %	20 %	0 %
Vestfold (n=14)	64 %	21 %	14 %
Østfold (n=16)	56 %	31 %	13 %
Totalt (n=432)	48 %	46 %	6 %

Tabellen viser at det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder hvor stor andel av kommunene som har kjøpt tjenester av private aktører eller andre til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer. Det er flest kommuner som har kjøpt tjenester fra private aktører eller andre i Akershus (90 %), Rogaland (80 %) og Vest-Agder (80 %), mens det er færrest kommuner i Sør-Trøndelag (23 %) og Troms (24 %) som har kjøpt denne type tjenester.

Det er også store variasjoner mellom fylkene når det gjelder hvor mye penger kommunene har brukt på private aktører eller andre. Samlet sett har bydelene i Oslo (134 919 000 kr.) og kommunene i Sør-Trøndelag (5 172 600 kr.) brukt mest, mens kommunene i Møre og Romsdal (386 059 kr.) og Nord-Trøndelag (454 500 kr.) har brukt minst.

Analysen av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse viser store forskjeller. Blant de minste kommunene (under 2000 innbyggere) har 17 % kjøpt tjenester av private aktører, mens blant de største kommunene har ¾ eller mer kjøpt tjenester av private aktører eller andre (88 % blant kommuner med 20 000 – 50 000 innbyggere og 78 % blant kommuner med over 50 000 innbyggere). Også den samlede kostnaden og gjennomsnittlig kostnad per kommune til private aktører øker med kommunestørrelse. De minste kommunene har i gjennomsnitt brukt 92 066 kr. på private aktører eller andre, mens de største kommunene i gjennomsnitt har brukt 12 220 428 kr. på tjenester fra private aktører eller andre.

7.11 Organisering av tjenestene til personer med rusmiddelproblemer

På landsbasis viser rapporteringen at det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert rusarbeidet. Det viser seg at om lag 1/3 av kommunene har rusarbeidet fordelt på flere enheter/tjenester, og at det ikke kan sies å være organisert i en egen enhet (33 %). Det er også en relativt stor andel kommuner (om lag 1/4) som har en egen enhet som arbeider med rus, men som oppgir at det også utføres rusarbeid ved andre enheter/tjenester i kommunen (26 %). Videre er det og nærmere ¼ av kommunene som rapporterer å ha en egen enhet/tjeneste for både rusarbeid og psykisk helsearbeid (24 %).

I dette avsnittet skal vi se nærmere på om det peker seg ut noen forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering av det kommunale rusarbeidet med hensyn til fylke og kommunestørrelse.

Det er relativt store likheter mellom fylkene når det gjelder organiseringen av kommunenes arbeid med personer med rusmiddelproblemer. Analysene viser likevel noen forskjeller som er interessante å fremheve.

- Når det gjelder kommuner som har opprettet egen enhet for rusrelatert arbeid, skiller Aust-Agder og Akershus seg ut ved at det er en noe høyere andel kommuner i disse to fylkene som har valgt en slik organisering.
- Fylkene Østfold og Vestfold skiller seg ut ved å ha høyest andel kommuner som har opprettet en egen enhet for både rusarbeid og psykisk helsearbeid.
- Hedmark og Vest-Agder er de fylkene hvor flest kommuner har organisert rusarbeidet i en egen enhet, men hvor rusarbeid også utføres ved andre enheter.
- Fylkene Oppland og Hordaland skiller seg ut ved at det er størst andel kommuner i disse fylkene som har fordelt rusarbeidet på flere enheter, slik at det ikke er organisert i en egen enhet.

Som vi så i kapittel 5, var det en relativt lik fordeling mellom kommunene på landsbasis når det gjelder hvorvidt rusarbeidet er organisert i NAV (31 %), utenfor NAV (29 %), eller både i og utenfor NAV (39 %). Analyser av fylkesvise forskjeller viser følgende:

- I NAV – Størst andel kommuner/bydeler i Oslo (59 %) og Sogn og Fjordane (58 %).
- Utenfor NAV – Størst andel kommuner i Vestfold og Nord-Trøndelag (begge 50 %).
- Både i og utenfor NAV – Størst andel kommuner i Oppland og Aust-Agder (henholdsvis 67 % og 57 %).

Analyser av forskjeller med hensyn til kommunestørrelse viser at det er stor variasjon i organiseringen av rusarbeidet mellom kommuner innenfor alle størrelseskategorier, og det er få særtrekk å fremheve. Følgende hovedtrekk kan nevnes:

- At rusarbeidet er organisert i en egen enhet for rusrelatert arbeid er noe mer utbredt blant store kommuner (over 20 000 innbyggere) enn blant mindre kommuner.
- Det er mest vanlig å ha en egen enhet for både rusarbeid og psykisk helsearbeid i kommuner med over 50 000 innbyggere (50 %).
- Det å ha en egen enhet for rusarbeid, men hvor rusarbeid også utføres ved andre enheter, ser ut til å være en organisering som har liten sammenheng med kommunestørrelse.
- Blant kommunene med under 2000 innbyggere og mellom 2000 og 4999 innbyggere forekommer det oftest at rusarbeidet er fordelt på flere enheter og kan ikke sies å være organisert i en egen enhet. Denne organiseringen er det til sammenligning få av de største kommunene som har valgt (11 %).

Når det gjelder hvor rusarbeidet er organisert kan vi peke på følgende hovedtrekk:

- I NAV - forekommer i 25 – 42 % av alle kommuner med inntil 50 000 innbyggere. Blant de største kommunene er det ingen som har oppgitt at rusarbeidet i sin helhet er organisert i NAV.
- Utenfor NAV - 50 % av de største kommunene har oppgitt at rusarbeidet enten er organisert utenfor NAV
- Både i og utenfor NAV – 50 % av de største kommunene har valgt denne organiseringen. Blant de minste kommunene, med under 5000 innbyggere, har nær halvparten organisert rusarbeidet både i og utenfor NAV.

Som nevnt er det en relativt stor andel av de største kommunene som har en egen enhet for rus og psykisk helsearbeid. Disse enhetene er med andre ord ikke organisert i NAV. Det at 50 % av de minste kommunene har organisert rusarbeidet både i og utenfor NAV, kan sees i sammenheng med at den vanligste organiseringsmodellen blant disse kommunene er at rusarbeidet er fordelt på flere enheter.

Vi viser til tabeller i vedlegg 9.1 for mer detaljerte oversikter over organisering fordelt på fylker og kommunestørrelse.

8. UTVIKLING I ÅRSVERK RETTET MOT KOMMUNALT RUSARBEID FRA 2010 TIL 2011

I dette kapittelet presenteres utviklingen i det kommunale rusarbeidet fra 2010 til 2011. tallene er basert på rapportering fra 368 kommuner/bydeler/tiltak som har rapportert på kommunalt rusarbeid begge år.

Det ble gjort en del endringer i spørreskjemaet som ble sendt ut i forbindelse med rapporteringen i 2011. Disse endringene har på den ene siden resultert i et bedre spørreskjema, og ble vurdert som nødvendige for at respondentene skal få en mest mulig riktig forståelse av hva som skal rapporteres på. På den andre siden har endringene medført at spørsmålsstilling og svaralternativer er såpass ulike at sammenligning av utvikling for 2010 og 2011 ikke lar seg gjøre på alle variabler. Formuleringer knyttet til rapportering på årsverk var uendret, med unntak av rapportering på årsverk fordelt etter utdanning. Fokus i dette kapittelet vil være på utviklingen i totalt antall innrapporterte årsverk, og innrapporterte årsverk fordelt på tjenester/tiltak.

Til slutt i kapittelet vil det presenteres hva kommunene har rapportert at de opplever som de største utfordringene ved det kommunale rusarbeidet.

Før vi går videre i kapittelet vil det skisseres noen overordnede funn fra utvikling i antall årsverk fra 2010 til 2011.

- ✓ Det har vært en stigning fra 2010 til 2011 på 255 årsverk (7 %) rettet mot rusarbeid i kommunene som har rapportert begge år.
- ✓ Den største positive utviklingen i antall årsverk har forekommet for tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne (24 %), med unntak av tjenester i kategorien "andre typer tjenester" (24 %).
- ✓ De fleste fylker har hatt en kapasitetsøkning fra 2010 til 2011. Det har vært størst økning i antall årsverk i Hordaland (25 %) og Aust-Agder (34 %). Samlet sett har vært en økning i antall årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid fra 2010 til 2011 blant alle kommunestørrelser.
- ✓ Følgende utfordringer viste seg å oppleves som fremtredende i en rekke kommuner:
 - Fremskaffe oversikt over rusmiddelavhengige i kommunene, og nå frem til dem
 - Mangel på ressurser
 - Fremskaffe boliger og gi tilstrekkelig oppfølging i bolig
 - Mangel på kompetanse i kommunen
 - Usikkerhet knyttet til lovverk relatert rusfeltet
 - Samarbeids- og samhandlingsutfordring
 - Ulike utfordringer knyttet til NAV

8.1 Utvikling i totalt antall årsverk fra 2010 til 2011

Det totale antallet årsverk i 2010 ble estimert til 3620, basert på en ekstrapolering av innrapporterte tall. Ekstrapoleringer for 2011⁶³ tyder på at det totale antallet årsverk til

⁶³ Ekstrapoleringen er gjort med utgangspunkt i rapportering fra 430 kommuner. Fra og med 1. januar 2012 er det 429 kommuner i Norge, hvilket skyldes sammenslåingen av Inderøy og Mosvik kommuner. Denne sammenslåing var ikke foretatt da kommunene rapporterte på rusarbeid i 2010 og 2011, og Inderøy kommune og Mosvik har derfor blitt bedt om å rapportere hver for seg for disse årene. Derfor er n=430 og ikke n=429 i tabell 1.

kommunalt rusarbeid i 2011 er omkring 4000⁶⁴. Dette tyder på at det er om lag 380 flere årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid i 2011 sammenlignet med 2010.

Denne økningen kan sannsynligvis til dels forklares ved opptrappingen på 70 mill kr. i bevilgede tilskuddsmidler til kommunalt rusarbeid fra 2010 til 2011, hvilket støtter opp om tilskuddets formål om å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet. Tilskuddsmidlene finansierer 22 % av årsverkene til kommunalt rusarbeid i 2011. Dette er en noe større andel enn i 2010, da 18 % av årsverkene ble finansiert av tilskudd.

Tabellene nedenfor viser antall årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid for 2010 og 2011 blant kommunene som har levert rapporteringen begge år.

Tabell 8-1: Totalt antall innrapporterte årsverk rettet mot rusarbeid i 2010 og 2011 (n=368).

	Årsverk		Utvikling
	2010	2011	
Totalt	3527	3782	255
Antall årsverk per 1000 innbygger	0,79	0,84	0,05

Tabell 8-1 viser en stigning fra 2010 til 2011 på 254,9 år årsverk rettet mot rusarbeid i kommunene som har rapportert begge år. Omregnet til prosent utgjør dette en økning på 7,2 %.

8.1.1 Utvikling i årsverk fordelt på tjenester

I tabell 8-2 presenteres utvikling fra 2010-2011 i antall årsverk fordelt etter tjenester i kommuner som har rapportert begge år.

Tabell 8-2: Totalt antall innrapporterte årsverk rettet mot rusarbeid i 2010 og 2011 fordelt etter tjenester/tiltak (n=368).

	Årsverk		Prosentvis utvikling fra 2010-2011
	2010	2011	
Andre typer tjenester	403	500	24 %
Tjenester/tiltak rettet mot ungdom og voksne	431	533	24 %
Lavterskel helsetjenester	174	185	6 %
Arbeids- og aktivitetsrettede tiltak	368	383	4 %
Ruskonsulenttjenester	849	852	0 %
Oppfølgingstjenester i boliger	1133	1094	-3 %
Oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak	264	234	-11 %
Totalt	3622	3782	4 %

Tabellen synliggjør at det har vært en kapasitetsutvikling innen de fleste tjenester fra 2010 til 2011. Det er særlig tjenester/tiltak rettet mot ungdom og voksne og andre typer tjenester som har økt i 2011, begge med 24 %. Imidlertid har årsverk til oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak og årsverk til oppfølgingstjenester i boliger hatt en nedgang i 2011 sammenlignet med 2010, på henholdsvis 11 % og 3 %.

8.1.2 Utvikling i årsverk fordelt etter fylke

I dette avsnittet presenteres utviklingen fra 2010-2011 i totalt antall innrapporterte årsverk fordelt etter fylke og kommunestørrelse.

⁶⁴ SINTEF har ekstrapolert tall for 24 kommuner som ikke hadde innrapportert årsverk i 2011, mens Rambøll ekstrapolerte tall for 72 kommuner som ikke hadde innrapportert årsverk i 2010. Det skal tas høyde for at det kan være forskjeller mellom hvordan ekstrapoleringen er gjort av Sintef og Rambøll.

Tabell 8-3: Totalt antall innrapporterte årsverk rettet mot rusarbeid i 2010 og 2011 fordelt etter fylker (n=368).

Fylker	Årsverk		Prosentvis utvikling fra
	2010	2011	
Aust-Agder (n=13)	74	99	34 %
Hordaland (n=27)	305	381	25 %
Nord-Trøndelag (n=24)	65	79	22 %
Troms (n=19)	136	155	14 %
Østfold (n=14)	160	181	13 %
Sogn og Fjordane (n=23)	43	49	12 %
Buskerud (n=14)	156	171	10 %
Hedmark (n=22)	112	121	8 %
Sør-Trøndelag (n=19)	224	242	8 %
Akershus (n=17)	217	231	6 %
Vest-Agder (n=15)	131	139	6 %
Oppland (n=22)	78	82	5 %
Vestfold (n=14)	135	142	5 %
Telemark (n=18)	161	168	4 %
Nordland (n=21)	149	154	3 %
Oslo (n=17)	794	811	2 %
Rogaland (n=23)	369	374	1 %
Finnmark (n=19)	73	73	0 %
Møre og Romsdal (n=27)	145	131	-10 %
Totalt	3527	3782	7 %

Tabell 8-3 viser at det har vært en økning i antall årsverk fra 2010 til 2011 i samtlige fylker, med unntak av Møre og Romsdal (- 10 %) og Finnmark (ingen endring). Det har vært størst økning i antall årsverk i Aust-Agder (34 %) og Hordaland (24,9 %).

8.1.3 Utvikling i årsverk fordelt etter kommunestørrelse

Tabell 8-4 presenterer utviklingen i totalt antall årsverk rettet mot rusarbeid i 2010 og 2011 fordelt etter kommunestørrelse.

Tabell 8-4: Totalt antall innrapporterte årsverk rettet mot rusarbeid i 2010 og 2011 fordelt etter kommunestørrelse (n=368).

Kommunestørrelse	Årsverk		Prosentvis utvikling fra 2010-2011
	2010	2011	
Under 2 000 (n=61)	49	56	14 %
2 000- 4 999 (n=96/94)	214	220	3 %
5 000- 9 999 (n=81)	345	364	6 %
10 000- 19 999 (n=52/54)	441	522	18 %
20 000- 50 000 (n=38)	731	800	9 %
Over 50 000 (n=13)	1748	1820	4 %
Totalt	3527	3782	7 %

Tabell 8-4 viser at det samlet sett har vært en økning i antall årsverk rettet mot kommunalt rusarbeid fra 2010 til 2011 blant alle kommunestørrelser. Ser vi på den prosentvise økningen, har kapasiteten økt mest i kommuner med 10 000 – 19 999 innbyggere (18 %), etterfulgt av kommuner med under 2000 innbyggere (14 %). Den største økningen i form av antall årsverk har vært i de største kommunene med over 50 000 innbyggere (totalt 72 årsverk), mens det har vært minst økning i årsverk fra 2010 til 2011 i kommunene med 2 000- 4 999 innbyggere (totalt 6 årsverk) og kommunene med under 2000 innbyggere (totalt 7 årsverk).

8.2 Utfordringer innen kommunalt rusarbeid

Til sist i rapporteringsskjemaet ble kommunene oppfordret til å beskrive hva de anså som de største utfordringene i det kommunale rusarbeidet. I det følgende presenteres de utfordringene som hyppigst ble trukket frem av kommunene. Kommunene hadde anledning til å oppgi flere utfordringer.

- 8.2.1 Utfordring 1: Samarbeids- og samhandlingsutfordring / Ansvars- og rollefordeling i kommunen
Så mye som 80 kommuner oppgir at en av de viktigste utfordringene knyttet til rusarbeid er samhandling og samarbeid innad i kommunen. Noen kommuner peker på at utfordringen ved at man blir pålagt samarbeid og at dette oppleves som vanskelig. På den andre siden er det kommuner som oppgir at problemet er for lite samarbeid internt i kommunen mellom ulike tjenester.

Blant kommuner som opplever å bli pålagt samarbeid med andre instanser trekkes det blant annet frem at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten oppleves som utfordrende ved at grensesnittet mellom tjenestene og ansvarsfordelingen fremstår som noe uklar.

Kommuner som derimot ønsker seg mer samarbeid argumenter for at mer samarbeid mellom avdelinger, etater og frivillige organisasjoner kan være avgjørende for å opprettholde og styrke det forebyggende arbeidet, samt arbeidet med å nå frem til de rusmiddelavhengige. I den forbindelse kan det trekkes frem at flere kommuner oppgir å ha ansatt en ruskoordinator som arbeider for å legge til rette for god samhandling og et godt samarbeid på tvers av enheter og tjenester/tiltak.

- 8.2.2 Utfordring 2: Boligsitjenester

74 kommuner nevner utfordringer knyttet til boligrelaterte tjenester som en av de største utfordringene i kommunene knyttet til rusarbeid. Flere kommuner viser til utfordringer med å fremskaffe boliger til rusmiddelavhengige, mens andre kommuner peker på behov for mer ressurser til å kunne yte oppfølgingstjenester i boligen. Det blir av flere kommuner fremhevet eksplisitt at det er behov for flere boliger med døgnbemanning.

- 8.2.3 Utfordring 3: Mangel på kompetanse

66 kommuner peker på manglende kompetanse blant rusarbeidere som en stor utfordring. Det er særlig etterspørsel etter personell med mer utdanning /erfaring knyttet direkte til rusarbeid. Det viser seg at det er særlig små kommuner med usentral beliggenhet som peker på et behov for mer kompetanse på rusfeltet. Enkelte kommuner viser også til at en nylig organisering av rustjenesten under NAV har gjort at kommunen får et større ansvar for oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Dette fører til et behov for mer kompetanse på rusfeltet, blant annet med hensyn til forståelse av relevante lov- og regelverk.

- 8.2.4 Utfordring 4: Fremskaffe oversikt over rusmiddelavhengige i kommunene, og nå frem til dem

I overkant av 60 kommuner oppgir at en av de største utfordringene i det kommunale rusarbeidet er og nå frem til brukerne. Flere kommuner peker i den sammenheng på at det utfordrende å få oversikt over brukergruppen, og å kartlegge dem. Kartlegging av brukere rapporteres å være spesielt krevende i kommuner med forholdsvis høyt innbyggertall, da det i disse kommunene er vanskeligere å få oversikt sammenlignet med hva som er tilfelle i mindre kommuner.

I forbindelse med manglende oversikt over rusmiddelavhengige er det flere kommuner som etterspør en felles kommunal oversikt over brukere i kommunen, hvilket det argumenteres for at kunne bidratt til å drive mer målrettet forebyggende arbeid. Flere kommuner trekker frem forbyggende arbeid som prekært, siden arbeidet i denne fasen har muligheten til å hindre en videre negativ utvikling i bruken av rusmidler blant dem som er i en tidlige faset av rusmiddelbruk.

- 8.2.5 Utfordring 5: Manglende ressurser

35 kommuner nevner eksplisitt at mangel på ressurser og tildeling av midler er noe av det mest utfordrende ved det kommunale rusarbeidet. Mangelen på ressurser påvirker på sin side evnen til å tilby rusmiddelavhengige et godt tjenestetilbud. Eksempelvis trekker en kommune frem at kommunens manglende ressurser gjør at kommunen i liten grad har anledning til å arbeide forebyggende. Noe overraskende ser det ikke ut til at mangelen på ressurser har noen sammenheng med hvorvidt kommunen har mottatt tilskudd eller ei. Blant kommunene som etterlyser mer midler, etterlyser noen kommuner økt kompetanse blant dem som arbeider med rus.

Noen kommuner oppgir at den største utfordringen er å få fulgt opp personer med rusmiddelproblemer i tilstrekkelig grad. Dette dreier seg gjerne om mangel på bemanning til å følge dem opp i bolig, men også mangel på bemanning til oppfølging av personer med rusmiddelproblemer i arbeid og annen aktivitet. Noen kommuner oppgir nettopp at den største utfordringen er å få personene i aktivitet og jobb. Som forutsetning for tilstrekkelige ressurser til denne typen arbeid står økonomiske rammer sentralt, men oppgaveprioritering spiller også inn på kommunenes evne til oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. I den forbindelse er det noen kommuner som stiller spørsmålsteget ved mengden ressurser NAV bruker på å fatte vedtak, og hevder at en del av tiden brukt til dette med fordel kunne vært benyttet til oppfølging og samtaler med personer med rusmiddelproblemer.

Enkelte kommuner trekker frem at det er en stor utfordring at man ikke har et godt nok lavterskeltilbud til rusutsatte i kommunen, og viser til manglende ressurser for å kunne tilby et slikt tilbud. Et av argumentene for å prioritere denne type tjeneste er at hvis det eksisterer et tilbud som brukerne finner meningsfylt, utover å motta sosialstønning og rent praktisk hjelp, så kan det bidra til at brukerne føler seg nyttige. Flesteparten av kommunene som etterlyser et bedre lavterskeltilbud er forholdsvis små kommuner og viser til mangel på kapasitet, og peker på at det i tilfeller må kjøpes tjenester (lavterskeltilbud) fra andre aktører.

8.2.6 Utfordringen 6: Usikkerheter knyttet til lovverk

Som det avslutningsvis nevnes i forrige punkt, oppgir enkelte kommuner et behov for mer kunnskap om eksisterende lovverk relatert til rusarbeid. Mangelen på kunnskap om lovverket listes av flere kommuner som en stor utfordring. Flere kommuner peker spesifikt på at den nye Helse- og omsorgstjenesteloven er en utfordrende å forholde seg til. En konkret utfordring som vises til, er at Helse- og omsorgstjenesteloven i liten grad reflekterer det sosialfaglige perspektivet i det kommunale rusarbeidet, da det gamle lovverket hovedsakelig forankret disse tjenestene i Sosialtjenesten. Det argumenteres blant annet med at dersom det kommunale rusarbeidet blir definert som en pleie- og omsorgstjeneste, dominert av medisinsk personell, vil det kunne være uheldig.

Det vises også til at den tidligere loven om sosiale tjenester ga et tydeligere mandat enn nåværende lovgivning, og at tjenester til rusmiddelmissbrukere i liten grad er spesifisert i det nye lovverket. En kommune mener det er problematisk at "sosialt arbeid" ikke er nevnt i den nye loven, og at begrepet "sosial" har falt ut fra både tittel og innhold. Dette oppfattes som problematisk da det kan bidra til å usynliggjøre det arbeidet som gjøres i Sosialtjenesten i de forskjellige kommunene.

8.2.7 Utfordring 7: NAV

Et fåtall kommuner nevner spesifikt utfordringer knyttet til NAV som har en negativ innvirkning på det kommunale rusarbeidet. Utfordringene beskrives lite konkret, men det er en del generelle antydninger blant kommunene om at utfordringen er knyttet til samarbeidet mellom NAV og den øvrige kommunetjenesten. Enkelte kommuner viser til at oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og NAV er problematisk, mens andre kommuner peker på at omstruktureringen av NAV har ført til utfordringer ved at hovedansvaret for rus er underlagt NAV, mens det faktiske arbeidet foregår andre steder. Andre kommuner peker på at ansvarsområder ofte er uklart definert, og at det er til tider uklart hvem som skal gjøre hva. Andre utfordringer som nevnes er knyttet til NAVs krav om "disiplin", dokumentasjon og oppmøte, noe som kan være vanskelig for de rusmiddelavhengige å forholde seg til. Enkelte kommuner argumenterer også for at rusarbeidet er for viktig til å bli underlagt NAV, da NAV blir målt ut i fra å få folk i arbeid, mens rusarbeid i hovedsak dreier seg om rehabilitering og behandling. De nevnte utfordringene synes å være uavhengig av faktorer som kommunestørrelse eller innbyggertall.

9. VEDLEGG

9.1 Tabeller – Organisering fordelt på fylke og kommunestørrelse

I følgende tabell presenteres hvorledes kommunene har organisert arbeidet med personer med rusmiddelproblemer fordelt etter fylke.

Tabell 9-1: Hvordan er kommunenes arbeid med personer med rusmiddelproblemer organisert? Fordelt etter fylke, 2011 (n=432)

Fylke	Egen enhet for rusrelatert arbeid	Egen enhet for både rusarbeid og psykisk helsearbeid	Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter	Rusarbeidet er fordelt på flere enheter	Annen organisering	Vet ikke
Akershus (n=21)	10 %	24 %	29 %	19 %	19 %	0 %
Aust-Agder (n=14)	14 %	29 %	7 %	36 %	14 %	0 %
Buskerud (n=17)	6 %	35 %	12 %	24 %	24 %	0 %
Finnmark (n=19)	0 %	37 %	21 %	26 %	16 %	0 %
Hedmark (n=22)	5 %	0 %	50 %	36 %	9 %	0 %
Hordaland (n=42)	7 %	14 %	24 %	45 %	10 %	0 %
Møre og Romsdal (n=32)	0 %	9 %	34 %	44 %	13 %	0 %
Nordland (n=41)	2 %	34 %	15 %	29 %	20 %	0 %
Nord-Trøndelag (n=24)	0 %	42 %	17 %	29 %	8 %	4 %
Oppland (n=24)	0 %	17 %	8 %	58 %	17 %	0 %
Oslo (n=17)	0 %	12 %	41 %	41 %	6 %	0 %
Rogaland (n=25)	4 %	28 %	28 %	32 %	8 %	0 %
Sogn og Fjordane (n=24)	4 %	13 %	33 %	33 %	17 %	0 %
Sør-Trøndelag (n=22)	9 %	23 %	27 %	23 %	18 %	0 %
Telemark (n=18)	6 %	28 %	28 %	28 %	6 %	6 %
Troms (n=25)	0 %	20 %	24 %	40 %	12 %	4 %
Vest-Agder (n=15)	0 %	13 %	47 %	20 %	20 %	0 %
Vestfold (n=14)	0 %	43 %	29 %	21 %	0 %	7 %
Østfold (n=16)	0 %	50 %	38 %	0 %	13 %	0 %
Totalt (n=432)	3 %	24 %	26 %	33 %	13 %	1 %

I følgende tabell presenteres hvorledes kommunene har organisert arbeidet med personer med rusmiddelproblemer fordelt etter kommunestørrelse.

Tabell 9-2: Hvordan er kommunenes arbeid med personer med rusmiddelproblemer organisert? Fordelt på kommunestørrelse, 2011 (n=432)

Kommunestørrelse	Egen enhet for rusrelatert arbeid	Egen enhet for både rusarbeid og psykisk helsearbeid	Egen enhet, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter	Rusarbeidet er fordelt på flere enheter	Annen organisering	Vet ikke
Under 2 000 (n=89)	1 %	17 %	15 %	39 %	26 %	2 %
2 000- 4 999 (n=120)	2 %	27 %	25 %	36 %	11 %	0 %
5 000- 9 999 (n=86)	2 %	21 %	34 %	30 %	10 %	2 %
10 000- 19 999 (n=60)	5 %	32 %	30 %	20 %	13 %	0 %
20 000- 50 000 (n=59)	10 %	15 %	31 %	39 %	5 %	0 %
Over 50 000 (n=18)	6 %	50 %	28 %	11 %	6 %	0 %
Totalt (n=432)	3 %	24 %	26 %	33 %	13 %	1 %

I følgende tabell presenteres fylkesvise forskjeller når det gjelder hvorvidt rusarbeidet er organisert i NAV (31 %), utenfor NAV (29 %), eller både i og utenfor NAV (39 %).

Tabell 9-3: Hvor i kommunen er arbeidet med personer med rusmiddelproblemer hovedsakelig organisert? Fordelt etter fylke, 2011 (n=432)

Fylke	I NAV	Utenfor NAV	Både i og utenfor NAV	Vet ikke
Akershus (n=21)	43 %	48 %	10 %	0 %
Aust-Agder (n=14)	7 %	36 %	57 %	0 %
Buskerud (n=17)	41 %	47 %	12 %	0 %
Finnmark (n=19)	21 %	32 %	47 %	0 %
Hedmark (n=22)	41 %	14 %	45 %	0 %
Hordaland (n=42)	40 %	12 %	48 %	0 %
Møre og Romsdal (n=32)	31 %	13 %	56 %	0 %
Nordland (n=41)	17 %	49 %	32 %	2 %
Nord-Trøndelag (n=24)	8 %	50 %	42 %	0 %
Oppland (n=24)	21 %	13 %	67 %	0 %
Oslo (n=17)	59 %	6 %	35 %	0 %
Rogaland (n=25)	24 %	44 %	32 %	0 %
Sogn og Fjordane (n=24)	58 %	8 %	33 %	0 %
Sør-Trøndelag (n=22)	45 %	23 %	32 %	0 %
Telemark (n=18)	17 %	28 %	56 %	0 %
Troms (n=25)	24 %	36 %	32 %	8 %
Vest-Agder (n=15)	47 %	27 %	27 %	0 %
Vestfold (n=14)	14 %	50 %	29 %	7 %
Østfold (n=16)	38 %	38 %	25 %	0 %
Totalt (n=432)	31 %	29 %	39 %	1 %

9.2 Rapporteringsskjema

Her følger spørsmålene som kommunene ble bedt om å rapportere på. Først presenteres spørsmålene som samtlige kommuner ble bedt om å rapportere på, uavhengig av hvorvidt de mottok tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2011 (skjema 1). Deretter presenteres spørsmålene som kun kommuner som mottok tilskudd til kommunalt rusarbeid skulle rapportere på (skjema 2).

Har kommunen i 2011 disponert statlig midler til årsverk under tilskuddsordningen "Tilskudd til kommunalt rusarbeid" (kap. 763 post 61)? Vi gjør oppmerksom på at kommuner som har overført tilskuddsmidler fra 2010 til 2011 skal svare "Ja" på dette spørsmålet. Dersom det rapporteres på eget tiltak (f. eks Legevakten, Utekontakten eller Rusmiddeletaten) som har mottatt tilskuddsmidler skal det svares "JA" på dette spørsmålet.

- Ja
- Nei

Kommunen har mottatt tilskuddsmidler:

- Til kommunen, og ikke i forbindelse med et interkommunalt samarbeid.
- I forbindelse med et interkommunalt samarbeid hvor kommunen er vertskommune. (Med vertskommune menes kommuner som søker om og mottar tilskudd, og som er rapporteringspliktige).
- I forbindelse med et interkommunalt samarbeid hvor kommunen **ikke** er vertskommune. (Med vertskommune menes kommuner som søker om og mottar tilskudd, og er rapporteringspliktige).

Beregning av antall årsverk knyttet til kommunens rusarbeid.

I denne sammenheng viser "kommunalt rusarbeid" til tidlig intervensjon, rehabilitering, behandling, herunder henvisning til spesialisthelsetjenesten, og oppfølging før, under og etter behandling.

Kommuner som ikke mottar tilskuddsmidler skal rapportere på samtlige årsverk knyttet til kommunens rusarbeid.

Tilskuddskommuner skal rapportere på samtlige årsverk (inkludert årsverk finansiert av tilskudd og andre finansieringsordninger) knyttet til kommunens rusarbeid.

SVARENE SKAL OPPGIS MED ÉN DESIMAL (f. eks 2,0/1,0/0,1)

Beregning av årsverk: Ta utgangspunkt i en representativ uke, fortrinnsvis uke 49, når årsverk beregnes. Dersom situasjonen i uke 49 ikke var representativ, vennligst velg en annen uke og legg inn merknad om dette i kommentarfeltet. Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte og antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte.

Når det gjelder personer som jobber med både psykisk helse og rus er det kun aktivitet knyttet til rusarbeid som skal regnes med. For eksempel om en ansatt jobber 100 % med personer som har både psykiske helseproblemer og rusproblemer, må kommunen oppgi et estimat på andel av stillingen som går til arbeid med personer med rusmiddelproblemer.

Følgende skal tas med:

Faste ansatte (Ved fravær utover 4 måneder hvor det er ansatt vikar, må vikarens årsverk rapporteres og ikke den fast ansattes årsverk) Vikarer, ekstrahjelper og ansatte i engasjementer (Forutsatt at ansettelsesforholdet har varighet over 4 måneder)

Følgende skal ikke tas med:

Ansatte i svangerskapspermisjon. Overtid.

NB! Det kan være tilfeller hvor ett årsverk dekker flere av tjenesteområdene/tiltakene som er listet opp nedenfor.

Årsverk fordelt etter type tjenester/tiltak: For ansatte som arbeider med oppgaver som faller inn under ulike spørsmål i skjemaet fordeles årsverkene forholdsmessig mellom de ulike oppgavene (f.eks. 0,2 årsverk/0,5 årsverk osv.)

Antall årsverk totalt i kommunen rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer

1. Antall årsverk totalt i kommunen rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer: (Årsverk som er rettet mot flere brukergrupper skal telles med der hvor minst 10 % av en stilling benyttes til arbeid rettet inn mot mennesker med rusmiddelproblemer)

Årsverk fordelt etter type tjenester/tiltak

2. Hvor mange årsverk ytes til oppfølgingstjenester i bolig? (Gjelder oppfølgingstjenester/hjemmetjenester i egen bolig og i kommunale bo- og omsorgstilbud med fast bemanning, herunder heldøgntilbud. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 6)
3. Hvor mange årsverk ytes til lavterskel helsetjenester? (Gjelder lavterskel helsetiltak med et klart helse/skadereducerende formål, f. eks prøvetaking, vaksinasjon, sprøyteutdeling, sårstell, ernæringstiltak mv. Lavterskeltilbud som varmestuer, kafèer og møtesteder uten helsetilbud skal ikke tas med her, men under spm. 4. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 6)
4. Hvor mange årsverk ytes til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak? (Gjelder årsverk for kommunalt ansatte som tilrettelegger for, og yter kommunale arbeids- og/eller aktivitetstiltak, møtesteder/kafèer, fritids- og kulturtiltak, lavterskeltiltak mv. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 6)
5. Hvor mange årsverk ytes til oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak? (Gjelder tiltak som ambulante/tverrfaglige team, utekontakt og annen type oppsøkende arbeid. Oppfølgingstjenester/hjemmetjenester i bolig skal ikke registreres her, men under spm. 2. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 6.)
6. Hvor mange årsverk ytes til tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne? (Her menes tiltak rettet spesielt mot personer i alderen 15-25 år som oppsøkende virksomhet, arbeids- og/eller aktivitetstiltak, tidlig intervensjonstiltak for unge i risiko evt andre tiltak som kan defineres nærmere i kommentarfeltet.)
7. Hvor mange årsverk ytes til ruskonsulenttjenester? (Gjelder generelle ruskonsulenttjenester som råd og veiledning, kartlegging, støttesamtaler, ansvarsgrupper, koordineringsoppgaver, henvisning til behandling i spesialisthelsetjenesten, oppfølging før, under og etter behandling og/eller fengselsopphold mv. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 6)
8. Hvor mange årsverk ytes til andre typer tjenester som ikke er nevnt her? (type tjeneste kan spesifiseres i kommentarfelt)

Årsverk fordelt etter type utdanning

I spørsmålene 9-17 ber vi deg om å fordele årsverkene som er oppgitt ovenfor etter hvilken utdanning personellet har. Det er laget samlekategorier som omfatter ulike utdanninger. **MERK:**

Ved fravær utover 4 måneder hvor det er ansatt vikar, må vikarens utdanning registreres (ikke den faste ansattes utdanning). Med videreutdanning menes utdanning med minst ett års normert studietid. SVARENE SKAL OPPGIS MED ÉN DESIMAL. Hvor mange av årsverkene til kommunalt rusarbeid utføres av personer med.....

9. ...ufaglært personell?
10. ...faglig relevant videregående opplæring?
11. ...helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid?
12. ...helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid?
13. ...annen relevant høgskoleutdanning?
14. ...relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger)?
15. ...psykologer?
16. ...leger
17. ...annen utdanning (vennligst spesifiser i kommentarfeltet)?
18. Sum antall årsverk (summen skal stemme overens med antall årsverk totalt i spørsmål 1 og i spørsmål 9-17)

Beskrivelse av kvalitet og innretning innen kommunalt rusarbeid

Spørsmålene 19-26 omhandler kvalitet og innretning innen kommunens arbeid med personer med rusmiddelproblemer.

19. Har kommunen foretatt en kartlegging av antall personer som grunnet sitt rusmiddelproblem har behov for kommunale tjenester?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

19a. Hvor omfattende var kartleggingen som ble gjennomført? (Vennligst spesifiser i kommentarfeltet hvordan kartleggingen ble utført, og hvilke målgrupper som ble kartlagt)

- Hele brukergruppen
- Deler av brukergruppen
- Vet ikke

19b. Hvor mange personer med rusmiddelproblemer ble registrert? (Vennligst spesifiser i kommentarfeltet hvilke grupper som ble registrert)

19c. Anslå hvor mange personer med rusmiddelproblemer i kommunen som har behov for kommunale tjenester:

20. Har kommunen utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som beskriver tiltak og målsettinger for det kommunale rusarbeidet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- En helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan er under planlegging

20a. Hvor ofte vil den helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplanen revideres?

- Hvert år
- Hvert 2. år
- Hvert 4. år
- Sjeldnere enn hvert 4. år
- Det er ikke planlagt å revidere planen

20b. Er kommunalt rusarbeid eventuelt forankret i en annen type kommunal plan enn en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan? (vennligst utdyp hva slags type plan dette er i kommentarfeltet)

- Ja
- Nei
- En kommunal plan er under planlegging
- Vet ikke

21. Har kommunen gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukerne av tjenester innenfor kommunalt rusarbeid? (Vennligst spesifiser hvilken metode som ble benyttet og hvilke type tjenester brukerundersøkelsen ble rettet mot)

- Ja, i hele kommunen
- Nei
- Brukerundersøkelse/r er under planlegging
- Vet ikke
- Ja, i forbindelse med ett eller flere tiltak/tjenester

22. Har kommunen skriftlige rutiner for arbeidet med individuell plan til personer med rusmiddelproblemer? (Hvis kommunen har slike skriftlige rutiner vennligst beskriv dem i kommentarfeltet)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

23. Anslå hvor mange tjenestemottakere med rusmiddelproblemer som har fått utarbeidet individuell plan (antall):

24. Hvordan vil du beskrive samhandlingen om personer med rusmiddelproblemer i kommunen?

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Mindre god
- Dårlig
- Vet ikke

25. Har kommunen en plan for kompetanseheving blant personell som arbeider med personer med rusmiddelproblemer?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- En satsning på kompetanseheving er under planlegging

26. Har kommunen de siste år kjøpt tjenester av private aktører eller andre (for eksempel andre kommuner) til oppfølging/behandling av personer med rusmiddelproblemer? (Spesifiser gjerne i kommentarfeltet hvem kommunen har kjøpt tjenester av, og hvilke typer tjenester som er kjøpt)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

26a. Angi samlet kostnad for dette (Beløpet må oppgis i hele 1000 kroner).

Organisering av tjenestene til personer med rusmiddelproblemer

I spørsmålene 27a og 27b ønsker vi informasjon om hvordan tjenestene til personer med rusmiddelproblemer er organisert i kommunen.

Vennligst kryss av for den beskrivelse som stemmer best overens med din kommunes organisering. Dersom ingen av beskrivelsene passer, vennligst skisser kort din beskrivelse under "Annen organisering"

27a. Hvordan er kommunenes arbeid med personer med rusmiddelproblemer organisert? (Beskriv gjerne hvordan dette arbeidet er organisert i kommentarfeltet)

- Det kommunale rusarbeidet er organisert i en egen enhet/tjeneste for rusrelatert arbeid
- Det kommunale rusarbeidet er organisert i en egen enhet/tjeneste for både rusarbeid og psykisk helsearbeid
- Rusarbeidet er organisert i en egen enhet/tjeneste, men det utføres også rusarbeid ved andre enheter/tjenester i kommunen
- Rusarbeidet er fordelt på flere enheter/tjenester, og kan ikke sies å være organisert i en egen enhet
- Annen organisering
- Vet ikke

Vi vil gjerne vite i hvilken grad NAV er en aktiv aktør i kommunens rusarbeid

27b. Hvor i kommunen er arbeidet med personer med rusmiddelproblemer hovedsakelig organisert?

- I NAV
- Utenfor NAV
- Både i og utenfor NAV
- Vet ikke

Rapportering for tilskudd til kommunalt rusarbeid (kap. 763 post 61): Kun kommuner som mottar tilskudd til kommunalt rusarbeid skal fylle ut denne delen av rapporteringen

Tilskudd til kommunalt rusarbeid (kap. 763 post 61)

De neste spørsmålene skal gi en samlet fremstilling av hva kommunen har disponert i 2011 av statlige midler til årsverk under tilskuddsordningen "Tilskudd til kommunalt rusarbeid" (kap. 763 post 61)

Kommuner som mottar tilskudd i flere tiltak over ordningen skal i det følgende avgi en samlet rapportering for alle tiltakene.

NB! Eventuelle tilskudd under andre statlige tilskuddsordninger, for eksempel i forbindelse med boligsosialt arbeid eller bekjempelse av barnefattigdom, skal ikke registreres.

Tilskudd (kap. 763 post 61) til årsverk i 2011:

SVARENE SKAL OPPGIS I HELE 1000 KRONER.

28. Tilskudd for 2011 som går til årsverk

29. Tilskudd overført fra 2010 som går til årsverk

30. Hvilket beløp er fylkesmannen informert om at kommunen vil overføre til 2012 (som skal gå til årsverk)?

31. Sum disponibelt tilskudd for 2011 som går til årsverk. Her summeres punkt 28 og 29.

Tilskudd (kap. 763 post 61) til andre formål enn årsverk

Kommunale lavterskel helsetiltak som i 2011 har mottatt midler til tannhelsetiltak, medisinsk materiell for sårstell, sprøyter og andre driftsutgifter. Legg beløpet til slike utgifter inn under spørsmål 32-33.

Tilskudd (kap. 763 post 61) i 2011 til andre formål enn årsverk:

SVARENE SKAL OPPGIS I HELE 1000 KRONER.

32. Tilskudd for 2011 til andre formål enn årsverk

33. Tilskudd overført fra 2010 til andre formål enn årsverk

34. Hvilket beløp har kommunen informert fylkesmannen om at vil overføres til 2012 (som skal gå til andre formål enn årsverk)?

35. Sum disponibelt tilskudd for 2011 til andre formål enn årsverk. Her summeres punkt 32 og 33.

Vennligst spesifiser her hva tilskudd som ikke er benyttet til årsverk er brukt til. Det kan for eksempel være midler til tannhelsetiltak, medisinsk materiell for sårstell, sprøyter og andre driftsutgifter.

Bruk av tilskudd til kommunalt rusarbeid. Gjelder kun ordningen "Tilskudd til kommunalt rusarbeid" (kap. 763 post 61)

Tilskudd til kommunalt rusarbeid brukes til årsverk for oppbygging av kapasitet i kommunenes rusarbeid. Spørsmålene 36-43a omhandler antall årsverk som er finansiert av tilskuddsmidler, og hvilke typer tjenester/tiltak årsverkene fordeler seg over.

Beregning av årsverk: Ta utgangspunkt i en representativ uke, fortrinnsvis uke 49, når årsverk beregnes. Dersom situasjonen i uke 49 ikke var representativ, vennligst velg en annen uke og legg inn kommentar om dette i kommentarfeltet. Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte og antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte.

Følgende skal tas med:

Faste ansatte (Ved fravær utover 4 måneder hvor det er ansatt vikar, må vikarens årsverk rapporteres og ikke den fast ansattes årsverk) Vikarer, ekstrahjelper og ansatte i engasjementer (forutsatt at ansettelsesforholdet har varighet over 4 måneder)

Følgende skal ikke tas med:

Ansatte i svangerskapspermisjon Overtid

NB! Det kan være tilfeller hvor ett årsverk dekker flere av tjenesteområdene/tiltakene som er listet opp nedenfor.

Årsverk fordelt etter type tjenester/tiltak: For ansatte som arbeider med oppgaver som faller inn under ulike spørsmål i skjemaet fordeles årsverkene forholdsmessig mellom de ulike oppgavene (f.eks. 0,1 årsverk/0,5 årsverk osv.)

Antall årsverk totalt i kommunen rettet mot tjenester til personer med rusmiddelproblemer finansiert av tilskudd til rusarbeid

36. Antall årsverk totalt finansiert av tilskudd til kommunalt rusarbeid: (Det kan være tilfeller hvor ett årsverk dekker flere av tjenesteområdene/tiltakene som er listet opp nedenfor. For ansatte med arbeidsoppgaver som faller inn under like spørsmål i skjemaet, fordeles årsverkene forholdsmessig mellom de ulike oppgavene.)

Årsverk finansiert av tilskudd til rusarbeid fordelt etter type tjeneste/tiltak

37. Hvor mange årsverk ytes til oppfølgingstjenester i bolig? (Gjelder oppfølgingstjenester/hjemmetjenester i egen bolig og i kommunale bo- og omsorgstilbud med fast bemanning, herunder heldøgntilbud. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 41)

38. Hvor mange årsverk ytes til lavterskel helsetjenester? (Gjelder lavterskel helsetiltak med et klart helse/skadereduserende formål, f. eks prøvetaking, vaksinasjon, sprøyteutdeling, sårstell, ernæringstiltak mv. Lavterskeltilbud som varmestuer, kafeer og møtesteder uten helsetilbud skal ikke tas med her, men under spm. 39. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 41)

39. Hvor mange årsverk ytes til arbeids- og aktivitetsrettede tiltak? (Gjelder årsverk for kommunalt ansatte som tilrettelegger for, og yter kommunale arbeids- og/eller aktivitetstiltak, møtesteder/kafèer, fritids- og kulturtiltak, lavterskeltiltak mv. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 41)

40. Hvor mange årsverk ytes til oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak? (Gjelder tiltak som ambulante/tverrfaglige team, utekontakt og annen type oppsøkende arbeid. Oppfølgingstjenester/ hjemmetjenester i bolig skal ikke registreres her, men under spm. 37. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under

spm. 41)

41. Hvor mange årsverk ytes til tjenester/tiltak rettet mot ungdom og unge voksne? (Her menes tiltak rettet spesielt mot personer i alderen 15-25 år som oppsøkende virksomhet, arbeids- og/eller aktivitetstiltak, tidlig intervensjonstiltak for unge i risiko evt andre tiltak som kan defineres nærmere i kommentarfeltet.)

42. Hvor mange årsverk ytes til ruskonsulenttjenester? (Gjelder generelle ruskonsulenttjenester som råd og veiledning, kartlegging, støttesamtaler, ansvarsgrupper, koordineringsoppgaver, henvisning til behandling i spesialisthelsetjenesten, oppfølging før, under og etter behandling og/eller fengselsopphold mv. Tiltak rettet spesielt mot unge i aldersgruppen 15-25 år skal ikke registreres her, men under spm. 41)

43. Hvor mange årsverk ytes til andre typer tjenester som ikke er nevnt her? (type tjeneste kan spesifiseres i kommentarfelt)

43a. Sum antall årsverk (summen skal stemme overens med antall årsverk totalt i spørsmål 36.I tillegg må summen stemme overens med summen av de tall som ble angitt i spørsmål 37 til 43)

Om tjenesten/tiltaket

44. Antall brukere som har benyttet tjenestene/tiltakene som er finansiert av tilskuddsmidler

45. Antall brukere i tjenesten(e)/tiltak(ene) som har fått utarbeidet individuell plan som er finansiert av tilskuddsmidler

Om planverk og brukertilfredshet

46. Er tjenesten(e)/tiltak(ene) som er finansiert av tilskuddsmidler forankret i rusmiddelpolitisk handlingsplan eller annet kommunalt planverk?

- Ja, i en rusmiddelpolitisk handlingsplan
- Ja, i et annet kommunalt planverk
- Nei
- Er under planlegging
- Vet ikke

47. Er det gjennomført undersøkelser om brukertilfredshet i tjenesten(e)/tiltak(ene) som er finansiert av tilskuddsmidler?

- Ja
- Nei
- Er under planlegging
- Vet ikke

Årsverk fordelt etter utdanning. Gjelder kun årsverk finansiert av midler under ordningen "Tilskudd til kommunalt rusarbeid" (kap. 763 post 61)

I spørsmålene 48-56a. ber vi om å fordele årsverkene som er oppgitt i spørsmål 37-43 etter hvilken utdanning personellet har. Det er laget samlekategorier som omfatter ulike utdanninger.

MERK: Ved fravær utover 4 måneder hvor det er ansatt vikar, må vikarens utdanning registreres (ikke den faste ansattes utdanning). Med videreutdanning menes utdanning med minst ett års normert studietid.

SVARENE SKAL OPPGIS MED ÉN DESIMAL (f.eks. 2,0/1,0/0,5)

Hvor mange av årsverkene til kommunalt rusarbeid finansiert av tilskuddsmidler utføres av personer med....

48. ...ufaglært personell?

49. ...faglig relevant videregående opplæring?

50. ...helse/sosialfaglig høgskoleutdanning uten videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid?

51. ...helse/sosialfaglig høgskoleutdanning med videreutdanning i rus og/eller psykisk helsearbeid??

52. ...annen relevant høgskoleutdanning?

53. ...relevant universitetsutdanning (utenom psykologer og leger)?

54. ...psykologer?

55. ...leger?

56. ...annen utdanning? (vennligst spesifiser i kommentarfeltet)

56a. Sum antall årsverk (summen skal stemme overens med antall årsverk oppgitt i spørsmål 36)

Hva er de viktigste utfordringene for rusarbeid i din kommune i forhold til fag, brukere, organisering, lovverk og lignende? Svar med fritekst i feltet under.