

**Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for
rusmiddelmisbrukere:**

Klientkartleggingsdata.

Rapport for 2003.

*Erik Iversen
Stiftelsen Bergensklinikkene*

Bearbeidet av Grethe Lauritzen og Astrid Skretting

SIRUS

1. Innledning

Stiftelsen Bergensklinikkene har fra 1. mars 1997 bistått det tidligere Rusmiddeldirektoratet og fra 2001 SIRUS med å implementere og drive klientkartleggingssystemet i tiltak for rusmiddelmissbrukere, som ledd i Nasjonalt dokumentasjonssystem. Arbeidet har vært gjennomført i nært samarbeid med oppdragsgiver og en nasjonal arbeidsgruppe bestående av representanter fra oppdragsgiver, hvert av kompetansesentrene og Rusmiddeletaten i Oslo. Skjema og veiledning til skjema, er utviklet i løpet av oppdragsperioden. Fjerde utgave, tilpasset endringer som følge av rusreformen, forelå i april 2005.

2. Om klientkartleggingssystemet

2.1 Systemets målsetning

Formålet med pasient/klientkartleggingssystemet kan sammenfattes i 5 punkter:

1. Standardisert pasient/klientregistrering ved alle behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere.
2. Standardiserte tilbakemeldinger/årsrapporter for tiltak for rusmiddelmissbrukere.
3. Bedre kjennskap til pasient/ klientgrupper.
4. Gi grunnlag for nasjonale og regionale pasient-/klientoversikter.
5. Gi grunnlag for rapportering til det europeiske overvåkingssenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA).

Klientkartleggingssystemet besto i 2003 av: Klientkartleggingsskjema, veileder, elektronisk programvare for dataregistrering og optelling, arbeidsgruppe og regionale brukersamlinger.

2.2 Klientkartleggingsskjemaet og veileder

Formålet med Klientkartleggingsskjemaet er å sikre sammenlignbare data for henvendelser og inntak ved alle behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere. Det er svært viktig å sikre en mest mulig ensartet forståelse av de registreringsvariablene som inngår i kartleggingsskjemaet. En slik forståelse ligger nedfelt i veiledningen til skjema. Først gjennom et standardisert kartleggingsinstrument, og med en ensartet forståelse av registreringsvariablene, kan en sammenligne data fra de enkelte tiltak og regioner.

2.2.1 Skjemaet

Klientkartleggingsskjemaet er bearbeidet i den nasjonale arbeidsgruppen med tanke på:

- hensiktsmessig rekkefølge av variabler sett i forhold til registreringsrutiner i et kontaktforløp.
- entydighet i variablene
- utfyllende svarkategorier
- forståelse av variablene
- brukervennlig utforming

For å lykkes i å implementere og utvikle et nasjonalt klientkartleggingssystem, har det vært lagt vekt på minst mulig endring av variabler. Skjemaet har likevel vært gjenstand for tre mindre justeringer, i 1997, 1998 og 2002, og to mer omfattende revisjoner: Fra januar 2001 ("blått" skjema), og fra mai 2005 ("rødt" skjema). Klientkartleggingsskjema er trykket i fire utgaver.

2.2.2 Elektronisk dataregistrering

I 1999 ble det inngått avtale mellom Rusmiddeldirektoratet og firmaet HK-data om innkjøp og distribusjon av dataprogrammet ELEKKTRA. Avtalen ble fra 2001 overtatt av SIRUS. ELEKKTRA er et program som tilrettelegger for registrering av data fra Klientkartleggingsskjema elektronisk, og for forskjellige måter å hente ut data og rapporter. I denne sammenhengen er den viktigste rapportfunksjonen enkelt å kunne ta ut den årlige opptellingen av henvendelser og inntak som skal aggregeres i klientkartleggingssystemet. ELEKKTRA er bygget opp slik at det, i tillegg til de funksjonene som direkte angår klientkartleggingsdata, kan fungere som et klientadministrativt system, for registrering av pasient-/klientforløp i tiltaket, også der tiltaket har mer enn én avdeling. Som en del av avtalen er det distribuert én brukerlisens til alle tiltakene, med mulighet for kjøp av ytterligere lisenser. ELEKKTRA er også integrert i Rusdata, som er et fullstendig pasientadministrativt datasystem tilrettelagt for tiltak for rusmiddelmissbrukere, med integrerte moduler for journalføring, brevjournal, avtaleadministrasjon, økonomimodul, prøvetaking, og skåring og behandling av tester.

2.2.3 Veilederen

Veilederen er utviklet som et oppslagsverk av faglig karakter, med utdypende forklaringer av de enkelte spørsmål. Gjennom veilederen gis det definisjoner på ord og begreper, og veilederen skal til enhver tid gjenspeile spørsmål og svarkategorier, så vel som en forståelse av hvordan klientkartleggingen skal gjennomføres.

Uklarheter er meldt tilbake til arbeidsgruppens medlemmer direkte eller gjennom opplæringsrundene. Arbeidsgruppen har fortløpende drøftet spørsmål og uklarheter og foretatt justeringer av veileder. Veilederen er trykket i fire utgaver.

Standardiseringen i ordbruk og ordforståelse i Klientkartleggingsskjema og veilederen er viktig for å sikre høy validitet og for å kunne gjøre registreringene mest mulig sammenlignbare. Et ledd i kvalitetssikringsarbeidet har derfor vært opplæring til brukerne av systemet; fagpersoner, administrativt og merkantilt personell i de ulike tiltakene. Brukersamlingene har omfattet opplæring både i forståelse og bruk av skjema og veileder, i bruk av dataprogrammet ELEKKTRA, og i hvordan systemet kan brukes til rapportering av data internt i tiltakene. De har også vært forum for diskusjoner og tilbakemeldinger fra feltet. Dette har som nevnt over, vært svært viktig for videre utvikling av systemet.

Stiftelsen Bergensklinikkene sammen med SIRUS og kompetansesentrene i rusfeltet, er ansvarlig for å gi støtte til brukerne av klientkartleggingsskjemaet. Kontaktpersoner er oppført i veilederen. Kontaktpersonene deltar i den nasjonale arbeidsgruppen og er derigjennom kjent med det nasjonale dokumentasjonssystemet, så vel med helheten som med enkeltheter innenfor klientkartleggingssystemet.

2.3 Datainnsamling og organisering

For at Klientkartleggingssystemet skal fungere som tiltenkt, både for det nasjonale dokumentasjonssystemet og for det enkelte tiltak, må det innarbeides i det enkelte tiltaks organisasjon og rutiner. Følgende retningslinjer har vært sentrale i dette arbeidet:

- Det er store variasjoner når det gjelder hvilke systemer de enkelte tiltak har for å oppbevare innsamlete data. Det enkelte tiltak må utarbeide en plan for hvordan innsamlete data skal oppbevares for å sikre mot innsyn fra uvedkommende. Samtidig må det tas hensyn til at de innsamlete data skal kunne brukes i klinisk arbeid, for opptellinger til eget formål, og for opptellinger til det nasjonale dokumentasjonssystemet. De enkelte tiltak er så vidt forskjellig organisert at det ikke er mulig å lage en overordnet nasjonal plan for hvordan dette skal gjøres i detalj.
- Data må kontrolleres der hvor de samles inn og registreres. Det enkelte tiltak som mottar henvendelsene og som møter pasientene/klientene, har best forutsetninger og muligheter til å kontrollere at de registrerte dataene er riktige. Det må derfor utarbeides kontrollrutiner av innsamlete data innenfor hvert av tiltakene. Det er prøvd ut et system for innsamling av data til det nasjonale dokumentasjonssystemet via de regionale kompetansesentraene. De mange tiltak som har levert data, er av svært ulik størrelse og har ulike rutiner for innsamling og oppbevaring av data. Noen av tiltakene er basert på manuelle systemer, hvilket medfører at muligheter for feil i telle- og punchearbeidene øker. En overgang til en individbasert database vil gjøre kontrollproblemene atskillig mindre. En slik overgang vil også måtte medføre en forenkling av dataoverføringsrutinene, slik at data overføres direkte fra tiltak til sentralt register, fortrinnsvis elektronisk.

3. Metode

3.1 Deltakelse

Utgangspunktet for deltakelse i klientkartleggingssystemet er at tiltaket er innlemmet i tiltaksdatabasen i regi av SIRUS (www.rustiltak.no).

Når det gjelder kriterier for inkludering i dokumentasjonssystemet, er det fire områder hvor det har vært noe usikkerhet, fordi tiltakene har hatt funksjoner i gråsoner i forhold til rusmiddelmisbrukere. Dette gjelder psykisk helsevern, barnevernstiltak, kommunale omsorgstiltak og enkelte arbeidstreningstiltak. Det gjenstår fremdeles å gjøre avklaringer innen disse områdene.

Innsamlingen av data for 2003 skjedde ved at det i månedsskiftet april/mai 2004 pr. brev ble sendt ut en oppfordring om å gjennomføre telling av klientkartleggingsdata, og sende denne til kompetansesenteret i tiltakets region. Vedlagt brevet fulgte veiledning om hvordan man tar ut tellingen fra ELEKKTRA, og hvordan man forholder seg dersom man ikke har ELEKKTRA/Rusdata i bruk. Etersom kompetansesentrene mottar tabellene med data fra tiltakene, punches disse i tilrettelagt SPSS-fil. Kompetansesentrene følger opp tiltak som ikke har levert tellinger innen fristen. SPSS-filer sendes så Stiftelsen Bergsklinikkene for endelig databehandling og oppbevaring. Stiftelsen Bergsklinikkene mottok de siste tellingene for 2003 28. desember 2004. Til sammen leverte 106 tiltak tellinger i 2003, men to av disse leverte på grunnlag av tidligere (grønn) utgave av skjema.

Så lenge deltakelse i dokumentasjonssystemet og bruk av klientkartleggingsskjema ikke er pålagt fra aktuell myndighet, vil det enkelte tiltak kunne reservere seg. Så langt er det åtte tiltak som aktivt har reservert seg mot å bruke klientkartleggingssystemet.

Deltakelsen for de øvrige tiltakene varierer fra ett år til et annet. Det er også sannsynlig at det er variasjoner i tiltakene i mellom når det gjelder hvor stor andel av henvendelsene og inntakene som blir dekket av klientkartleggingen, og når det gjelder i hvor stor grad hele kartleggingskjema brukes for alle klienter.

Tabell 1. Deltakelse 1998 til 2003

År	Tiltak som har levert	Registrerte tiltak	Prosent som har levert
1998	110	-	-
1999	110	196	56
2000	113	205	55
2001	106	188	56
2002	115	186	62
2003	106	178	60

3.2 Dataenes begrensninger

3.2.1 Tiltakenes deltakelse

Som det fremgår av tabell 1 og tekst over, er det en del problemer knyttet til tiltakenes deltakelse i klientkartleggingssystemet. Ett problem knytter seg til variasjoner i tiltakenes evne til å levere tellinger. Det har særlig vært to årsaker til at tiltak har kunnet levere data ett år, men ikke året etter. For det første har det hvert år vært noen tiltak som oppgir at de hadde "mistet" data. De fleste av disse tilfellene skyldtes datatekniske problemer. For det andre har det hvert år vært tiltak som ikke har kunnet levere på grunn av at ansatte som sto for tiltakets kompetanse på klientkartleggingssystemet, var sluttet eller av annen grunn var utilgjengelige. Dette har vært tilfelle både for tiltak som har tatt i bruk ELEKKTRA, og for tiltak som har telt opp data manuelt.

Tiltak som før 2004 var regulert av spesialisthelsetjenesteloven har vært underrepresentert i klientkartleggingssystemet. Dette er særlig knyttet til to forhold. Det ene er at mange tiltak innen psykisk helsevern er tilknyttet større sykehusbaserte datasystemer, hvor det har vært problemer med å innpasse ELEKKTRA. Det andre er at mange av disse tiltakene har vært pålagt å benytte andre kartleggingsverktøy, og ikke har hatt kapasitet til å gjøre dobbelregistreringer.

Dokumentasjonssystemet har frem til nå hatt tiltaksidentifikator på tiltaksnivå.

Identifikasjonsnummeret har også vært kode for behandlingstype. Dette innebærer at tiltak som gir flere typer behandling ikke leverer årstall fordelt på forskjellige behandlingstyper. Med innføring av et avdelingskodesystem vil dette problemet bli løst. Avdelingskodene ble innført i 2004, og implementert i tiltakene utover i dette året. ELEKKTRA/Rusdata vil kunne trekke ut data avdelingsvis fra virkeåret 2005.

3.2.2 Problemet med aggregerte data

Klientkartleggingssystemet baserer seg på tellinger av antall henvendelser, inntak og avslutninger fra hvert enkelt tiltak. Grunnenhet i datamatriksen er således det enkelte tiltak (aggregert datamatrikse). Dette innebærer at alle tall i det følgende representerer antall tilfeller, eller prosentvise antall tilfeller. Da samme klient kan ha stått for flere henvendelser, inntak og/eller avslutninger, vil det si at det ikke er mulig, slik systemet nå fungerer, å ta ut tall for

antall *personer* som har henvendt seg, vært inntatt i behandlings- eller i omsorgstiltak, eller avsluttet i en gitt periode.

Klientkartleggingsskjema består av tre deler, opplysninger som foreligger ved henvendelsen, opplysninger som hentes inn ved inntak i tiltaket, og opplysninger som gjelder avslutning. Tall fra disse tre delene vil alltid være ulike. Dette skyldes flere forhold. En grunn er at mange henvendelser som registreres blir viderehenvist eller avslått, eller pasienten/klienten kan ombestemme seg, slik at henvendelsen ikke fører til at han/hun blir tatt inn i det aktuelle tiltak. En annen grunn er at henvendelse, inntak og avslutning for mange pasienter/klienter ikke nødvendigvis blir registrert i samme kalenderår. En del kontakter kan også strekke seg over flere år.

Systemet baserer seg på aggregerte data. Det innebærer at variabler ikke kan sammenlignes på individnivå. De enkelte variabler kan bare sees fordelt på kjønn, geografisk enhet (region eller fylke) og tiltakstype. En kan også se variablene fordelt over kombinasjoner av kjønn, geografisk enhet og tiltakstype.

De ovennevnte forhold må legges til grunn når tall og figurer i de følgende deler av rapporten leses. Ved en eventuell overgang til individdata, og med innføring av avdelingskoder for klassifisering av behandlingstyper, vil vi stå overfor andre og mer detaljerte muligheter for analyser av materialet. Når det gjelder tiltakenes bruk av *egne data* fra klientkartleggingen, gjelder ikke de begrensningene som er beskrevet over.

I det følgende presenterer vi resultater fra klientkartleggingssystemet. Vi vil her legge hovedvekten på tellingen fra 2003, men også i noen grad sammenlikne med data fra 1998 til 2002. Først vil vi se på registrering av henvendelser, med vekt på beskrivelse av kjønn, alder, formålet med og resultat av henvendelsene. Så vil vi beskrive egenskaper ved pasientene/klientene behandling, når det gjelder sosiale forhold, rusmiddelproblemer og andre relaterte vansker. Til slutt vil vi se på noen forhold ved avslutning.

De fleste figurer og tabeller blir fremstilt uten kategorien "ukjent/uregistrert". Totalen varierer derfor fra figur til figur. Tabell 2 gir oversikter over omfanget av ukjente/uregistrerte for forskjellige spørsmål. For de fleste variablene, unntatt psykiske vansker, er det en nedgang i prosenten ukjente og uregistrerte i forhold til 2002. Det er imidlertid fremdeles en klar tendens til at ukjente og uregistrerte øker for spørsmål utover i skjemaet.

Tabell 2. Ukjent og uregistrerte for utvalgte variabler 2003, prosenter

Variabel	Ukjent	Uregistrert	Til sammen
Alder	0	1	1
Formål henvendelse	0	4	4
Høyeste utdanning	8	13	22
Yrkesstatus	3	12	14
Viktigste inntekt	4	12	15
Mest brukte rusmiddel	2	11	13
Angst siste 4 uker	13	22	35
Avslutningsmåte (blått skj.)	0	26	26

4.0 Data fra rapporteringen

4.1 Henvendelser

Tabell 3 viser utviklingen i antall henvendelser fordelt på kompetansesenterregion fra 1998 til 2003. Den registrerte økningen fra år til år skyldes i hovedsak større stabilitet i registreringene og deltakelsen. Der det enkelte år har vært nedgang, skyldes dette i de fleste tilfellene at enkelttiltak ikke har kunnet levere et år. Den store nedgangen i Oslo fra 2000 til 2001 skyldtes at Rusmiddeletaten endret oppstillingssystem fra å telle *alle aktive* til å telle *nye henvendelser* gjennom året, og at et akutt-tiltak ikke kunne levere tall for 2001.

Tabell 3. Antall henvendelser etter kompetansesenterregion 1998 til 2003

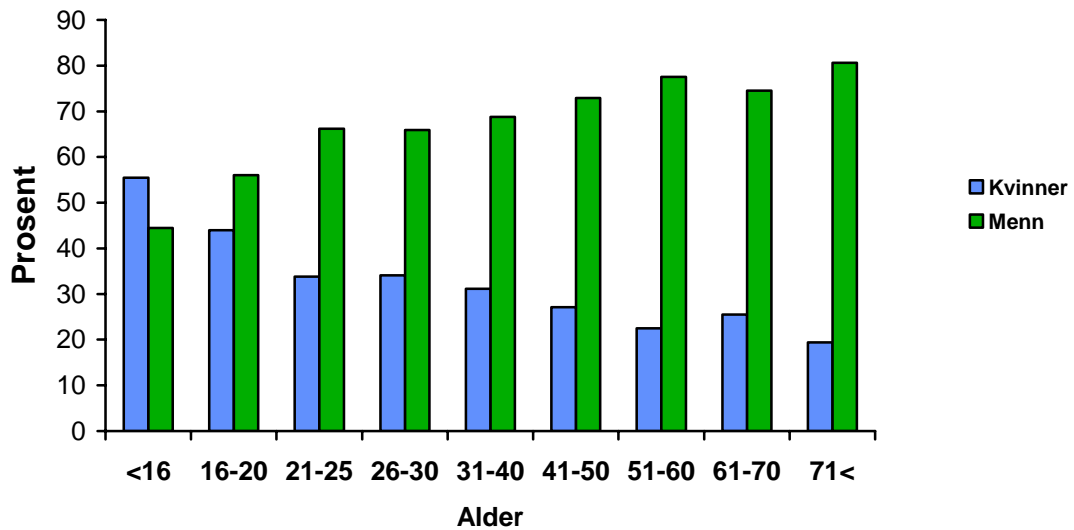
Region	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nord	283	836	678	833	861	863
Midt	425	443	1.373	1.878	2.174	2.288
Vest	2.262	2.652	3.868	4.101	4.538	4.360
Sør	2.228	3.647	3.109	1.843	3.286	3.933
Øst u/Oslo	4.076	3.567	3.879	4.831	5.786	4.990
Oslo	8.841	9.281	13.554	8.646	11.062	11.692
Evangeliesenteret*	-	-	-	1.148	1.327	-
Hele landet	18.115	20.426	26.462	23.280	29.034	28.126

* Evangeliesenteret regnes her som én organisasjon, selv om det driver virksomhet på mange steder i landet

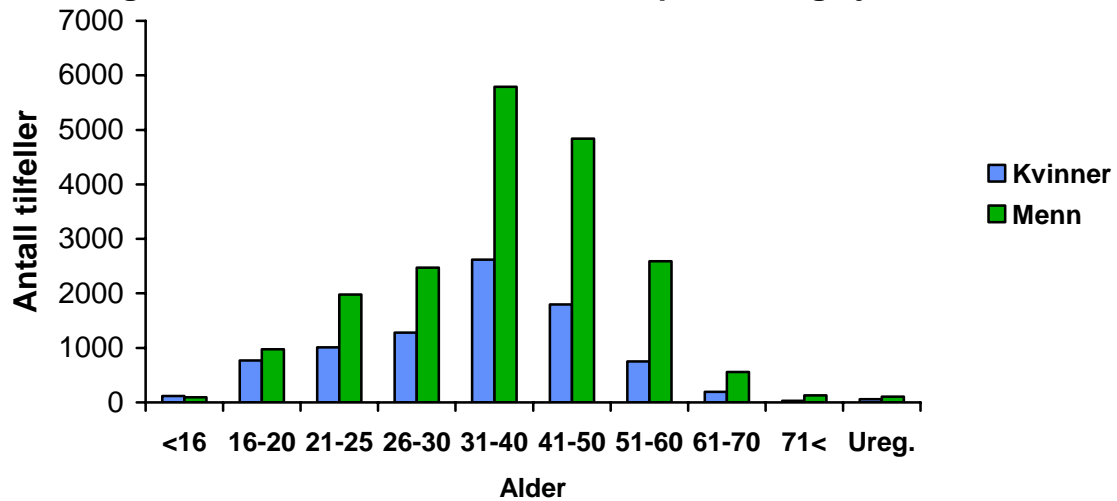
For 2003 varierte antallet fra 14 til 2 392, med i alt 28 126 henvendelser (kjønnsfordeling 69 prosent menn og 31 prosent kvinner). For 2002 varierte antall henvendelser per tiltak fra 1 til 2 579, mens det totalt ble registrert 29 034 henvendelser (70 prosent menn og 30 prosent kvinner). Kjønnsfordelingen har vært omtrent den samme i årene fra 1998 til 2003.

Figur 1a viser kjønnsfordelingen i 2003 i ulike aldersgrupper. Det fremgår at andelen kvinner i yngre aldersgrupper er høyere enn det vi finner for de eldre aldersgruppene. I 2003 var det eksempelvis 44 prosent kvinner og 56 prosent menn i aldersgruppen 16 til 20 år, mens det i aldersgruppen 51 til 60 år var knappe 23 prosent kvinner og vel 77 prosent menn. Den samme tendensen gjelder for de foregående årene.

Figur 1a. Henvendelser - 2003, andel kvinner og menn i ulike aldersgrupper

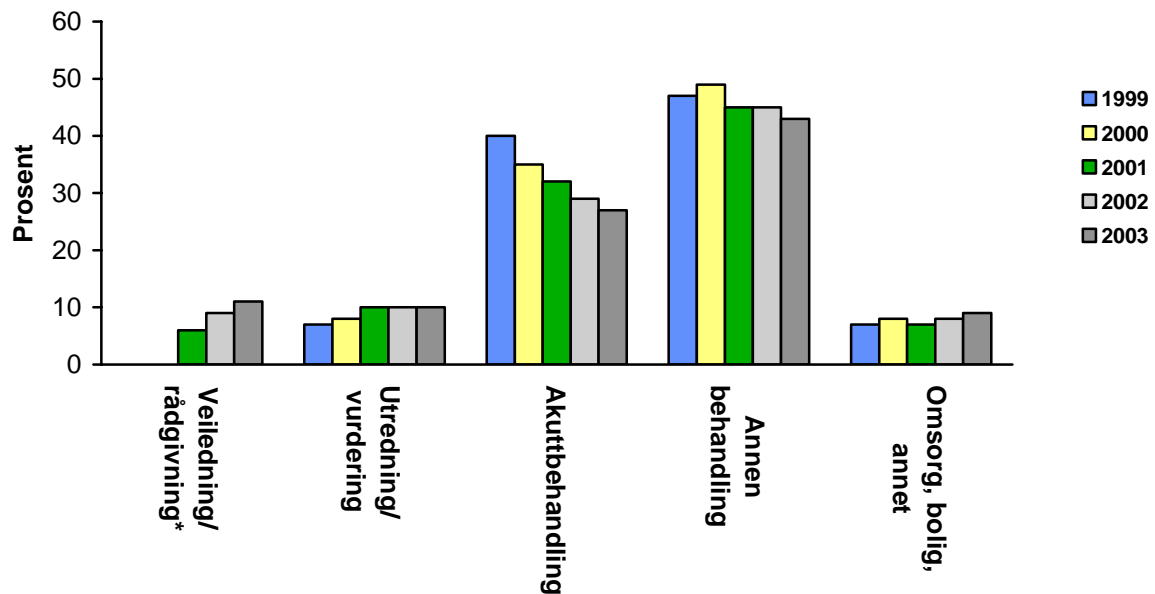


Figur 1b. Antall henvendelser fordelt på alder og kjønn 2003



Figur 1b viser antall tilfeller av registrerte henvendelser for kvinner og menn i ulike aldersgrupper. Det langt største antall henvendelser er i aldersgruppen 31 til 50 år.

Figur 2. Formål med henvendelsene 1999-2003, prosent



Figur 2 viser den prosentvise fordeling av formål med henvendelsene i årene fra 1999 til 2003. Ved revisjonen av skjema i 2001 ble kategorien "Rådgivning, veiledning, behandling" splittet i to: "Veiledning, rådgivning" og "Annen behandling". Figuren må tolkes rent beskrivende, fordi forskjell i hvilke tiltak som inngår i de forskjellige år, gjør at en ikke kan tolke endring fra år til år som uttrykk for trender. Dette gjelder alle sammenlikninger mellom år i de følgende tabeller og figurer.

Tabell 4. Resultat av henvendelsen. Prosent

År	Intet vedtak	Inntak	Avslått	Videreform.	Venteliste	Trukket	Annet	Ureg.	Antall henv.
1998	5	74	5	1	12	2	2	--	18.115
1999	4	70	4	1	16	2	1	2	20.426
2000	4	62	7	1	20	2	2	2	26.462
2001	--	64	7	1	18	2	5	3	23.280
2002	--	64	7	2	17	3	2	5	29.034
2003	--	65	7	1	17	3	--	6	28.126

I tabell 4 vises prosentvis resultat av henvendelsene for årene 1998 til 2003. Ved revisjonen i 2001 ble kategorien "Intet vedtak, manglende opplysninger" utelatt.

Tre punkter i Klientkartleggingsskjema etterspør tidligere inntak i behandlings-/omsorgstiltak. Ved *henvendelsene* i 2003 var det 48 prosent som har vært inntatt ved samme tiltak tidligere, med en noe mindre andel for kvinner enn for menn (45 prosent kvinner mot 49 prosent menn). Blant de tilfellene hvor det kommer til *inntak* i behandlings-/omsorgstiltak, hadde 69 prosent tidligere vært inntatt i tiltak for rusmiddelmissbrukere. Videre hadde 68 prosent av kvinnene og 53 prosent av mennene tidligere mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer.

4.2 Inntak i behandlings-/omsorgstiltak

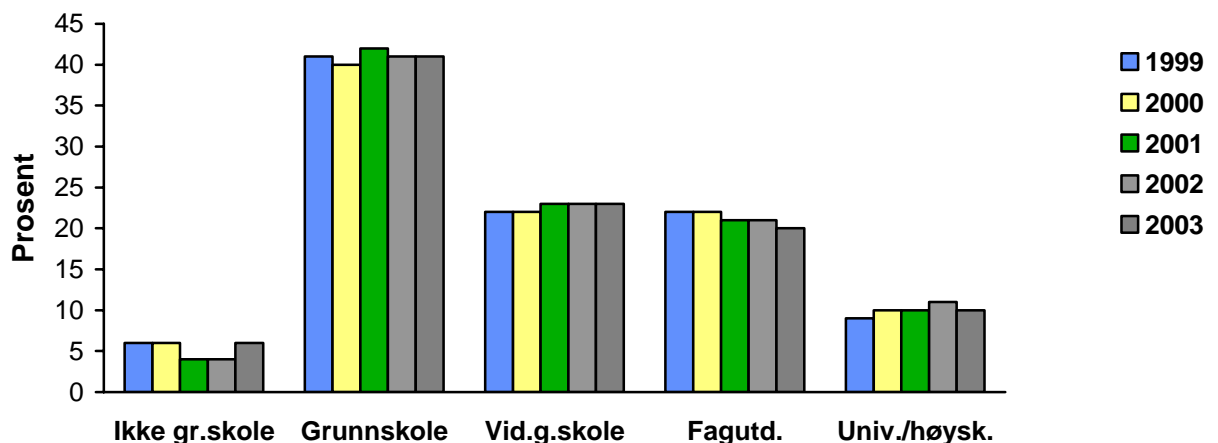
I 2002 ble det registrert til sammen 20 504 (70 prosent menn og 30 prosent kvinner) inntak i behandlings-/omsorgstiltak. I 2003 var tilsvarende tall 19 656 (69 prosent menn og 31 prosent kvinner). I de følgende tabeller og figurer vil totaltallet variere mellom de forskjellige variabler, noe som skyldes ulik grad av ukjente/uregistrerte (se tabell 2).

Tabell 7. Lovgrunnlag for inntak 2002 og 2003.

	2002		2003	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
LOST §6-1 og annen frivillig	19.462	97	18.503	94
LOST §6-2	75	0	64	0
LOST §6-2a	28	0	30	0
LOST §6-3	164	1	161	1
Psykisk helsevern §§2-1; 2-2; 3-1/8	127	1	423	2
Barnevern §§4-24; 4-26; 4-4	202	1	137	1
Straffegjennomfør.l.§§12, 43	75	0	70	0
Straffeloven §53	6	0	8	0
Annet	18	0	230	1
Sum	20.157	100	19.626	99

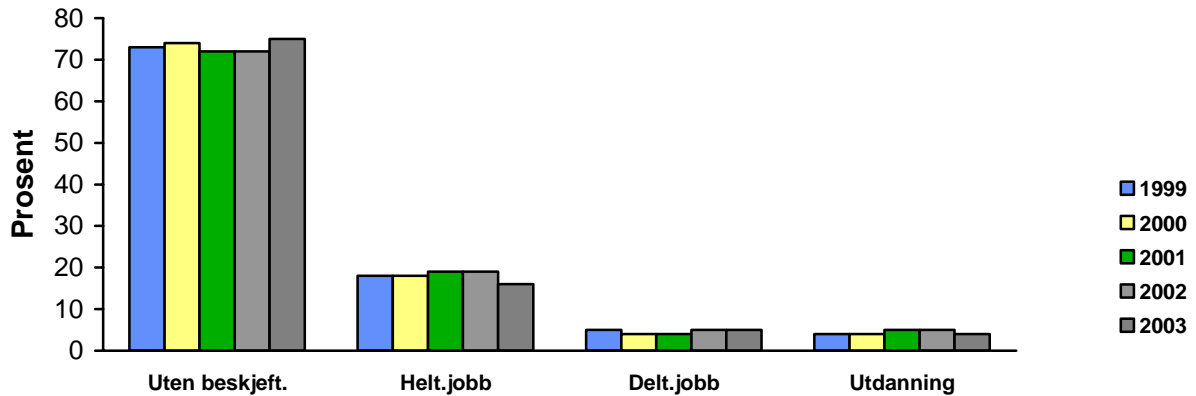
I klientkartleggingskjema registreres lovgrunnlag for inntak. I 2002 og 2003 var henholdsvis 97 og 94 prosent påbegynte inntak frivillige (tabell 7). Figurene 3 til 5 viser noen sentrale bakgrunnsvariabler for klientene som er tatt inn i behandlings-/omsorgstiltak i årene 1999 til 2003.

Figur 3. Høyeste fullførte utdanning, prosent



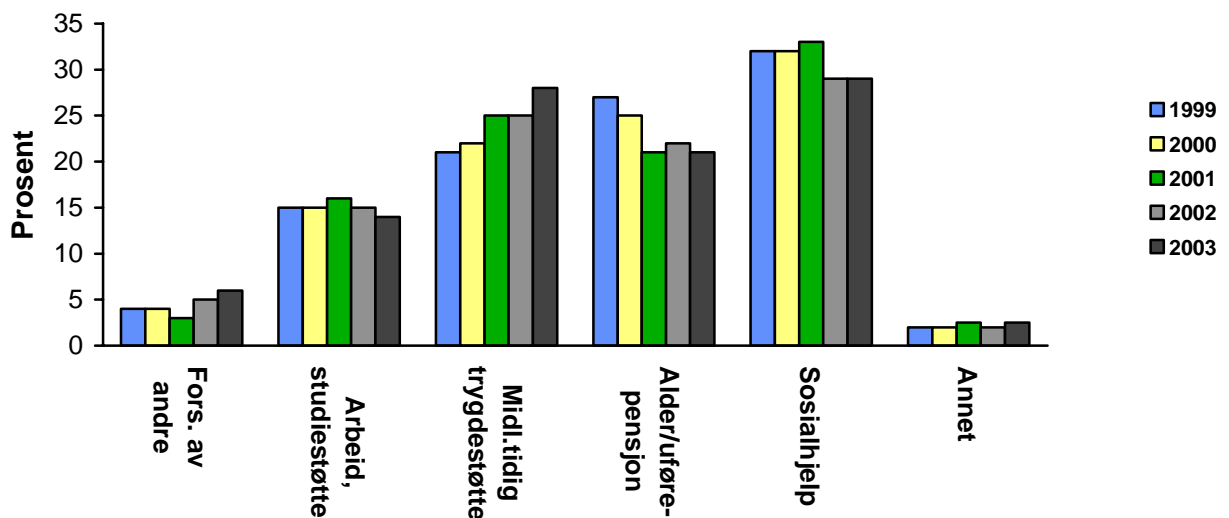
I figur 3 vises høyeste fullførte utdanning. Det er liten forskjell fra år til år. Den største gruppen, omkring 40 prosent, utgjøres av dem som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Bildet er likt for begge kjønn, men med en tendens til at en noe større andel kvinner enn menn har grunnskole og videregående skole som høyeste utdanning, mens en noe større andel menn enn kvinner har fagutdanning som høyeste utdanning.

Figur 4. Yrkesstatus, prosent



Når det gjelder yrkesstatus viser figur 4 at opp imot 75 prosent er uten beskjeftigelse, altså verken i arbeid eller under utdanning. I underkant av 20 prosent er i heltidsjobb. Bildet er ganske likt fra år til år. Det er en svak tendens til at en noe større andel menn enn kvinner er i heltidsjobb, og at en noe større andel kvinner enn menn er i deltidsjobb og under utdanning.

Figur 5. Viktigste inntekt , prosent



Figur 5 gir et bilde av de viktigste inntektskildene. Vi har slått sammen flere av kategoriene i klientkartleggingsskjemaet. Dette gjelder arbeidsinntekt og studiestøtte, fordi dette er inntekt knyttet til egen beskjeftigelse. Dagpenger, sykepenger, attføring og rehabiliteringspenger er slått sammen til "midlertidig trygdestøtte", til forskjell fra kategorien slått sammen av alders- og uførepensjon. Til sist har vi slått sammen sosialhjelp og støtte til enslig forsørger. Som det fremgår av figur 5, er sosialhjelp (her inkludert støtte til enslig forsørger for ca. to prosent av kvinnene) den viktigste inntektskilden for den største gruppen (omtrent en tredjedel). Det er et ganske likt bilde over tid, men det har vært en forskyvning mellom midlertidig og varig trygdestøtte slik at gruppen med midlertidig støtte har økt mens den med varig støtte er blitt mindre. Om dette skyldes tilfeldige forskjeller mellom klientutvalgene, eller reelle trender, er vanskelig å si ut fra disse dataene. Det er svært små kjønnsforskjeller når det gjelder viktigste inntekt. Opplysningene om inntekt må tolkes på bakgrunn av at det ikke spørres etter eventuell illegal inntekt. Det kan tenkes at slik inntekt for noen blir ført som "Annet", men i de fleste tilfellene er det mest sannsynlig at slik inntekt forblir uregistrert.

De sosiale bakgrunnsvariablene tegner et bilde av en gruppe av pasienter/klientene som ikke har arbeid, lever enslig og er avhengig av offentlig støtte. Nesten 1 850 i 2002 og over 1 950 i 2003 oppga at de hadde vært bostedsløse mesteparten av de siste 4 uker før inntak. Dette utelukker imidlertid ikke at de kan ha bodd på hospits eller i institusjon i deler av samme periode.

Av kvinner som ble tatt inn i tiltakene, var tre prosent registrert gravide. Totalt utgjorde dette 147 inntak i 2003. Spørsmål om graviditet var ikke registrert ved 1 380 inntak.

Det var en større andel som hadde utenlandsk statsborgerskap eller var av utenlandsk herkomst i Oslo-tiltak (5 til 12 prosent, se tabell 8) enn i resten av landet (2 til 6 prosent). I Oslo-tiltak var det også en noe større andel menn enn kvinner som var av utenlandsk opprinnelse. Dette var ikke tilfelle i like stor grad i resten av landet.

Tabell 8. 2003: Prosentvis andel med utenlandsk statsborgerskap/herkomst. Oslo og resten av landet.

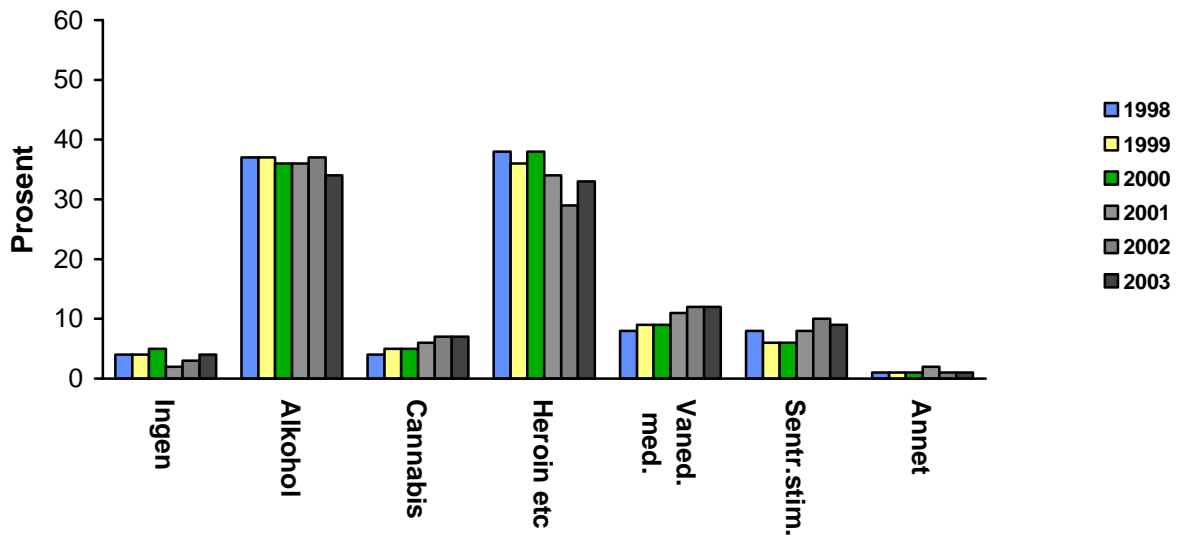
	Oslo	Resten av landet
Statsborgerskap	5	2
Fødeland	9	6
Mors fødeland	11	6
Fars fødeland	12	5

For Oslo-tiltak hadde 3 prosent statsborgerskap fra andre land i Norden eller Vest-Europa, mens det samme var tilfelle for noe over en prosent i resten av landet. Når det gjaldt fødeland, var 4 prosent født i andre land i Norden eller i Vest-Europa, både i Oslo-tiltakene og i resten av landet.

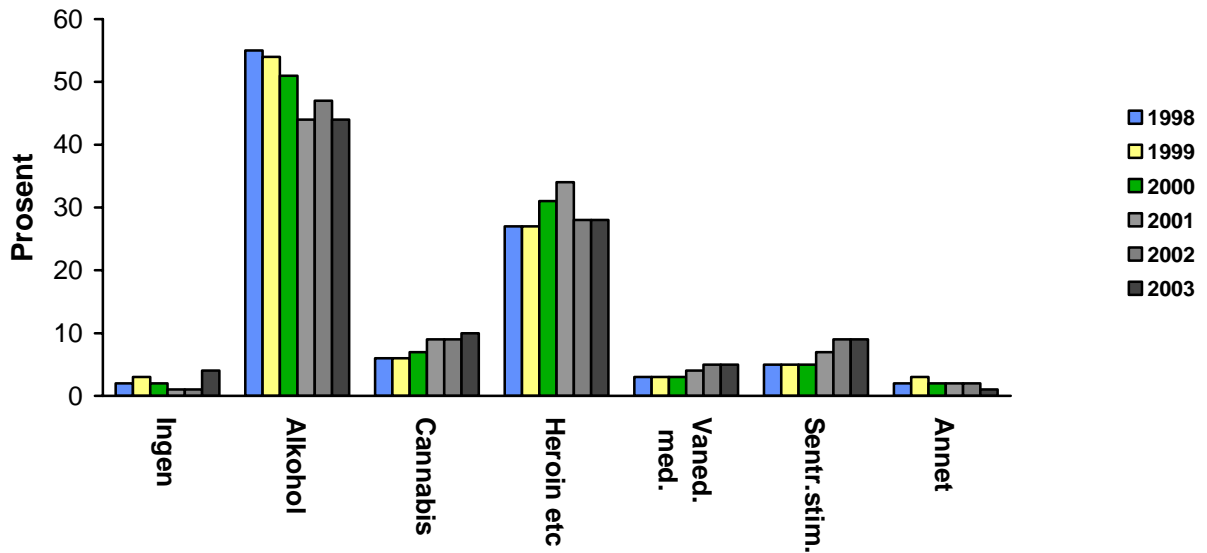
4.3 Type rusmiddel

Selv om det er grunn til å tro at "mest brukte rusmiddel" er relativt entydig registrert, kan det ha vært noe forskjellig registreringspraksis med hensyn til legemidler inneholdende opioider (A-preparater). Disse kan være registrert under både "Heroin/andre opiater" og under "Vanedannende medikamenter" (i følge Veilederen er riktig registrering for disse legemidlene "Vanedannende medikamenter"). Figur 6 og 7 viser mest brukte rusmiddel for årene 1998 til 2003 separat for kvinner og menn.

Figur 6. Mest brukte rusmiddel, kvinner



Figur 7. Mest brukte rusmiddel, menn



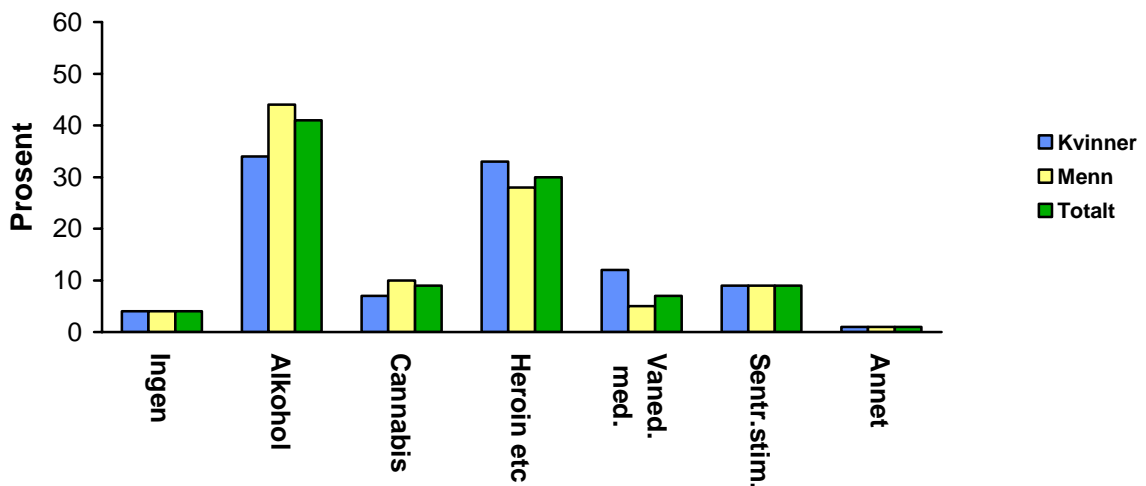
”Ingen” rusmidler gjelder et mindre antall pasienter/klienter som oppgir at de ikke har brukt rusmidler siste 6 måneder, men som oppsøker behandlings-/omsorgstiltak for å unngå tilbakefall. Blant kvinner har andelen som oppgir alkohol som mest brukte rusmiddel, vært omtrent jevnstor med andelen som oppgir å bruke heroin (i 2003 henholdsvis 34 og 33 prosent). Blant menn er det alkohol som blir oppgitt som mest brukte rusmiddel av den største andelen (44 prosent i 2003),

mens en noe lavere andel oppgir heroin (28 prosent i 2003). For menn synes det å være en tendens til nedgang i andelen som har alkohol som mest brukte rusmiddel, og en oppgang i andelen som har illegale rusmidler som mest brukte rusmiddel.

En klart større del av kvinnene (12 prosent i 2003) enn av mennene (3-5 prosent) har vanedannende medikamenter som mest brukte rusmiddel. Dette inkluderer også en del pasienter/klienter som er blitt avhengige av medikamenter som de har fått gjennom vanlig medisinsk behandling.

Figur 8 viser direkte prosentvis sammenlikning mellom kvinner og menn når det gjelder mest brukte rusmiddel i 2003. Det er størst kjønnsforskjell når det gjelder alkohol, vanedannende legemidler og heroin.

Figur 8. Mest brukte rusmiddel 2003, prosent

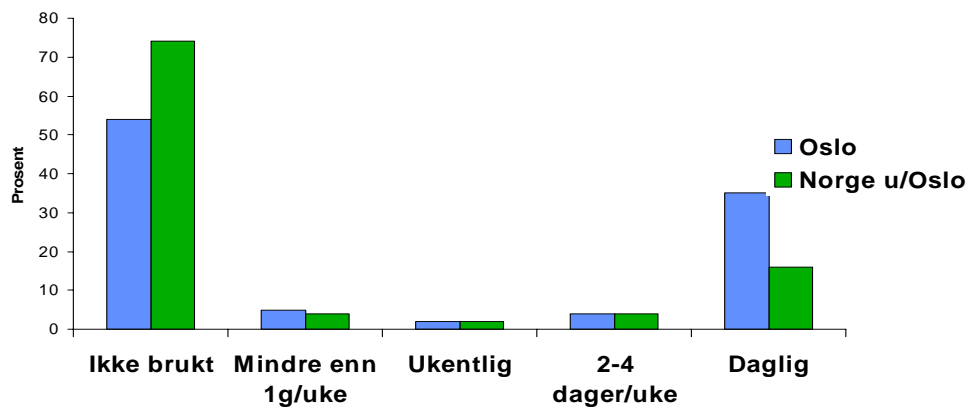


LSD, ecstasy, løsemidler og rødsprit er kategorisert under "annet". I 2003 var "annet" mest brukte rusmiddel i 155 tilfeller (1 prosent). Ecstasy var oppgitt som mest brukte rusmiddel i 14 tilfeller i 1998, i 18 tilfeller i 1999, i 82 tilfeller i 2000, i 49 tilfeller i 2001, i 43 tilfeller i 2002, og i 31 tilfeller i 2003. Det har ellers vært en tydelig reduksjon siden 1998 i antall som oppgir rødsprit som mest brukte rusmiddel.

Vanedannende medikamenter var "nest mest brukte rusmiddel" hos størst andel klienter, deretter kom cannabis og sentralstimulerende midler, både i 2001, 2002 og 2003. Alkohol og heroin er sjeldnere oppgitt som nest mest brukte rusmiddel.

Når det gjelder sprøytebruk så vi en markant forskjell mellom de som kom til behandlings- og omsorgstiltak i Oslo og i resten av landet (se figur 9). I Oslo-tiltakene hadde klientene brukt sprøyte i 46 prosent av tilfellene, mens det i resten av landet gjaldt 26 prosent. Det er her viktig å huske på at datagrunnlaget omfatter så vel alkohol- som narkotikamisbrukere. Både i Oslo-tiltak og i tiltak som dekker resten av landet, var sprøytebruken daglig (eller nesten daglig) for flertallet av dem som oppga at de brukte sprøyter.

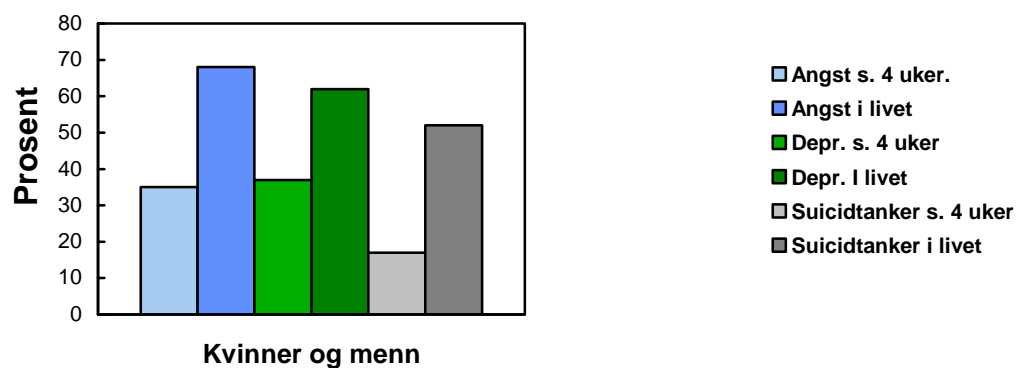
**Figur 9. Sprøytebruk 2003 i Oslo og resten av landet.
Prosent**



4.4 Psykiske vansker

Spørsmålene som retter seg mot psykiske problemer er de som synes mest kompliserte å få svar på. De ansatte har svært forskjellig bakgrunn og forutsetning for å forholde seg til psykisk problematikk, fra de helt ufaglærte til behandlere med høy spesialkompetanse. Det er svært viktig at veilederen, og variabelforståelsen som gis der, ligger til grunn for informasjonsinnhenting og rapporteringen. Det er også viktig at disse opplysningene blir hentet inn for så mange av klientene som mulig, for at vi skal få et reelt bilde av forekomsten av psykiske problemer.

Figur 10. Prosent som oppgir å ha hatt alvorlig angst, depresjon, og tanker om å ta livet sitt. 2003.



Figur 10 viser prosentandel av klientene som i 2003 oppga å ha hatt alvorlige, lengrevarende vansker som angst, depresjon og tanker om å ta sitt liv. Figuren baserer seg på de mellom 60 og 70 prosent av inntakene der det foreligger slik informasjon. Det spørres om slike vansker i løpet av de siste fire uker, og i løpet av livet. Andelen som rapporterer angst, depresjon og tanker om å ta sitt liv er høy, både når det gjelder tidsrommet siste fire uker og i løpet av livet. Størst andel, 68 prosent (73 prosent for kvinner og 65 prosent for menn), oppgir å ha hatt alvorlig depresjon i løpet av livet. Det er også en stor andel som oppgir psykiske vansker i løpet av de siste fire uker før inntak, henholdsvis 35 til 37 prosent når det gjelder angst og depresjon, og nesten 17 prosent når det gjelder selvmordstanker. Generelt er det en tendens til at en noe større andel kvinner oppgir slik problematikk enn menn, uten at forskjellene kan sies å være store. Det er små variasjoner for rapporterte psykiske vansker fra år til år.

I 2003 oppga 35 prosent å ha gjort forsøk på å ta sitt eget liv. Femten prosent hadde gjort dette ved å ta overdose, 13 prosent hadde prøvd på annen måte, mens 7 prosent hadde prøvd både ved overdose og på annen måte. Her er en stor forskjell mellom kvinner og menn. Mens 31 prosent av mennene hadde gjort forsøk på å ta livet sitt, gjaldt dette hele 43 prosent av kvinnene. Denne forskjellen var sterkest der forsøkene involverte overdose (se tabell 9).

Tabell 9. 2003: Forsøk på å ta sitt eget liv, fordelt på kjønn.
Prosent

	Kvinner	Menn	Totalt
Ved overdose	19	13	15
På annen måte	15	13	13
Både ved overdose og på annen måte	9	5	7
Totalt	43	31	35

4.5 Andre helseproblemer

Når det gjelder kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet, var slike problemer registrert i 40 prosent av tilfellene hos kvinner og i 37 prosent av tilfellene hos menn i 2003.

Det registreres også forekomst av blodsmittevirusene Hepatitt B, Hepatitt C og HIV. Pasientene/klientene blir spurt om de *vet at* de er bærere av angjeldende blodsmittevirus. I 2003 oppga 10 prosent av tilfellene hos kvinner og 11 prosent hos menn at de var bærere av Hepatitt B. Blant kvinnene oppga 38 prosent at de var bærere av hepatitt C, mens det samme gjaldt 32 prosent hos menn. Når det gjelder HIV, var dette registrert i 2,5 prosent av tilfellene hos kvinner, og 1,5 prosent hos menn.

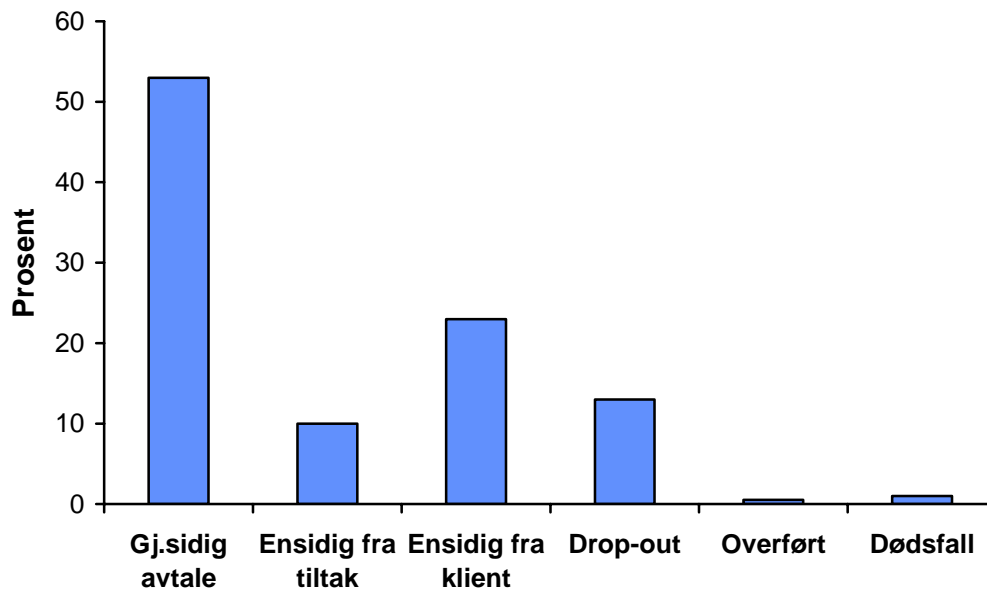
4.6 Avslutninger

Det ble i 2003 registrert 13 948 avslutninger fra behandlings-/omsorgstiltak. Tilsvarende tall for 2002 var 12 955 avslutninger. I 2003 var avslutning ikke registrert i 26 prosent av tilfellene sammenlignet med 29 prosent i 2002 (tabell 2).

Figur 11 viser fordelingen av avslutningsmåte blant pasienter/klienter fra de 104 tiltakene som i 2003 leverte tall basert på bruk av det reviderte (blå) klientkartleggingsskjemaet. Den vanligste avslutningsmåten var ved gjensidig avtale mellom klient og tiltak (53 prosent) etterfulgt av

ensidig avslutning fra klientens side men hvor beskjed ble gitt (23 prosent). Drop-out, som vil si at klienten ensidig avslutter uten å gi beskjed, forekom i 13 prosent av tilfellene, som var en klar nedgang fra 2001 (34 prosent), og også en liten nedgang fra 2002 (16 prosent). Ensidig avslutning fra tiltakets side skjedde i 10 prosent av tilfellene.

Figur 11. Avslutningsmåte, 2003
Tiltak som har brukt blått skjema. Prosent.



I 2003 var det registrert avtale om oppfølging i regi av eget tiltak i 1 709 tilfeller. Avtale om oppfølging fra kommunal helse- og sosialtjeneste var registrert i 3 046 tilfeller, mens avtale om oppfølging med spesialisthelsetjenesten var registrert i 2 652 tilfeller. Det var ingen kjønnsforskjeller når det gjaldt noen av formene for oppfølging.

5. Sluttkommentarer

På bakgrunn av innsamlete data for 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 og 2003 foreligger det data som gir et bilde av henvendelser, inntak og hvilke klienter som er tatt inn i behandlings-/omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere. Til sammen 155 tiltak har levert inn registreringer som danner grunnlag for disse oversiktene. Data viser at andelen kvinner som etterspør behandling er klart større i yngre enn i eldre aldersgrupper. Det største antallet henvendelser kommer fra aldersgruppen 31 til 50 år.

Vi ser også at de som tas inn i behandlings-/omsorgstiltak er en gruppe med små økonomiske ressurser. Mange er uten bolig. Alkohol og heroin dominerer som mest brukte rusmiddel for både kvinner og menn. Det kan se ut som om det er en nedgang i alkohol som det mest brukte rusmiddelet for menn som kommer i behandling og omsorg. Det framgår også at det er en klar og stabil tendens til at klientene som tas inn i tiltak for rusmiddelmissbrukere har alvorlige psykiske vansker, her registrert som angst, depresjon og selvmordsforsøk.

Utskriving fra tiltakene skjedde i 2003 oftere ved gjensidig avtale enn tidligere år.

Vedlegg: Tiltak som har levert tellinger for 2003***Nord-Norge:***

Nordlandsklinikken
Færingen terapeutiske samfunn
Finnmarksklinikken
Tromsklinikken
Ruspoliklinikken

Midt-Norge:

MARIT
Fossen rusomsorg (Meråker bosenter)
Lade
Furulund (Frelsesarmeen Trondheim)
Sørum gård
Kvamsgrindkollektivet
PUT / VORT Innherred
PUT / VORT Namdal
Veksthuset Møre og Romsdal
Vestmo
Volda DPS

Vest-Norge:

Basissenteret Sandnes
Duedalen rehabiliteringssenter
Haugaland A-senter
Rogaland A-senter
Veiviseren
Askøy Blå Kors Klinikk
Bergen Kontakt Senter
PUT Åstveit (Sandviken)
PUT Årstad og Fjell (Haukeland)
Stiftelsen Bergensklinikkene
Stord bu- og omsorgssenter

Sørt-Norge:

Grubeli
Loland behandlingssenter
Vest-Agder Klinikken m/ Blå Kors halveishus Kr.sand og Ruspoliklinikken
Aust-Agder Klinikken
Borgestadklinikken
(Sauherad) Samtun
PUT Skien
Blå Kors Mjølløst
Nordre Vestfold DPS
Vestfoldklinikken Blå Kors Klinikk Tønsberg og Vivestadkollektivet

Stiftelsen Finnerud Gård
 Tyrifjord behandlingssenter
 VÅKS

Oslo

Tyrilistiftelsen
 Metadon i Oslo (MARIO)
 Veksthuset (Oslo)
 Ullvin beh.inst
 Avd.f.stoffmb.
 Stensløkka res
 Origosenteret
 Stiftelsen Kv.koll. Arken
 Incognito kli.
 A-sentret,Oslo
 Trasoppklinikk
 Blå Kors Klin.
 Holmenveien 7
 Riisby/Engen
 Mørk Gård
 Bjørnerud
 Kimerudstift.
 Akuttinst.Ulle
 Akutt.Storgata
 Akutt.Montebel
 Akuttinst. M3
 P22
 Østråt omsorg
 Furuset rehab.
 Heimen bo/tren
 Hovin Vernehjem
 Sjøstrand oms.
 Syningom omsor
 Vestli rehab
 Markus Thranes
 Bygdøy Rehab
 Ila hybelhus
 Lassonløkken (Grønnegate) reh
 Sagene rehab
 Thereses hus r / Josefine / Bryn
 Rusnett Solvang (grønt skjema)
 BUE stiftelsen (grønt skjema)
 Den åpne dør r
 Haugenstua Reh
 Liakollen reha
 Veslelien
 Blindern rehab
 Dalsb.stien ho
 Fagerborg bo- og omsorggsenter

Øst-Norge uten Oslo:

Akuttjenesten Akershus
Rusmiddelklinikk Jessheim
Rusmiddelklinikk Lillestrøm
Rusmiddeltiltak Folloklinikken
Sosialmedisinsk klinikk Sandvika
Stiftelsen Solliakollektivet
Sosialmedisinsk poliklinikk Askim
Sosialmedisinsk poliklinikk Fredriksstad
Sosialmedisinsk poliklinikk Halden
Sosialmedisinsk poliklinikk Moss
Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg
Østfoldklinikken
Phoenix House Haga
Stiftelsen Fossumkollektivet
Sanderud sykehus
Stiftelsen Fredheim
Stiftelsen Renåvangen
Blå Korshjemmet på Eina
Rusmiddelteamet, Gjøvik fylkessykehus
Statens klinikk for narkomane
Stiftelsen Valdresklinikken
Sørlihaugen behandlingssenter