

HVILKEN NYTTE,
FOR HVEM
OG TIL HVILKEN KOSTNAD?

En prospektiv studie
av stoffmisbrukere
i behandling

Hans Olav Melberg, Grethe Lauritzen og Edle Ravndal

SIRUS rapport nr. 4/2003
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2003

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS
Oslo 2003

ISBN 82-7171-250-0
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen&Jensen a.s.

Forord

I 1995 arrangerte Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Norges forskningsråd (NFR) en konferanse om ulike perspektiver på nytte og kostnader i rusmiddelbehandling. Året etter inviterte NFR, Programstyret for rusmiddelforskning, ulike forskningsmiljøer til deltakelse i en arbeidsgruppe som skulle forsøke å utarbeide prosjektforslag til nytte-kostnadsanalyser av behandling innen rusmiddelsektoren. Grethe Lauritzen, Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning (SIFA), og Edle Ravndal, Institutt for medisinske atferdsfag, Universitet i Oslo som var medlemmer i arbeidsgruppen, henvendte seg til Elizabeth Nygaard ved Statens institutt for Folkehelse med forespørsel om et faglig samarbeid.

Høsten 1997 fikk søknaden fra denne forskergruppen støtte fra Rusmiddelprogrammet, NFR, til å sette i gang en omfattende nytte-kostnads undersøkelse av behandlingstiltak for misbrukere av illegale rusmidler. Prosjektet ble lagt til SIFA. Høsten 1999 gikk Elizabeth Nygaard ut av prosjektet og Hans Olav Melberg kom inn i hennes sted.

Undersøkelsen er en av få i sitt slag, også internasjonalt, når det gjelder nytte-kostnads perspektiver på behandling av narkotikamisbrukere. Prosjektet utgjør den største behandlingsundersøkelsen av narkotikamisbrukere i Norge med et prospektivt design.

Denne rapporten inneholder de første analysene som er gjort ut fra et nytte-kostnad perspektiv. Det er et svært omfattende datamateriale som foreligger fra studien. Materialet er så omfattende at man ikke kan inkludere alle analysene i en rapport. Det samme gjelder videre diskusjon av funnene sammenlignet med hva andre studier har funnet. Målet med denne rapporten er dermed kun å presentere hovedinntrykkene fra vårt tallmaterialet, mens videre og mer detaljerte analyser og sammenligninger vil bli foretatt i artikler om spesifikke emner.

Gjennom hele undersøkelsen har vi hatt et aktivt og positivt samarbeid med de 20 deltagende behandlingstiltakene. Vi vil takke dem for faglige bidrag og tillit i gjennomføringen av studien.

Ikke minst vil vi også takke de 482 personene som utgjør hovedutvalget i studien. De fleste har deltatt i intervjuer hele tre ganger, og har formidlet erfaringer med å ha et rusmiddelproblem og hvordan ulike former for behandling kan virke inn. Uten deres velvillighet og samarbeid ville undersøkelsen vanskelig latt seg realisere.

En ressursgruppe bestående av Anne Line Bretteville-Jensen, Sturla Nordlund, Ingeborg Rossow og Helge Waal har under hele prosessen kommet med verdifulle råd og korreksjoner. Gruppen har imidlertid ikke ansvar for tolkninger eller mulige feil i rapporten.

Prosjektet har vært finansiert av NFR og SIFA/SIRUS, med bidrag fra Rådet for psykisk helse over en 3-års periode. Vi takker hermed alle bidragsyterne for økonomisk støtte.

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Generell problemstilling.....	12
1.2 Behandlingssystemet for narkotikamisbrukere i Norge	13
1.3 Eksisterende forskning.....	17
1.4 Problemstillinger	20
2 Materiale og metoder	23
2.1 Design.....	23
2.2 Materiale	24
2.3 Instrumenter	30
2.4 Klientkjennetegn ved inntak til behandling	38
3 Teoretiske og empiriske utfordringer	51
3.1 Innledning.....	51
3.2 Nytte-kostnadsanalyse.....	52
3.3 Kost-Nytte, Kost-Effekt og Før-Etter	56
3.4 Begrepsmessige problemer	58
3.5 Empiriske problemer.....	60
3.6 Oppsummering	66
4 Nytten av behandling	67
4.1 Hovedtendenser	67
4.2 Tolkningsproblemer	69
4.3 Endringer delt inn etter tiltakstyper	71
4.4 Ulikheter i klientgruppen	75
4.5 Endringer delt inn etter kjønn, alder, rusmisbruk og helse	77
4.6 Resultatet inndelt etter tiltakstyper og intervensjoner	79
4.7 Justering for ulikheter i klientgruppen	82
4.8 Statistiske analyser.....	86
4.9 Stabilitet i endringene	93

5	Kostnader ved behandling.....	97
5.1	Innledning.....	97
5.2	Andre kostnadsberegninger.....	98
5.3	Ujusterte utgifter fra årsregnskapene.....	102
5.4	Justering av kostnadene.....	103
5.5	Finner vi det vi ønsker å måle i årsregnskapene?.....	105
5.6	Behandlingskostnaden per klient.....	111
5.7	Usikkerhet i beregningene.....	114
5.8	Oppsummering.....	117
6	Kostnad i forhold til nytte.....	119
6.1	Innledning.....	119
6.2	Hovedresultatene.....	119
6.3	Kostnad i forhold til effekt for ulike grupper.....	122
6.4	Kostnad og nytte i ulike døgntiltak.....	125
6.5	Kostnad og nytte i et livsløp-perspektiv.....	127
6.6	Usikkerhet.....	134
7	Konklusjon.....	137
	English summary.....	145
	Vedlegg.....	149
	Referanser.....	155

Sammendrag

Hvert år bruker det offentlige betydelige ressurser på ulike tilbud til rusmiddelmissbrukere, men det har vært gjort få sammenlignende studier av nytten i forhold til kostnadene i ulike behandlingstiltak. Det er med andre ord et gap mellom de store pengesummene som brukes og den begrensede kunnskapen man har. Formålet med "nytte-kostnad" undersøkelsen og denne rapporten er derfor å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for de som skal ta beslutninger om behandling av narkotikamisbrukere i Norge.

For å kunne sammenligne ulike behandlingstiltak, samlet vi inn informasjon fra 482 klienter i 20 ulike behandlingstiltak. Klientene ble intervjuet tre ganger med ett års mellomrom. Utvelgelsen av klientene foregikk ved at alle klienter som kom til behandling i en viss tidsperiode ble spurt om å være med i undersøkelsen. De fleste klientene ble intervjuet for første gang i 1998/1999 da de ble tatt inn til behandling, bortsett fra klientene i medikamentassistert rehabilitering (MAR) som ble rekruttert i 1999/2000. De forskjellige tiltakene ble valgt slik at de representerte ulike behandlingsformer (døgnbehandling, poliklinisk behandling (PUT), MAR), samtidig som de var innenfor en praktisk geografisk rekkevidde for oppfølging.

Oppfølgingsprosenten er meget god - 92% ved første oppfølging etter rekrutteringsintervjuet og 88% etter andre. I tillegg til de som ikke ble intervjuet ved noen av oppfølgingsundersøkelsene, enten fordi de var døde eller fordi de ikke ble gjenfunnet, var det også noen som fortsatt var i behandling, noen som var i fengsel, på sykehus eller i andre "kontrollerte miljøer". Fordi vi ønsket å se hvordan det gikk med klientene etter behandling, ble de som var i ulike "kontrollerte miljøer" ekskludert. Vi satt da igjen med en gruppe på 356 klienter, som vi hadde informasjon om før behandling, og som ikke var i et "kontrollert miljø" ved ett av oppfølgingsintervjuene.

Dersom vi ser på utvalget som helhet, viser tallene at klientene rapporterte om en betydelig reduksjon i rusmiddelmissbruken etter behandling. I gjennomsnitt gikk bruken av heroin ned med 58% (fra 14 dager per måned før behandling til 6 dager per måned ved oppfølgingen). Tilsvarende gikk bruken av amfetamin ned med 67% og antall dager med bruk av cannabis gikk ned med 35%. Avhengig av hvordan man måler, var mellom 30 og 40% av klientene helt rusfrie ved oppfølgingsintervjuene. Ungdomstiltakene hadde den største andelen helt rusfrie ved oppfølgingene (over 39%), så fulgte døgntiltakene (minst 26%), og deretter PUT og MAR med henholdsvis 23% og 20% som hadde vært helt uten bruk av rusmidler den siste måneden før oppfølgingsintervjuet (i hovedsak to år etter påbegynt behandling).

Klientene rapporterte også om en sterk reduksjon i antall dager med kriminalitet; fra gjennomsnittlig 9 dager per måned før behandling til 3 etter behandling (en reduksjon på 66%). Den selvrapporterte endringen bekreftes også av data innehentet fra strafferegisteret som viser at klientene hadde et gjennomsnitt på 20 dager per år i fengsel i årene før 1998, mens gjennomsnittet sank til 7 dager i 2000. På andre indikatorer - som antall dager med psykiske problemer og antall dager i arbeid - var det også en forbedring, selv om denne ikke var så stor som for de andre indikatorene.

Dersom vi ser på gruppen klienter hvor vi har opplysninger ved begge oppfølgingstidspunktene (182 klienter som hadde vært i et "ikke-kontrollert miljø" i minst ett år), viser det seg at noen av de viktigste endringene også var overraskende stabile. For eksempel var reduksjonen i bruken av heroin på 58% når man sammenligner bruken ved rekrutteringsintervjuet og første oppfølgingsintervju ett år etter. To år etter rekrutteringsintervjuet var reduksjonen fortsatt nesten like stor (56%) i forhold til rekrutteringsintervjuet.

Dersom vi ser på endringene i de ulike tiltakstypene, viser det seg at klientene i MAR hadde den største reduksjonen i bruken av heroin, mens

klientene i psykiatriske ungdomsteam (PUT) har svært liten forbedring i bruken av ulike narkotiske stoffer. Konklusjonen er motsatt når man ser på psykiske plager. Da rapporterer klientene i PUT den største reduksjonen, mens klientene i MAR ikke hadde noen forbedring. Døgninstitusjonene kommer relativt godt ut med en jevnere reduksjon på begge indikatorene.

For å beregne kostnadene knyttet til behandling, tok undersøkelsen utgangspunkt i tiltakenes årsregnskap i tillegg til informasjon fra intervjuer med alle tiltakslederne. Regnskapene ble ført svært ulikt i de forskjellige tiltakene, slik at de ikke alltid var direkte sammenlignbare. Blant annet betalte ikke flere av tiltakene husleie og de mottok administrasjonstjenester uten at kostnadene til dette fremgikk av regnskapene. Ved å innhente informasjon om lokalenes størrelse og omfanget av mottatte tjenester, kunne vi justere regnskapene slik at de i større grad ble sammenlignbare.

Tallene viste da at en plass på døgninstitusjon kostet nær 2000 kroner per døgn (2700 kroner i tiltak for ungdom), en konsultasjon ved PUT kostet nesten like mye (1900 kroner), mens behandling i MAR kostet noe over 300 kroner per døgn. PUT-klientene var i gjennomsnitt inne til 14 konsultasjoner i løpet av den toårige observasjonstiden. Kostnadene for en gjennomsnittsklient i PUT ble dermed over 26 000 kroner i løpet av observasjonstiden. Til sammenligning var gjennomsnittlig oppholdstid ved døgntiltakene 339 døgn, noe som utgjorde en kostnad på omkring 645 000 kroner. Også kostnadene knyttet til klientene i MAR - med et gjennomsnitt på over 210 000 kroner - lå betydelig høyere enn kostnadene per PUT-klient.

I tillegg må man ta hensyn til at noen av klientene også har mottatt behandling ved flere steder enn rekrutteringstiltaket. For eksempel gikk noen av PUT-klientene over til døgnbehandling. Dersom man inkluderer disse kostnadene stiger den gjennomsnittlige utgiften til de klientene som opprinnelig ble rekruttert i PUT til godt over det dobbelte (67 000 kroner per klient). Det er imidlertid av begrenset interesse å sammenligne

kostnader alene. Det er først når man ser på kostnadene i forhold til behandlingen at tallene blir nyttige.

Dersom tallene for endringer og kostnader blir sett i forhold til hverandre, viser det seg at ingen behandling er klart best på alle områder. For 100 000 kroner "fikk" man den største forbedringen når det gjaldt heroinbruken i MAR (med 4,6 færre dager per måned per 100 000 kroner), mens PUT så ut til å gi størst forbedring når det gjaldt psykiske plager (en reduksjon på 8,4 dager per måned per 100 000 kroner).

Man bør imidlertid være svært forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner på grunnlag av disse tallene. For det første er det store individuelle variasjoner - spesielt blant PUT-klientene. Dette gjør at det er stor usikkerhet rundt gjennomsnittstallene for PUT. Videre er det problematisk å sammenligne kostnader fordi MAR i motsetning til andre behandlingstiltak, er ment å være en livslang behandling. Behandlingskostnader til disse klientene vil derfor fortsette å løpe, mens for andre klienter er behandlingskostnaden i noen tilfeller en engangsutgift. Videre må man se resultatene i forhold til den klientgruppen de ulike tiltakene arbeider med, og hvordan det eventuelt ville ha gått med disse klientene dersom de ikke hadde fått den behandlingen de faktisk fikk.

Disse problemene gjør at man bør være svært varsom med å generalisere tallene utover å være en ren beskrivelse av kostnader og endringer for en gruppe klienter i et relativt kort tidsrom. Bare en ny oppfølging vil kunne vise om endringene holder seg stabile også over lengre tid. En tredje oppfølging vil derfor gjennomføres i 2005.

1 Innledning

Vi har i dag et landsdekkende behandlingsapparat for rusmiddel-misbrukere. Tiltakene bygger på et variert sett av modeller og virkemidler, og det foreligger omfattende erfaring med ulike typer behandling. Offentlige utgifter til rusmiddelbehandling er betydelige, men resultatet av innsatsen er usikker. Mange klienter avbryter behandlingen før den er avsluttet og fortsetter misbruket for siden å påbegynne en ny behandling, ofte i et annet tiltak. Også blant de som fullfører behandlingen er det vanlig med tilbakefall. Det er derfor viktig å vurdere om det er noen former for behandling som gir bedre resultater enn andre for bestemte grupper, om ulike tiltak tjener ulike formål, og om en kan oppnå bedre resultater og hjelpe flere ved å bruke ressursene på en annen måte enn det som gjøres i dag.

Prosjektgruppen valgte spesielt å vurdere tiltak for behandling av illegale rusmidler. For denne gruppen rusmiddel-misbrukere er det bygd opp et spesialisert tiltaksapparat hvor en betydelig andel er kostnadskreven og langtids døgntil behandling med full rehabilitering som målsetting. Korttids døgntiltak finnes knapt, og bortsett fra ett tiltak for metadonbrukere på dagtid, finnes ikke tiltak lagt innenfor rammen av den ordinære arbeidstid. Den spesialiserte døgntilbehandlingen skiller seg på mange måter fra de mer ordinære behandlingstiltakene for alkohol-misbrukere både ved behandlingens lengde og ofte ved klarere ideologisk forankring. Samtidig er det over hele landet bygget ut polikliniske psykiatriske ungdomsteam som primært retter seg mot brukere av illegale rusmidler. Siden prosjektet begynte er det også startet opp en landsdekkende legemiddelassistert rehabilitering. De første polikliniske tiltakene for metadonbrukere i Oslo vil derfor inngå i undersøkelsen. Hvem brukergruppene er i de ulike tiltakene, hvem som profiterer mest på de ulike tiltakene og til hvilke kostnader er sentrale spørsmål i undersøkelsen.

Døgntiltakene som er valgt ut til å delta i undersøkelsen anses å være typiske norske tiltak av både offentlig og privat type. Noen utgjør store enheter og andre små. Noen av tiltakene er plassert i landlige omgivelser mens andre har beliggenhet i Oslo. De fleste av tiltakene tar i mot begge kjønn, mens ett bare er rettet mot kvinner og to bare mot menn. Det er også en klar aldersforskjell i klientgruppene som rekrutteres til noen av tiltakene. Selv om alle behandlingstiltakene i undersøkelsen har geografisk beliggenhet i Oslo og i omkringliggende fylker, mener vi at *typen* tiltak som inngår i undersøkelsen er de vanligste som også benyttes på landsbasis.

Betegnelsen narkotikamisbrukere vil bli brukt om målgruppen i denne rapporten, selv om det i de fleste tilfellene dreier seg om et utstrakt blandingsmisbruk hvor både legale og illegale rusmidler inngår.

1.1 Generell problemstilling

En nytte-kostnads undersøkelse innenfor rusmiddelsektoren er vanskelig og vil by på en rekke interessante utfordringer i et flerfaglig skjæringsfelt. Hypotesene som undersøkes er derfor forankret både i sosialøkonomisk teori og i teorier og empiri fra behandlingsforskning.

Formålet med prosjektet er å få et bedre kunnskapsgrunnlag for hvordan ressursene bør brukes for å oppnå best mulig resultater i behandlingen av stoffmisbrukere. Vi vil analysere og sammenlikne ressursbruk og utfall i grupper av enkelttiltak og i enkelttiltak. Vi ønsker å kartlegge på hvilken måte kjennetegn ved klientene, sammen med ulike forhold knyttet til tiltakene og ulike behandlingsintervensjoner i tiltakene påvirker utfallet av behandlingen.

Et viktig aspekt ved dette er å undersøke hvordan sammenhengen er mellom ressursbruk og utfall. Jo lengre tid i behandling, jo mer ressurser brukes. Blir det bedre resultater jo lengre tid klientene er i behandling? Er det noen tiltak som gir bedre resultat ved lik eller mindre bruk av ressurser enn andre tiltak? Vi vil undersøke om det er slik at klienter med svært

begrensede psykososiale ressurser ikke kan oppnå resultater utover et visst nivå, uansett hvor mye som settes inn av behandlingmessige ressurser. Kan det i så fall tenkes at noen tiltak har for urealistiske ambisjoner på klientenes vegne i løpet av en behandlingsperiode? Hvis det er slik, kan en eventuelt frigjøre behandlingsressurser ved at klienter med lite endringspotensiale heller tilbys tiltak med relativt større innslag av omsorg og støtte og mindre innslag av aktiv behandling?

1.2 Behandlingssystemet for narkotikamisbrukere i Norge

I løpet av 1970 årene opplevde vi i Norge, som i mange andre vestlige land, en betydelig økning av illegal stoffmisbruk blant ungdom. Det ble i utgangspunktet møtt som en utfordring for helsevesenet, og det ble anlagt en strategi for å behandle stoffmisbrukere innenfor det eksisterende behandlingsapparatet, i hovedsak innenfor psykiatrien. Erfaringene med denne tilnærmingen førte imidlertid snart til en satsning på særtiltak for de nye gruppene av rusmiddelbrukere (Ravndal, 1994). Utbyggingen konsentrerte seg langs to hovedakser: poliklinisk baserte behandlingsformer og langtids døgntilrettelagt behandling.

1.2.1 Polikliniske tiltak

I 1976 gikk staten inn med 3-årige tilskudd til etablering av tverrfaglige team for poliklinisk behandling av unge stoffmisbrukere. Disse fikk betegnelsen psykiatriske ungdomsteam (PUT) og ble i hovedsak forankret innen det psykiske helsevernet. Etter hvert ble det opprettet ett eller flere ungdomsteam i alle landets fylker og ved utgangen av 2002 var det 26 slike team i Norge (Rustiltak.no, 2003). PUT'ene har aldri blitt systematisk evaluert, men en beskrivelse av modellen og dens viktigste funksjoner finnes (Heitun, 1988).

Flere av de psykiatriske poliklinikkene behandler rusmiddelbrukere, og det er utviklet kompetanse for rusmiddelbehandling ved de sosialmedisinske poliklinikkene. Økende aldersgjennomsnitt i misbrukerpopulasjonen og større grad av kombinasjoner av illegale rusmidler og alkohol har ført til at

stoffmisbrukere benytter seg av både de psykiatriske ungdomsteamene og polikliniske tilbud for rusmiddelmisbrukere generelt.

1.2.2 Døgntiltak

Utbyggingen av spesialiserte behandlingstiltak for stoffmisbrukere i Norge har reflektert en offisiell narkotikapolitikk med høye målsettinger om rusfrihet og full (re)habilitering. Sammenlignet med andre nordiske og europeiske land satser Norge fortsatt i langt større grad på langtids døgntilbud for stoffmisbrukere. Som for de polikliniske teamene, ble døgntilbud tidlig delvis forankret innen det psykiske helsevernet (Ravndal, 1994). Gjennom årene er ulike modeller prøvd ut med hensyn til faglig og organisatorisk tilknytning. Slik feltet har utviklet seg har vi etter hvert fått et bredt spekter av døgntiltak, de fleste private med offentlig støtte, men også en del fylkeskommunale.

Behandlingskollektivene utviklet seg på 1970-tallet og var inspirert av en solidaritets- og fellesskapsideologi som også preget tidsperioden. De besto som oftest av små enheter, ulike former for medleverskap mellom klienter og ansatte - og arbeid gjerne knyttet til gårdsvirksomhet (Schanche Andresen & Waal, 1978; Waal et al., 1981).

I 1993 var det registrert 24 slike kollektiver på landsbasis (Rundskriv no. 1-44/93, Helse- og Sosialdepartementet). Utviklingen har gått i retning av en sterkere profesjonalisering av kollektivene og en annen regulering av forholdet mellom ansatte og klienter. Noen av de tidlige kollektivene har vokst til større behandlingssystemer med flere avdelinger eller enheter. Kollektivbegrepet benyttes i mindre grad, og det er i dag vanskeligere å avgrense de tidligere kollektivene fra andre institusjonstyper.

Hierarkiske, terapeutiske samfunn ble i hovedsak etablert på 1980-tallet. Behandlingen i disse var primært gruppeorientert med en konfronterende tilnærming, kombinert med en klar arbeidsstruktur klientene imellom. Et annet trekk ved de terapeutiske samfunnene var at de benyttet tidligere klienter som behandlere. Denne modellen var internasjonalt utprøvd og

ble også gjenstand for en evaluering i Norge (Ravndal, 1994). Seks slike terapeutiske samfunn var registrert i Norge i 2003 (Rustiltak.no, 2003). Noen av de sentrale kjennetegnene ved modellen, som gruppebehandling og konfrontasjon som metode, synes nå å være mindre fremtredende.

Ulike andre institusjonstyper med psykososial behandling har vokst frem. HIV-epidemien utløste i annen halvdel av 1980-årene en omfattende handlingsplan for behandling og rehabilitering av stoffmisbrukere (Handlingsplanen mot stoffmisbruk, Helse og sosialdepartementet, 1988). Planen innebar blant annet en kraftig utvidelse av institusjonskapasiteten med 300-350 nye døgnplasser. De fleste tiltakene ble utviklet i Oslo og Østlandsregionen, men det ble også satset på utbygging av døgntiltak i andre deler av landet. Noen ble opprettet som storbytiltak, mens andre ble lagt til landlige omgivelser i god avstand fra bymiljøer. Enkelte av de sistnevnte ble etablert i tilknytning til gårdsdrift. Noen få tiltak er spesialiserte i forhold til bare menn eller kvinner. Det finnes i dag egne avdelinger/tiltak for gravide og for foreldre og barn. Godkjente institusjoner for benyttelse av tvangshjemler er også opprettet.

Felles for de fleste døgntiltakene er at de tilbyr behandling og oppfølging over lang tid (1-3 år). Målsettingen for behandlingen er i stor grad knyttet til rusfrihet og til integrering i det vanlige samfunnsliv med bolig og skole/arbeid.

Lov om sosiale tjenester som trådte i kraft i 1993 opphevet det organisatoriske skillet mellom tiltak for alkoholmisbrukere og tiltak for stoffmisbrukere. Dette skjedde på bakgrunn av at det gjennom årene har utviklet seg et misbruksmønster som i økende grad er sammensatt av flere narkotiske stoffer i kombinasjon med alkohol. Det er derfor faglige begrunnelser for å tone ned særtiltak både for alkoholmisbrukere og for stoffmisbrukere.

I 2002 var det registrert 156 døgntiltak for rusmiddelmisbrukere i Norge (Rustiltak no., 2003). I disse inngår også akuttenheter og omsorgstiltak.

Det arbeides nå med å utvikle gode klassifiseringer av de ulike tiltakstypene.

1.2.3 Legemiddelassistert rehabilitering

Norge ventet relativt lenge med å sette i gang substitusjonsbehandling for opiatmisbrukere sammenlignet med andre skandinaviske og europeiske land. På slutten av 1980-tallet ble det besluttet at metadon i første omgang skulle gies til HIV-positive stoffmisbrukere med betydelig immunsvikt (Østby, 1994). I 1994 ble det imidlertid satt i gang et treårig forsøksprosjekt med metadonassistert rehabilitering i Oslo for langtkomne opiatmisbrukere ut fra relativt strenge kriterier (Skretting, 1997; Ervik 1997). Forsøksprosjektet ble raskt fulgt opp av et Stortingsvedtak i 1997 om at det skulle etableres et nasjonalt program for bruk av metadon i behandling av langtkomne opiatmisbrukere (Waal et al., 2001). Målsettingen skulle være en helhetlig innsats for å forbedre den enkeltes livsvilkår og situasjon. Kriteriene for inntak var fortsatt strenge. Det er i dag etablert regionale sentre for medikamentassistert rehabilitering (MAR) i alle landets fem helseregioner. Ved utgangen av desember 2002 var 1984 klienter i behandling nasjonalt og 471 klienter stod fortsatt på venteliste (Rusmidler i Norge 2003).

Sammenfatningsvis kan en si at behandling av narkotikamisbruk alltid har vært et fagområde preget av relativt sterke politiske og ideologiske overtoner. Fremveksten og utviklingen av tiltakene, bortsett fra medikamentassistert rehabilitering, kan i liten grad sies å være forankret i forskningsbasert kunnskap. I Norge har imidlertid et sterkt og profesjonelt fagfelt gjennom årene vært premissleverandører i et tett samspill med beslutningstakerne. Den erfaringsbaserte, kliniske og praktiske kunnskapen har derfor spilt en viktig rolle i utformingen av tiltakene.

1.3 Eksisterende forskning

1.3.1 Behandlingsforskning

Både fra tidligere forskning og fra nyere undersøkelser i 90-årene vet vi relativt mye om klientkarakteristika innen norske behandlingstiltak for illegale rusmidler (Stang, 1976; Vaglum, 1979; Waal et al., 1981, Holsten, 1984; Ravndal et al., 1984; Ravndal, 1994; Myklebust, 1994, Tjersland, 1995; Arner et al., 1995; Lauritzen et al., 1997; Ravndal & Vaglum, 1998; Landheim et al., 2003). Hovedkjennetegn er mange års rusmiddelmissbruk, store psykososiale belastninger, høy dødelighet og liten integrasjon i familie og arbeidsliv. Det er imidlertid betydelige variasjoner i klientenes misbruks- og behandlingskarrierer, psykiske og fysiske helse og generelle psykososiale belastninger. Bortsett fra klienter i metadonassistert rehabilitering, de helt unge under 20 år og de yngste klientene i PUT'ene, synes behandlingssøkende klienter ofte å bli henvist til behandling uten systematisk utredning av problemene og uten særlig vurdering av tiltakenes profil og innhold (Arner et al., 1995; Ravndal, 2001). Det store frafallet i behandling kan blant annet ses fra dette perspektivet (Arner et al., 1995; Ravndal, 1994).

Norske undersøkelser av stoffmisbrukere i behandling viser at klientene ofte har en langvarig behandlingskarriere, hvor mange ulike tiltak har vært prøvd. Vi har imidlertid lite systematisk kunnskap om hvordan ulike misbrukskarrierer og psykososiale belastninger er knyttet til ulike behandlingskarrierer. Ulike livshendelser (religiøs omvendelse, fødsler, nye og nære kontaktforhold osv) synes også å ha en vesentlig innflytelse på forløpet av ruskarrierer og bør derfor kartlegges i forbindelse med behandlingsutfall (Vaglum, 1979; Ravndal et al., 1984; Holsten, 1984). Resultater fra norsk behandlingsforskning samsvarer i hovedsak med de konklusjonene internasjonal behandlingslitteratur trekker (Bergmark et al., 1989; Hendriks, 1990; Byqvist, 1997; Hubbard et al., 1997; Pedersen, 1999; Gossop et al., 1997; 1998; 1999; 2001; 2002). Hovedkonklusjonene fra en omfattende gjennomgang av behandlingsstudier fra 1990 er fortsatt gjeldende for de fleste undersøkelsene på området (Anglin & Hser, 1990):

- Det finnes ingen enkel behandling for narkotikavhengighet. Når avhengighet har oppstått, vil problemet ofte være av en slik art at tilbakefall synes hyppig forekommende.
- De fleste behandlingstiltak som fullføres har en viss positiv effekt på narkotikamisbruk, kriminalitet, sysselsetting og andre aspekter av psykososial fungering.
- For de fleste tiltak er det slik at jo lengre tid en er i behandling, jo bedre er langtidseffekten.
- En stor andel av dem som begynner i behandling, er i behandling bare noen få uker. Frafallsprosenten er stor i alle typer tiltak, bortsett fra noen typer metadonprogrammer.
- Typisk vil ekteskap, fast arbeid, kort misbrukshistorie, liten grad av psykologiske problemer og lav kriminalitet predikere bedre resultater i alle typer behandling.
- Demografiske variabler kan i noen grad påvirke sannsynligheten for å gå inn i behandling, men i liten grad påvirke resultatet av behandlingen.
- Tiltaks karakteristika som bemanningskvalitet, tjenestebredde og ideologi er ofte av stor betydning for resultatet, men i liten grad tatt med i behandlingsevalueringer.

1.3.2 Økonomisk forskning

Det er i Norge og internasjonalt gjort svært få empiriske nytte-kostnads analyser av behandlingstiltak innenfor rusmiddelsektoren. French (1995) hevder i et omfattende litteratursøk på nytte-kostnads analyser av behandling for narkotikamisbrukere at gode analyser ikke finnes. Aspler & Harding (1991) sier i sin omfattende gjennomgang av nytte-kostnads analyser at knapphet på gode behandlingsstudier og fravær av nytte-kostnads analyser, gjør at en bare kan spekulere omkring nytte og kostnader av behandling for denne målgruppen.

Fordi feltet er så nytt og lite beskrevet, er det lett å finne svakheter ved den eksisterende forskningen. For det første er studiene ofte ikke sammenlignende, det vil si de undersøker nytten og kostnaden av en type behandling i motsetning til å *sammenligne* nytten og kostnaden ved flere ulike typer behandling. For eksempel ser mange av de tidligere studiene på nytten og kostnaden ved medikamentassistert rehabilitering, og i langt mindre grad på nytten og kostnaden ved andre behandlingstyper (Andresen & Jentoft, 2002; Gutzwiller & Steffen, 2000). Man kan argumentere for at man kan få den ønskede oppsummeringen ved å sammenligne resultatene fra ulike enkeltstudier, men dette blir ofte vanskelig fordi de ulike studiene bruker forskjellige kostnadsbegreper og metoder. Det var derfor et behov for en undersøkelse hvor man samtidig sammenlignet nytten og kostnaden ved flere ulike typer behandlinger.

En oppsummering av de relativt få studiene hvor man har diskutert nytten og kostnaden ved behandling, understreker også metodiske svakheter ved flere av undersøkelsene (French, 1995). For eksempel er det få som har gjort sammenlignende studier hvor man også tar hensyn til at klientene som kommer inn i de ulike behandlingstypene ofte er systematisk forskjellige. Et noe dårligere resultat for en type behandling kan dermed skyldes at man har en "tung" klientgruppe og ikke at behandlingen i seg selv er dårligere enn i andre behandlingstyper. Et annet problem er at mange av undersøkelsene, spesielt i Norge, har relativt få observasjoner, noe som gjør at resultatene blir usikre.

Kritikken ovenfor bør ikke tolkes som at tidligere forskning på området er verdiløs. Man kan i høy grad dra nytte av tidligere forskning i valget av både problemstillinger og metoder. Det er da naturlig å se på svakheter og mangler som kan forbedres.

1.4 Problemstillinger

1.4.1 Ulike tiltakstyper

En hovedproblemstilling i denne studien er å sammenligne ulike tiltakstyper som er mest brukt i behandling av stoffmisbrukere i dag. I utgangspunktet vet vi at poliklinisk behandling er et langt billigere behandlingstilbud enn behandling i døgntiltak. En sammenligning av utfallet i døgntilrettelagt behandling og i poliklinisk behandling er derfor viktig. Poliklinisk behandling består både av medikamentfri behandling og legemiddelassistert rehabilitering. Disse behandlingstilnærmingene er imidlertid svært forskjellige og inntakskriteriene til legemiddelassistert rehabilitering er spesifikke både med hensyn til alder og rusmiddelkarriere. Det gjør det viktig å skille mellom de to formene for poliklinisk behandling.

Et viktig spørsmål er om klienter som i dag får døgntilrettelagt behandling kunne ha greid seg like bra i poliklinisk medikamentfri behandling, eller om det foregår en systematisk seleksjon til poliklinisk behandling i form av mindre belastede klienter? En kan også tenke seg at klienter med spesifikke problemer får vel så god hjelp i poliklinisk behandling som i døgntilrettelagt behandling. Eller er det slik at mange klienter som henvises til medikamentfri poliklinisk behandling i liten grad synes å dra nytte av denne typen behandling, og dermed bidrar til en sløsing av ressurser som heller kunne vært brukt på flere "passende" klienter?

Legemiddelassistert rehabilitering er i utgangspunktet rettet mot en bestemt klientgruppe ut fra en oppfatning om at det er denne klientgruppen som i størst grad vil profitere på behandlingen. En sammenligning med tilsvarende klienter i medikamentfri døgntilrettelagt behandling vil være viktig for å undersøke om noen av disse klientene greier seg like godt i ordinær døgntilrettelagt behandling eller eventuelt i medikamentfri poliklinisk behandling. Selv om de kortsiktige kostnadene alltid vil være størst i døgntilrettelagt behandling, er det likevel et spørsmål om hvilken type behandling

som vil lønne seg best på sikt både i forhold til økonomiske ressurser og i forhold til klientens hjelpebehov.

Døgnbehandling består av ulike behandlingsinnretninger og muligens henvises spesielle klientgrupper til ulike institusjoner. To døgntiltak er med i undersøkelsen nettopp fordi behandlingen og klientene skiller seg klart fra de øvrige tiltakene (ungdomstiltakene). Klientene utgjør den aller yngste gruppen (15-20 år), og behandlingen er oftest basert på tvangsvedtak i følge barnvernsløven og delvis på samleverskap mellom klienter og personale. Disse to tiltakene og deres klienter vil derfor analyseres for seg selv.

1.4.2 Ulike undergrupper av klienter

Behandlingsforskning viser at undergrupper av klienter kan ha forskjellig nytte av ulike typer behandling på ulike tidspunkt i ruskarrieren. Både ungdomstiltakene og metadonassistert behandling er eksempler på det. Det er derfor viktig å undersøke på hvilken måte ulike klientkjennetegn og klientegenskaper kan påvirke nytten av behandling i ulike tiltakstyper. Slike variabler er alder, kjønn, rusmiddelbelastning, psykisk og fysisk helse, psykososiale barndomsbelastninger (foreldres rusbruk, psykisk og fysisk mishandling, seksuelle overgrep etc.), tidligere behandling og kriminalitet. Også klientenes preferanser i form av ønsker om behandling i spesielle tiltak, grad av frivillighet, frivillig tvang og soning i behandlingsinstitusjon kan være faktorer som kan bidra til utfallet av behandlingen.

1.4.3 Ulike egenskaper ved tiltakene

Bortsett fra den grove inndelingen av tiltakene i tiltakstyper, kan det også være egenskaper ved tiltakene som går på tvers av tiltakstypene som kan virke inn på behandlingsutfallet. Slike egenskaper kan være kjønnsbaserte versus kjønnsblandede tiltak, store tiltak versus små, geografisk beliggenhet som by versus land, familietiltak/enheter versus individrettede tiltak og tiltakenes bemanning. Noen tiltak kan ha en høy personalbemanning i forhold til klientantallet mens i andre tiltak kan den

være lav. I noen tiltak er andelen profesjonelle behandlere høy, mens den er lav i andre. Både bemanning og antall profesjonelle per klient kan utgjøre betydelige kostnadsforskjeller tiltakene imellom. Små tiltak blir også ansett for å være dyrere å drive enn store tiltak.

1.4.4 Ulike behandlingsintervensjoner ved tiltakene

Ut fra et kostnadsperspektiv er det viktig å undersøke om klienter i tiltak med lengre behandlingstid, alt annet likt, har bedre behandlingsutfall enn klienter i tiltak med kortere behandlingstid. Hvis klienter med samme psykososiale belastninger kommer like godt ut av behandling med en betydelig kortere behandlingstid enn klienter i tiltak med lengre behandlingstid er det grunn til å redusere oppholdstidens lengde. Det kan imidlertid også vise seg å være motsatt - at klienter med planlagte, korte behandlingsopphold kommer dårligere ut enn klienter som er i langvarige behandlingsopplegg. I så fall vil det være grunn til å forlenge de korte oppholdene. En kan også tenke seg forskjellige behandlingsutfall for behandlingsopplegg som primært er individbasert versus gruppebasert, i forhold til mengde og kvalitet av skole- og yrkesopplæring, i forhold til satsning på parbehandling, opplæring i omsorg for barn og i forhold til ulik kvalitet på relasjonen mellom terapeut og klient.

Noe som for øvrig gjelder for alle de ovenfor nevnte problemstillingene er at analyser på et så detaljert nivå kan by på problemer både med hensyn til utvalgets størrelse og kompleksiteten i sammenligningene.

2 Materiale og metoder

2.1 Design

Undersøkelsen er lagt opp med et naturalistisk, prospektivt kohort design både ut fra problemstillingenes art, og ut fra hva som lot seg praktisk gjennomføre på en etisk, forsvarlig måte. Selv om et randomisert, kontrollert design ofte blir ansett som det optimale for å måle behandlingseffekt, har et slikt design vist seg lite vellykket i flere behandlingsstudier (Bale et al., 1980; Hall, 1984; Finch et al., 1994; Kleber, 2002). For det første er frafallet ofte stort både i eksperiment- og kontrollgruppen. For det andre kan det oppstå randomiseringskjevhet, hvilket vil si at bare en spesiell gruppe klienter vil være interessert i å delta i en slik studie, og for det tredje kan klientene være mindre motiverte for behandling når de ikke selv kan velge den aktuelle behandling. En av de viktigste fordelene med en randomisert, kontrollert studie er kontroll av seleksjonen til en veldefinert og avgrenset behandlingsprosedyre hvor de uavhengige variablene er kjente og kan reguleres av forskeren. Hensikten med vår studie er å måle utfallet i forhold til en naturlig variasjon i klientvariabler og variabler i ulike, men vanlige behandlingstiltak.

Fordelen med et prospektiv design er at vi får mer reliable og valide data både i forhold til nytte(r) og kostnader enn ved et retrospektivt design. Ved å inkludere flere forskjellige tiltak kan vi fange opp mangfoldet i behandlingstyper og metoder og i ulike behandlingsbehov. Utvalget består av 482 klienter fra 20 tiltak som følges opp over en to-års periode. Undersøkelsen omfatter tre intervju-tidspunkter med ett års intervall. Intervjuene gir oss datagrunnlaget som vil danne basis for å måle utfallet av behandlingene. Klientenes behandlingserfaring mellom intervju-tidspunktene er også kartlagt, slik at vi kan innhente opplysninger om ressursbruk i de tiltakene de eventuelt har vært innom etter at de har sluttet i rekrutteringstiltaket.

Undersøkelsen dekker ikke den enkelte klients samlede behandlingskarriere når vi bare har to års observasjonstid. Men med 482 klienter vil ulike tidsvinduer i karrierer presenteres og samlet kunne gi bilder av ulike behandlingskarrierer. Dessuten vil vi supplere de løpende opplysninger om tid i behandling med data om eventuelle behandlingskarrierer *før* rekrutteringsintervjuet. Studien er planlagt med en tredje oppfølging.

2.2 Materiale

Totalutvalget består av 482 klienter som ble rekruttert fra 20 tiltak i perioden januar 1998 til juli 2000 (Tabell 1). I utgangspunktet ønsket vi et utvalg på minimum 400 klienter slik at undergrupper i analysen ikke ble for små. Rekrutteringen av de første 407 klientene fra 16 tiltak ble avsluttet i juni 1999.

I 1997 besluttet Stortinget at det skulle etableres et nasjonalt program for bruk av metadon i behandling av opiatmisbrukere (Waal et al., 2001). I 1999 startet de første tiltakene opp i Oslo, og vi valgte derfor også å inkludere de fire metadonenhetene i Oslo. I tidsrommet juni 1999 til juni 2000 ble 75 klienter fra de fire metadontiltakene (MARIO, MARS, MAR-Tøyen, MAR-Bygdøy) rekruttert. Gitt de ressursene vi hadde til rådighet, fant vi det ikke mulig å utvide utvalget ytterligere.

Utvelgelsen av tiltakene var basert på flere premisser. I utgangspunktet var vi opptatt av å få med et så variert utvalg av tiltak som mulig. Utvalget skulle avspeile geografisk spredning i forhold til by og land, små og store tiltak, tiltak med ulike organisasjonsformer og eierforhold, tiltak med tildels ulik ideologi og ulike metoder, og noe forskjellig kjønns- og alderssammensetning blant klientene. Denne variasjonsbredden var det mulig å få dekket gjennom tiltak i Oslo og omkringliggende fylker.

Tabell 1. Antall klienter i ulike tiltakstyper (n=482).

Tiltakstyper	Antall klienter
Store døgntiltak	118
Veslelien	40
Tyrili	31
Origo	24
Ullvin	23
Hierarkiske terapeutiske samfunn (HTS)	94
Veksthuset og ”Tunnelen”	57
Phoenix House Haga	37
Små døgntiltak	64
AFS, Vinderen	15
Mørk gård (kun menn)	14
Statens klinikk for narkomane	13
Kimerud (kun menn)	11
Arken (kun kvinner)	11
Døgntiltak for ungdom	31
Klokkergården	16
Fossumkollektivet	15
Polikliniske psykiatriske ungdomsteam (PUT)	100
PUT Gaustad	34
PUT Ullevål	33
PUT Lovisenberg/Diakonhjemmet	33
Polikliniske metadontiltak (MAR)	75
MAR-Tøyen	29
MARIO-Ullevål	19
MAR- Bygdø alle	18
MARS	9
SUM	482

Siden en betydelig del av behandlingstilbudet for denne klientgruppen er basert på døgnbehandling i et langtidsperspektiv, og med full (re)habilitering som målsetting, fant vi det naturlig å ta med de fleste av institusjonene i Oslo og omegn. Tiltakene er relativt kostnadskrevenne og svært sentrale når en skal vurdere kostnader opp mot nytte av behandling for ulike grupper klienter. To av tiltakene ble valgt fordi de i hovedsak er basert på tvang og er tilbud for de helt unge (15-20 år). Døgniltakene skiller seg noe fra hverandre både ved faglig, ideologisk og organisatorisk forankring. Eierforholdene og den forvaltningsstruktur de inngår i er også forskjellig.

Selv om hovedtyngden av behandlingsressursene er knyttet opp til døgninstitusjoner, foregår en stor andel av behandlingen av narkotikamisbrukere også ved de psykiatriske ungdomsteamene (PUT'ene). Fordi disse tiltakene er polikliniske og langt mindre kostnadskrevenne enn døgninstitusjonene var de viktige å inkludere i undersøkelsen.

Valget av tiltak i Oslo og nærliggende fylker begrenset rekrutteringsområdet geografisk og dermed også kostnadene til intervjuing av klientene.

Det endelige utvalget er dermed rekruttert fra 13 døgniltak i Oslo og omkringliggende fylker og fra 7 polikliniske tiltak i Oslo. Tre av de polikliniske tiltakene utgjør psykiatriske ungdomsteam (PUT) mens de fire andre er medikamentassistert rehabilitering (MAR). Døgniltakene representerer hele spekteret av de mest sentrale tiltakstypene innen behandlingsfeltet: 4 store døgninstitusjoner (1 med familieavdeling), 2 hierarkiske terapeutiske samfunn, 2 kollektiver for unge misbrukere primært basert på tvangsvedtak, 5 mindre institusjoner (2 bare for menn, 1 bare for kvinner, 1 bare med familieavdeling og 1 for begge kjønn). Utvalget består dermed av de vanligste behandlingstiltak for klienter med illegalt stoffmisbruk i Norge.

Tiltakene kan inndeles etter ulike kriterier, alt etter hvilke problemstillinger man vil ha belyst. I denne rapporten har vi i første omgang valgt å gruppere tiltakene på følgende måte: døgntiltak spesielt for ungdom, øvrige døgntiltak, medikamentfri poliklinisk behandling og medikamentassistert poliklinisk rehabilitering. Selv om det er få personer i de to døgntiltakene for ungdom er det viktig å se på denne gruppen for seg. For det første var alle ungdommene ved rekrutteringstidspunktet under 20 år, for det andre var en stor andel av ungdommene innlagt ved bruk av tvangsvedtak (Lov om barnevernstjenester) og for det tredje rekrutterer disse to døgntiltakene ungdommer fra hele landet. Både i PUT'ene og i MAR-tiltakene foregår behandlingen poliklinisk og skiller seg slik ut fra døgnbehandling. Det er viktig å se på kostnadene og nytten i de to polikliniske behandlingsformene separat, særlig fordi MAR-tiltakene primært rekrutterer eldre og meget belastede klienter, mens PUT'ene i hovedsak skal rekruttere yngre klienter.

2.2.1 Utvalgsprosedyrer

Rekrutteringsintervjuene ble foretatt fortløpende av nye klienter i tiltakene. Definisjonen av en ny klient i denne sammenhengen er at vedkommende ikke har vært i behandling innenfor rekrutteringstiltaket i løpet av siste tre måneder, og heller ikke har blitt intervjuet for undersøkelsen i et annet tiltak. Deltagelsen var frivillig og basert på et informert samtykke. Intervjuene ble forsøkt gjennomført i løpet av de to første ukene i behandling i døgntiltakene. De fleste intervjuene ble foretatt innenfor denne tidsperioden, men noen av behandlingstiltakene, som selv utførte rekrutteringsintervjuene, hadde problemer med å administrere intervjuene innenfor den avtalte perioden. I PUT'ene ble klientene forespurt om intervju så snart som mulig etter annen samtaletime. Klientene i metadontiltakene ble intervjuet like etter avrusning, under opptrapping på metadon.

For å kontrollere at våre utvalg av klienter fra de forskjellige tiltakene var representative for *alle* klientene i den til sammen to og et halvt år lange

rekrutteringsperioden, ble det registrert noen grunnlagsdata på klientene som var innom enkelttiltakene i løpet av samme periode, men som av ulike grunner ikke ble med i undersøkelsen. De fire hovedgrunnene til at klientene ikke ble med var at de hadde vært innom samme tiltak i løpet av de siste tre måneder, at de hadde blitt intervjuet i et annet tiltak som også var med i undersøkelsen (klienter som ikke oppfylte våre kriterier), at behandlingspersonalet ikke greidde å lage en intervju samtale med dem før de forlot tiltaket, eller at de selv ikke ville (fracfallsklienter). Til sammen var det 205 klienter som kunne vært med i undersøkelsen i følge våre to kriterier, men som tiltaket ikke greidde å lage en intervjuavtale med eller som nektet å delta (Tabell 2).

Tabell 2. Klienter som ikke oppfylte våre kriterier for rekruttering, fracfallsklienter og deltagende klienter.

Type tiltak	Klienter som ikke oppfylte kriteriene	Fracfalls-klienter	Deltagende klienter
Veslelien	11	10	40
Tyrili	0	4	31
Origo	0	0	24
Ullvin	15	5	23
Veksthuset	5	3	57
Phoenix House Haga	0	0	37
AFS, Vinderen	0	1	15
Mørk gård	0	1	14
SKN	0	0	13
Kimerud	3	0	11
Arken	3	0	11
Klokkergården	0	0	16
Fossumkollektivet	0	0	15
PUT Gaustad	229	63	34
PUT Ullevål	54	52	33
PUT Lov/Dia.	65	43	33
Metadon-tiltakene	0	23	75
Totalt	385	205	482

Grunnlagsdataene skulle ideelt utgjøre: inn- og utdato, kjønn, alder, hovedrusmiddelbruk, påtagelige psykiske problemer og frafallsgrunn. Hovedrusmiddelbruk og psykiske lidelser ble noen ganger ikke registrert like systematisk. Den vanligste grunnen til dette var at klienten var for kort tid i behandlingstiltaket. Det var særlig i PUT'ene at gjennomstrømmingen av klienter var stor. Av forskjellige grunner møtte klientene ofte kun til en eller to samtaler og var dermed ikke aktuelle for vår undersøkelse.

Frafallet var lite i døgntiltakene bortsett fra ved en institusjon, mens det i PUT'ene var betydelig på grunn av den store gjennomstrømmingen. Kjønn- og aldersmessig synes våre utvalg av klienter ved de tre PUT'ene å være representative for totalpopulasjonen i disse tiltakene i rekrutteringsperioden på ett og et halvt år. Mindre ulikheter i kvinneandelen mellom totalt antall klienter og de som deltok i undersøkelsen fra de tre PUT'ene, synes ikke å være systematisk og går begge veier. At de deltagende klientene ved PUT Gaustad var noe eldre enn de som ikke var med i undersøkelsen sier muligens noe om at de eldre var mer stabile og dermed lettere å få intervjuet.

Det er noe problematisk å sammenligne rusmiddelbruken mellom PUT-klientene som ikke deltok i undersøkelsen og de som ble med. De som falt fra, var ikke spurt om rusmiddelbruken på samme systematiske måte som de deltagende klientene. Imidlertid avtegnet det seg to relativt forskjellige bruksmønstre både blant de deltagende og de ikke-deltakende klientene ut fra den informasjonen som forelå. En gruppe brukte sprøyter og såkalte tunge stoffer som heroin og amfetamin, mens den andre gruppen primært brukte cannabis. Begge bruksmønstre, samt blandingsmisbruk, var utbredt i begge gruppene. Slik sett er det lite som tyder på at PUT-klientene som inngår i vår undersøkelse skiller seg særlig fra de som ikke deltok når det gjelder rusmiddelbruken.

Også i døgntiltakene var det lite som skilte klientene som ikke deltok i vår undersøkelse og de som deltok. Dette gjaldt både i forhold til kjønn, alder

og rusmiddelbruk. Kvinneandelen blant de klientene som falt fra i det ene døgntiltaket var høy, men synes å bero på en tilfeldighet. Samlet sett er det lite som tyder på at klientene i vår undersøkelse ikke er representative for totalpopulasjonen i tiltakene i løpet av rekrutteringsperioden. At gruppen av klienter som falt fra i PUT'ene er en mer ustabil gruppe enn de som deltok er en mulighet, men dette er vanskelig å bekrefte.

2.3 Instrumenter

Ved rekrutteringstidspunktet ble det brukt et personlig, strukturert intervju (EuropASI) og tre selvutfyllings- skjemaer (MCMI II, SCL-25, CTQ).

2.3.1 European Addiction Severity Index (EuropASI)

Hovedinstrumentet både ved rekruttering og ved begge oppfølgingene er det internasjonalt anerkjente European Addiction Severity Index (EuropASI) som er en europeisk bearbeidet versjon av femte utgave av the Addiction Severity Index (McLellan et al., 1980, Kokkevi & Hartgers, 1994). EuropASI er et relativt kort og strukturert intervju for å kartlegge ulike aspekter av klientens liv. Intervjuet er laget til bruk for både kliniske og forskningsmessige formål, og dekker syv områder: rusmiddelbruk, fysisk og psykisk helse, arbeid/forsørgelse, familie og sosiale forhold, og kriminalitet. EuropASI inneholder både en subjektiv klientvurderingsskala (skåre: 0-4) og en intervjuervurderingsskala (skåre: 0-9). Klientens vurderingsskala viser klientens vurdering av egen situasjon på hvert problemområde, mens intervjuers alvorlighetsrangering gir en problemprofil som er laget primært for kliniske formål. I tillegg finnes også en sammensatt matematisk vektet indeks på hvert problemområde ("composite score"), som er konstruert for forskningsformål.

EuropASI består av en rekrutteringsmodul og en oppfølgingsmodul. Vi har selv tilføyd noen spørsmål til EuropASI som vi mente var av betydning for vår undersøkelse. Under området arbeid/forsørgelse har vi tilpasset variablene til norske trygdeordninger, under området rusmiddelbruk har vi i tillegg spørsmål om tidligere behandlingserfaringer,

under området familiehistorie har vi føyd til spørsmål om egne barn/omsorg for egne barn, problemer i grunnskolen og kontakt med barnevernet. Innledningsvis i rekrutteringsintervjuet har vi åpne spørsmål om klientens forklaringer på egen rusmiddelbruk, og ved avslutning av hvert oppfølgingsintervju stilles ulike spørsmål som krever refleksjon fra klienten om den aktuelle behandlingen. Rekrutteringsintervjuet tok mellom en og to timer å fullføre.

2.3.1.1 Intervjuprosedyrer

Det ble arrangert et to-dagers EuropASI kurs for prosjektmedarbeiderne og for de av tiltakene som ønsket å bruke egne medarbeidere til å intervjuer. Ti tiltak valgte selv å gjøre rekrutteringsintervjuene (Veslelien, Phoenix House Haga, Ullvin, Kimerud, Hov i Land, Tyrili, PUT Ullevål og de fire MAR-tiltakene). Forøvrig intervjuet prosjektmedarbeiderne resten av utvalget som besto av 231 klienter. Alle skjemaene fra de tiltakene hvor ansatte selv intervjuet, ble nøye gjennomgått av prosjektmedarbeiderne og rettet opp ved feil. Ved uklarheter ble det konferert med den aktuelle intervjuer for å sikre riktig skåring. Prosjektgruppen vurderte i fellesskap usikre skåringer.

All informasjon i våre intervjuer er basert på selvrapportering i kliniske miljøer, og det er viktig å vurdere dataenes reliabilitet og validitet.

EuropASI intervjuene er strukturerte og består av spørsmål og indekser som er utprøvd i en rekke andre studier (McLellan et al., 1980; Hodgins & El-Guebaly, 1992; Leonhard et al., 2000). De forskjellige temaene introduseres på en standardisert og gjennomarbeidet måte. Det er krav til opplæring for å kunne gjøre ASI intervjuer. Alle intervjuerne fikk i tillegg løpende veiledning. Prosjektmedarbeiderne sjekket skåringer etter hvert intervju, og tvilsomme skårer ble drøftet. I tillegg til enkeltskårer ble den sammensatte indeksen ("composite score") for bruk i forskning anvendt på alle problemområder i dataanalysene.

Validiteten av data er i stor grad avhengig av profesjonalitet i intervjusituasjonen og av den tillit som etableres mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Alle tiltakene som brukte egne intervjuere, hadde valgt ut kompetente erfarne personer som hadde god trening i å forholde seg til rusmiddelmissbrukere. Vårt generelle inntrykk fra tidligere og lignende undersøkelser er at gitt en trygg og meningsfylt intervjusituasjon, er disse klientene åpne og ærlige om sin livssituasjon. Dette er også godt dokumentert i tidligere forskning med stoffmisbrukere der selvrapporing er blitt sammenlignet med journaldata og informasjon fra familie og nærstående (Stang, 1976; Vaglum, 1979; Maisto et al., 1982-83; Holsten, 1984; Ravndal et al., 1984; Simpson, 1984; Bergmark et al., 1989; Hser et al., 1993; Ravndal, 1994; Gossop et al., 1997). Stor grad av overensstemmelse er også funnet mellom oppgitt rusmiddelmissbruk og bruk av urinanalyser (Sobell & Sobell, 1986; Hser et al., 1993; Gossop et al., 1997). Prosjektgruppas erfaring med intervjuene var at nesten alle klientene fant det meningsfylt med en såpass inngående og strukturert samtale i forbindelse med inntaket til en ny behandling.

ASI instrumentet har gjennomgående et tidsvindu på siste 30 dager. Noen av klientene i undersøkelsen var i et kontrollert miljø deler av siste måned før rekrutteringsintervjuet, bl.a i avrusningsinstitusjon, inntaksenhet eller fengsel. Måleperioden måtte derved skyves noe tilbake i tid slik at base-line avspeilet en reell problemmåned før eventuelt kontrollert miljø. Dette kan ha skapt noe usikkerhet i rapporteringen. Det synes likeledes som om ASI anslagene av psykiske helseplager siste 30 dager påvirkes i større grad av både inntak av rusmidler og andre situasjonsbetingede svar enn f.eks SCL-25 instrumentet. Denne antagelsen trekkes inn i vurderingen av resultatene.

2.3.2 Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II)

MCMI-II er et skjema som klientene fyller ut selv og som måler ulike trekk og personlighetsforstyrrelser i følge DSM-III-R (Millon, 1987). Det består av 175 utsagn som personen svarer rett eller galt på. Utsagnene danner basis for 24 kliniske skalaer og en skala for validitet. MCMI er

tidligere mye brukt for å kartlegge personlighetsforstyrrelser og kliniske symptomer blant rusmiddelmisbrukere både internasjonalt og nasjonalt (Craig & Weinberg, 1992; Alnæs & Torgersen, 1989a; 1989b; Torgersen & Alnæs, 1990, Landheim & Bakken, 2003). Skårer på MCMI blir rapportert som basisrate (BR) skårer som er transformerte råskårer og justert for kjønnsforskjeller. En BR skåre på 35 representerer median skåren i en normalpopulasjon og en BR skåre på 60 medianen i forskjellige kliniske populasjoner. En klient som skårer 85 eller mer blir betraktet som et klinisk tilfelle. I gjennomsnitt tar skjemaet ca. 30 minutter å fylle ut.

I vår undersøkelse ble skjemaet i hovedsak fylt ut samme dag som EuropASI intervjuet ble foretatt, det vil si i løpet av de to første ukene etter inntak i behandlingen.

MCMI har blitt omtalt i en rekke artikler og bøker (Ravndal, 1994) hvor hovedtemaene har vært sammenligninger mellom DSM-III, DSM-III-R (American Psychiatric Association 1980, 1987), andre selvrapporteringsinstrumenter som måler personlighetsforstyrrelser, diskusjoner omkring faktorstrukturen og MCMI's ulike former for validitet. Generell informasjon om MCMI's reliabilitet og validitet er utførlig presentert i manualen (Millon, 1987).

Det har også vært diskutert hvorvidt selvrapporteringskjemaer er like godt egnet til å måle personlighetsforstyrrelser som personlige, strukturerte intervjuer. Generelt kan en stille spørsmål ved forventningene om å finne høy grad av samsvar mellom personlighetsforstyrrelser framkommet ved hjelp av selvrapporteringskjemaer versus personlige, strukturerte intervju. Selv om begge fremgangsmåtene vil identifisere et visst antall av de samme forstyrrelsene, vil de høyst sannsynlig kartlegge noe ulike dimensjoner av en felles underliggende personlighetsforstyrrelse på grunn av de ulike tilnærmingene (Torgersen & Alnæs, 1990; Butler et al., 1991).

Ideelt sett skulle det ha gått minimum en måned fra inntak til et selvrapporingsskjema som MCMI blir brukt, slik at symptomer i forbindelse med rusmiddelbruk og et generelt ustabil liv hadde flatet ut. Et alternativ hadde også vært å fylle ut MCMI ved gjentatte tidsintervaller. Ved å utsette måletidspunktet en hel måned ville vi imidlertid ha mistet mange av klientene på grunn av frafall i behandlingen. Det samme ville ha gjort seg gjeldende med flere måletidspunkter, selv om man da kunne fått et mindre utvalg med repeterte målinger. Av ressursmessige hensyn var ikke dette aktuelt i denne undersøkelsen.

2.3.3 Symptom Checklist-25 (SCL-25)

SCL-25 er et kort skjema som klientene fyller ut selv og som måler angst og depresjon, eller om en vil "samlet nervøsitet" (Derogatis et al., 1974). Skjemaet består av 25 spørsmål, ti vedrørende angst og femten som omhandler depresjon. På hvert spørsmål angir klienten om den aktuelle plage har vært tilstede siste uke i det hele tatt, litt, moderat, ganske mye eller veldig mye. På bakgrunn av svarene kan tre indeksverdier beregnes: en for angst, en for depresjon og en for "samlet nervøsitet" (Global Symptom Index, GSI). Skjemaet er ofte brukt både internasjonalt og nasjonalt for å måle nervøsitet både i kliniske populasjoner og i befolkningen generelt (Moum, 1992). Klienter som skårer høyere enn 1.0 blir klassifisert som klinisk tilfelle på SCL-25. Skjemaet tar bare noen minutter å fylle ut.

I vår undersøkelse ble skjemaet fylt ut i forbindelse med EuropASI intervjuet, det vil si i løpet av de to første ukene etter inntak i behandlingen og ved begge oppfølgingstidspunktene.

SCL-25 er et meget brukt instrument i både nasjonale og internasjonale undersøkelser (Moum, 1992). Når det gjelder validiteten konkluderer flere undersøkelser med at en relativt sterk dimensjon av "generell nervøsitet" synes å gå gjennom alle itemene, og at de ikke skiller tydelig nok mellom depresjon og angst (Moum, 1992). Derfor bruker vi også i denne

undersøkelsen som oftest GSI-indeksen som et mål på ”generell nervøsitet”.

2.3.4 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

CTQ er et kort skjema som klientene fyller ut selv og som kartlegger traumatiske opplevelser i oppveksten opptil 15 år (Bernstein & Fink, 1998). Skjemaet består av 28 utsagn hvor klientene svarer om utsagnet for dem ikke er riktig, sjelden riktig, noen ganger riktig, ofte riktig eller svært ofte riktig. Skjemaet måler fem ulike traumatiske områder: følelsemessig misbruk, fysisk misbruk, seksuelt misbruk og følelsemessig og fysisk forsømmelse. For hver av de fem indeksene blir de tilhørende skårene på enkeltutsagnene summert og danner den totale skåren for hver enkelt indeks. Hver totalskåre kan variere fra 5 til 25 og gir en kvantitativ indeks for alvorlighetsgraden av hvert traumeområde. Jo, høyere skåre, jo alvorligere traume. Skjemaet tar mellom fem og ti minutter å fylle ut.

I vår undersøkelse ble skjemaet fylt ut etter intervjuing med EuropASI, det vil si i løpet av de to første ukene etter inntak i behandlingen.

Et sentralt spørsmål ved bruk av retrospektive selvrapporteringskjemaer er hvorvidt det personene rapporterer virkelig har hendt, eller om det handler om rekonstruksjoner basert på retrospektive tolkninger av hendelser. Dette fundamentale spørsmålet reflekterer en stadig pågående debatt blant ulike skoleretninger innen minneforskning (Neisser, 1982). I litteraturen om selvbiografiske minner blir det ofte referert til ”*scripted*” eller ”*generic memories*”. Slike minner er mer kjennetegnet av litt perifere, men ofte gjentatte omstendigheter omkring selve hendelsen enn av den konkrete hendelsen selv. På den måten er et *scripted* minne en slags form for rekonstruksjon. Spørsmålet blir hvor korrekte disse minnene er. Dette kan bare avgjøres av pålitelig tilleggsmåling som ofte er vanskelig tilgjengelig når det gjelder misbruk eller forsømmelse av forskjellig slag i oppveksten. Imidlertid konkluderer den forskningen som finnes på området at når det gjelder hendelser som er uvanlige, uventede og med

bestemte konsekvenser, som traumatiske barndomsopplevelser, så er som oftest slike rapporteringer sannferdige (Brewin et al., 1993). Det synes også som om traumatiske barndomsopplevelser som oftest blir husket ved sentrale trekk, mens mer perifere detaljer glemmes (Olio, 1994; Williams, 1994). Slik sett skulle et instrument som CTQ kunne fange opp de mest vesentlige traumatiske hendelser fra barndommen.

Et annet problem i forhold til validiteten er selvsagt at personer bevisst eller ubevisst kan fortrenge traumatiske barndomsopplevelser. Andre kan igjen finne opp slike historier i et forsøk på å manipulere eller få oppmerksomhet i gitte situasjoner. Slike skjevheter kan produsere både falske negative og falske positive feil. Omfanget av slike skjevheter er vanskelig å estimere, men de fleste studier mener at slike skjevheter ikke utgjør noen betydelig størrelse (Bernstein & Fink, 1998).

CTQ inneholder også en indeks for minimalisering og benekting. Når det gjelder andre sider av reliabiliteten og ulike former for validitetsproblemer i forhold til CTQ, er disse utførlig redegjort for i manualen (Bernstein & Fink, 1998).

2.3.5 Livshendelser

Ved hvert oppfølgingstidspunkt ble det fylt ut et eget skjema for registrering av viktige positive og negative livshendelser som hadde funnet sted i løpet av det forutgående år. Klienten selv definerte og beskrev hva som var viktige livshendelser og sammenhengen de inntraff i.

2.3.6 Loggbøker

Loggbøker ble introdusert i alle tiltakene i rekrutteringsfasen, og skulle følge den enkelte klient gjennom hele behandlingsperioden. I loggbøkene skulle alle intervensjoner i behandlingen for den enkelte klient nedtegnes. I døgntiltakene kunne dette dreie seg om alt fra gruppedeltagelse, individuell samtale, familiesamtaler, lege/tannlegebesøk osv. I de polikliniske tiltakene ble det i hovedsak registrert om klienten kom til avtalt time eller ikke, og

hvor mange samtaletimer behandlingen i det aktuelle tiltaket omfattet. Loggbøkene er med andre ord et forsøk på å få et mer konkret innblikk i hva behandlingen for den enkelte klient bestod av. I loggbøkene ble også behandlingens lengde, om klienten fullførte eller avbrøt behandlingen og hva klienten ble utskrevet til registrert.

2.3.7 Tiltaksskjema og årsregnskap for 1998/99

Lederne for alle de 20 tiltakene ble personlig intervjuet etter halvstrukturerte skjema om tiltakenes overordnede behandlingsmål og ressursbruken i de enkelte tiltak. Også utførlige spørsmål om forvaltningsstruktur, kapasitet, ideologi, personale, budsjett osv. ble stilt. I tillegg leverte alle tiltakene inn årsregnskapet for 1998/99, som var de årene de fleste av rekrutteringsintervjuene ble foretatt.

2.3.8 Skjema for klientopplysninger

Ett år etter at rekrutteringsintervjuet ble foretatt, fikk tiltakene tilsendt et skjema for den enkelte klient som skulle utfylles med opplysninger om eventuelle oppfølgingsplaner, om noen form for oppfølging var iverksatt og hvordan samarbeidet med førstelinjetjenesten fungerte. For klienter som fortsatt var i behandlingen ble skjemaet for disse også fylt ut ett år etter at de hadde fullført/falt ut av behandlingen.

2.3.9 Diverse registerdata

Det ble også innhentet en rekke data fra Rikstrygdeverket (uførestønad, rehabiliteringsstønad, attføringsstønad), Statistisk sentralbyrå (sosialstønad, bostøtte), Strafferregisteret og fra Dødsårsaksregisteret.

2.4 Klientkjennetegn ved inntak til behandling

2.4.1 Utvalget som helhet

33% i utvalget var kvinner. Denne prosentandelen er vanlig i de fleste undersøkelser av stoffmisbrukere både i Norge og Norden for øvrig, og avspeiler kjønns sammensetningen blant stoffmisbrukere både i og utenfor behandling (Ravndal, 1994; Arner et al., 1995; Lauritzen et al., 1997; Bretteville-Jensen & Ødegård, 1999). Gjennomsnittsalder ved inntak til behandling (rekrutteringstiltaket) var 31 år (spredning: 14-54 år, SD = 8.1). Som i andre norske og nordiske undersøkelser er aldersgjennomsnittet for stoffmisbrukere i behandling økende. Mennene var signifikant eldre enn kvinnene (32 vs. 29 år, $p < 0.000$), noe som også er vanlig i de fleste tilsvarende norske og nordiske undersøkelser av stoffmisbrukere i behandling. Majoriteten av klientene hadde geografisk tilhørighet i Oslo, Akershus og Østfold.

Det som fremfor alt betegner utvalgets bruk av rusmidler er en gjennomgående blandingsbruk av mange typer rusmidler. Omtrent halvparten (55%) hadde brukt alkohol til beruselse regelmessig et år eller mer, 92% hadde brukt cannabis, 75% amfetamin, mens 73% hadde brukt heroin regelmessig over år. 62% rapporterte regelmessig bruk av dempende medikamenter, 45% av smertestillende medikamenter over år, 23% hadde sniffet løsningsmidler, 18% hadde brukt hallusinogener og 17% kokain regelmessig i mer enn et år til sammen. 82% hadde brukt sprøyter (Tabell 6). Av de som brukte heroin hadde halvparten hatt en regelmessig bruk mellom tre til ti år, mens rundt en tredjedel hadde brukt heroin regelmessig i 11 år og mer. Kvinnene begynte regelmessig å bruke alkohol, hallusinogener, dempende og smertestillende medikamenter og heroin signifikant tidligere enn mennene.

Noe over halvparten (59%) av utvalget rapporterte at de hadde tatt overdoser. Overdose var definert som livstruende inntak av rusmidler om ikke hjelp utenfra hadde fått liv i vedkommende i den aktuelle situasjon.

Blant disse hadde kvinnene i gjennomsnitt hatt åtte overdoser mot seks hos mennene.

Halvparten av utvalget hadde foreldre hvor en eller begge hadde alkoholproblemer, mens 43% av klientene rapporterte at en eller begge foreldre hadde psykiske problemer. Far ble oppgitt å ha alkoholproblemer dobbelt så ofte som mor, mens mor ble oppgitt å ha psykiske problemer nesten dobbelt så ofte som far. Generelt oppga kvinnene hyppigere problemer i primærfamilien enn mennene.

For å kartlegge sosialgruppetilhørighet ble Statistisk sentralbyrås klassifiseringssystem brukt fars og mors yrkesdeltagelse under klientenes oppvekst. Fordi de fleste av klientene hadde mer kunnskaper om fars yrke enn om mors, brukte vi fars yrke som utgangspunkt for sosialgruppetilhørighet). Av de 78% i utvalget som kunne oppgi noe om fars yrke i oppveksten, oppga 53% at de hadde fedre som var faglærte/ufaglærte arbeidere, 33% hadde fedre som var funksjonærer og 10% hadde fedre som var selvstendig næringsdrivende. 4% av fedrene ble oppgitt å være arbeidsledige under klientenes oppvekst.

Bare 4% av utvalget var gift ved intervjuetidspunktet. 44% hadde ett eller flere barn. Prosentandelen var lik hos begge kjønn. Kun 8% levde sammen med barnet/barna ved inntak til behandling.

64% av utvalget (likt for begge kjønn) oppga at de hadde hatt lære- og/eller atferdsvansker i grunnskolen. 72% av utvalget hadde fullført 9-årig skole, og kun 9% i utvalget hadde påbegynt noen form for høyere utdanning som høyskole/universitet. Halvparten av utvalget hadde vært arbeidsledig de siste tre årene før inntak til behandling. 20% hadde vært i hel- eller deltidsarbeid, 12% hadde vært skoleelever/studenter, 9% hadde primært sittet i fengsel og 7% hadde uførepensjon. De viktigste inntektskildene (som innbrakte mest penger) det siste halvåret før inntak til behandling var sosialstønad, stoffsalg, vinningskriminalitet og eget arbeid.

En stor andel av klientene rapporterte om krenkelser og overgrep tidligere i livet. Over halvparten av utvalget (57%) oppga at de hadde vært utsatt for følelsemessige krenkelser/mishandling av familiemedlemmer eller andre, 36% oppga at de hadde blitt fysisk mishandlet og 15% at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Kvinnene oppga betydelig oftere enn mennene at de hadde blitt følelsemessig og/eller fysisk mishandlet samt vært utsatt for seksuelle overgrep.

En tredjedel (33%) av utvalget (omtrent likt blant kvinner og menn) oppga at de hadde kroniske fysiske skader eller sykdommer som påvirket livsførselen deres. 65% var smittet av hepatitt ved inntak til behandling og primært hepatitt C. Kun 13 personer (2.7%) (4 kvinner og 9 menn) oppga at de var HIV-smittet. 88% oppga at de hadde blitt testet for HIV. De øvrige sykdommene er vanskelig å kategorisere fordi helseplagene var så forskjellige. De hyppigste plagene var astma, ryggplager, hepatitt C, allergier og migrene. Ellers varierte det fra betennelser, bruddskader, bronkitter, ødelagte lunger, leddgikt, diabetes, epilepsi, psoriasis, Tourettes syndrom etc.

Depresjon, angst og alvorlige tanker om å ta sitt eget liv ble oppgitt hos rundt 60% av utvalget. 49% av kvinnene og 39% av mennene hadde gjort ett eller flere selvmordsforsøk. Selv om det var en tendens til at kvinnene noe oftere rapporterte psykiske problemer enn mennene, var forskjellene ikke signifikante. I forhold til nåværende psykiske problemer oppga halvparten av klientene at de i løpet av den siste uken før intervju hadde hatt like mye angst og depresjon som tradisjonelle psykiatriske pasienter (GSI > 1.0). 8% mottok trygd på grunn av en psykisk lidelse.

Hele 75% av vårt utvalg hadde, definert etter det strengeste kriteriet i MCMI II (BR > 84), en eller flere personlighetsforstyrrelser ved inntak til behandlingen. Prevalensen var høyest av antisosial (52%), passiv-aggressiv (45%), borderline (27%), narsissistisk (26%) og unnvikende (26%) personlighetsforstyrrelser.

Over halvparten av utvalget (58%) hadde vært fengslet før de begynte i rekrutteringstiltaket. I gjennomsnitt rapporterte mennene at de hadde sittet inne i 17 måneder mot kvinnene i 5 måneder. For 11% av utvalget var oppholdet i det nåværende behandlingstiltaket påbegynt etter pålegg/forslag fra rettsvesenet.

28% av kvinnene og 0.3% av mennene (dvs 1 person) oppga at de hadde prostituert seg i løpet av det siste halvåret før de begynte i behandlingen.

61% av utvalget hadde vært i døgntil behandling for rusmiddelmissbruk og/eller atferdsproblemer før de begynte i rekrutteringstiltaket, og omtrent halvparten (53%) hadde tidligere vært i poliklinisk behandling. Halvparten av de som hadde vært i døgntil behandling hadde hatt ett til to opphold, mens den andre halvparten hadde hatt fra tre opphold og over. 14% av alle som tidligere hadde vært i døgntil behandling hadde fem institusjonsopphold eller flere. Det var ingen kjønnsforskjeller.

Sammenligninger med andre norske undersøkelser av narkotikamisbrukere i behandling viser at klientene i vår undersøkelse i stor grad er like klienter i andre studier når det gjelder de fleste karakteristika (Ravndal, 1994; Tjersland, 1995; Lauritzen et al., 1997; Landheim et al., 2002; Rokkan & Brandtsberg-Dahl, 2003). Den største forskjellen er at behandlingspopulasjonen har blitt eldre, og at nye rusmidler er introdusert. De eldste og mest belastede klientene er representert gjennom tiltakene i MAR mens utvalget av PUT klienter fanger opp deler av den "nye" og noe mer ressurssterke misbrukerpopulasjonen. Slik sett skulle utvalget i studien inkludere nye og utfordrende grupper for behandlingsapparatet.

2.4.2 De ulike tiltakstypene

Som det går frem av Tabell 3 er det både forskjeller og likheter mellom klientene i de ulike tiltakstypene. Forskjellene går ofte på forhold som er knyttet til alder og rusmiddelkarriere. For eksempel er det betydelig flere klienter i døgntiltakene og i MAR som har barn, flere av dem har tidligere vært i døgntil behandling, og de har sittet i fengsel i lengre tid enn PUT-klientene og klientene i ungdomstiltakene.

Tabell 3. Klientkjennetegn ved inntak til behandling i forhold til tiltakstype (n=482).

	Døgn (n=276)	PUT (n=100)	MAR (n=75)	Ungdom (n=31)
Kvinner	30%	35%	29%	55%
Alder (gj.snitt)	31 år	27 år	40 år	16 år
Faglærte/ufaglærte arbeidere (fedre)	54%	47%	64%	46%
Andel gifte	4%	2%	5%	-
Andel barn	50%	21%	69%	-
Lære- og/eller atferdsvansker < 15 år	61%	61%	69%	87%
Tidligere i Døgntiltak	59%	22%	77%	26%
Tidligere i poliklinisk beh.	59%	43%	44%	32%
Antall mnd i fengsel	14 mnd	7 mnd	26 mnd	-
Prostitusjon siste 6 mnd	10%	8%	12%	3%
Hepatitt (primært C)	75%	29%	95%	4%

I forhold til hovedbeskjeftigelse de siste tre årene, er det som forventet at arbeidsledigheten er størst blant MAR-klientene som er de mest belastede (Tabell 4). Følgelig var det flest av disse som også hadde uførepensjon. Det er også som forventet at hele 61% av klientene i ungdomstiltakene fortsatt er skoleelever, og at flere av PUT-klientene er skoleelever/studenter enn klientene i døgntiltakene.

Tabell 4. Hovedbeskjeftigelse siste 3 år i forhold til tiltakstype, prosent (n=482).

	Døgn (n=276)	PUT (n=100)	MAR (n=75)	Ungdom (n=31)
Arbeidsledig	53	32	79	36
Hel/deltidsarbeid	22	34	4	-
Skoleelev/student	7	22	-	61
Fengsel/institusjon	12	5	4	3
Uførepensjon	5	7	13	-

Flest av klientene i døgntiltakene (78%) og i MAR (65%) oppga at sosialhjelp hadde vært den viktigste inntekstkilden det siste halvåret før de begynte i rekrutteringstiltaket (Tabell 5). Stoffsalg var den nest viktigste inntekstkilden samlet sett, for døgn- og metadonklientene. Hele 39% av MAR-klientene oppga derimot uføretrygd som viktigste inntekstkilde, mens blant døgnklientene ble uføretrygd oppgitt som viktigste inntekstkildene hos kun 7%.

Klientene i ungdomstiltakene utmerker seg spesielt ved at hele 61% oppga vinningskriminalitet som den viktigste inntekstkilden mot bare 18% blant PUT-klientene. PUT-klientene befester hypotesen om at det er flest relativt ressurssterke ungdommer i denne gruppen, ved at hele 58% oppga eget arbeid som den viktigste inntekstkilden. Blant klientene i ungdomstiltakene var det omtrent en tredjedel som oppga arbeid som den nest viktigste inntekstkilden og en meget liten andel som oppga stoffsalg som en viktig inntekstkilde (6%).

Tabell 5. Inntekstkilder siste 6 måneder før inntak til behandling i forhold til tiltakstype, prosent (n=482).

Type Tiltak	Eget arbeid	Sosialhjelp	Medisinsk attføring	Yrkes. attføring	Uføre-pensjon	Stoffsalg	Vinnings-krim.	Prostitusjon
Døgn	25	78	11	9	7	61	47	10
PUT	58	47	4	11	5	43	18	8
MAR	13	65	9	1	39	58	31	12
Ungd.	29	0.6	-	-	-	6	61	3

Som nevnt i forhold til hele utvalget er blandingsbruken av ulike stoffer det som også preger klientene i de ulike tiltakstypene. Også som forventet var MAR-klientene tyngst belastet med en langvarig heroin- og sprøytebruk. Sammenlignet med døgnklientene har de hatt en regelmessig bruk av heroin i over dobbelt så mange år (14 vs. 6 år). PUT-klientene har i gjennomsnitt bare tre års regelmessig bruk av heroin. Det er imidlertid viktig å ha klart for seg at PUT-klientene består av to forskjellige grupper som er lite sammenlignbare, det vil si en gruppe unge klienter og en gruppe med langt høyere aldersgjennomsnitt. Forskjellen mellom gruppene gjør seg særlig utslag i forhold til ulike ruskarrierer hvor de eldste har brukt alle rusmidler, bortsett fra hallusinogener, i betydelig flere år enn de yngste.

Det særegne ved klientene i ungdomstiltakene er at cannabis er deres hovedrusmiddel. I gjennomsnitt har de brukt cannabis i to år. Nesten ingen har brukt heroin.

Tabell 6. Gjennomsnittlig antall år med regelmessig bruk av rusmidler og antall overdoser totalt i forhold til tiltakstype (n=482).

	Døgn (n=276)	PUT (n=100)	MAR (n=75)	Ungdom (n=31)
Alkohol til beruselse	4	3	5	0.6
Sniffemidler	0.5	0.3	0.6	0.2
Cannabis	11	8	15	2
Amfetamin	6	2	6	0.8
Hallusinogener	0.6	0.3	0.7	0.1
Kokain	0.7	0.1	0.3	-
Dempende midler	5	3	9	0.7
Smertestillende Midler	3	0.7	4	0.3
Heroin	6	3	14	0.2
Sprøyter	10	4	20	1
Gj.snitt antall overdoser totalt	5	2	6	0.1

Klientene i alle typer tiltak rapporterte betydelige psykiske problemer (tabell 7). Det er likevel verdt å merke seg at klientene i ungdomstiltakene oppga like mye depresjon som klientene i døgntiltakene og den klart høyeste andel med voldelig atferd (65%). Blant PUT klientene oppga hele 71% at de hadde opplevd depresjon av minst to ukers varighet i løpet av livet., mens MAR klientene rapporterte den klart høyeste andel av selvmordstanker og selvmordsforsøk.

Tabell 7. Prevalens av psykiske problemer tidligere i livet, i forhold til tiltakstype, prosent (n=482).

Type tiltak	Depresjon	Angst	Voldelig	Medikamenter	Tanker selvmord	Selvmordsforsøk
Døgn	56	56	37	41	60	40
PUT	71	65	35	43	61	32
MAR	68	67	32	49	73	65
Ungdom	58	33	65	19	52	38

Ikke overraskende var prevalensen av antisosial personlighetsforstyrrelse også høyest blant disse ungdommene, og lavest blant PUT-klientene (Tabell 8). Prevalensen av borderline personlighetsforstyrrelse var også høyest i ungdomsgruppen mens depresjons- og angstsymptomer målt med GSI lå like høyt hos ungdomsklientene som hos MAR-klientene ved inntak i behandling. MAR-klientene syntes gjennomgående å ha mest omfattende psykiske problemer sett i et livsløpsperspektiv. MAR-klientene rapporterte hyppigst å ha vært utsatt for følelsemessige krenkelser, fysisk og seksuell mishandling (Tabell 9).

Tabell 8. Prevalens av antisosial og borderline personlighetsforstyrrelse (BR>84), samt klinisk tilfelle på GSI (<1.0) siste uke før intervju, prosent (n=482).

Type Tiltak	Antisosial	Borderline	GSI
Døgn	53	28	51
PUT	41	24	51
MAR	57	24	55
Ungdom	71	36	55

Tabell 9. Prevalens av følelsemessig, fysisk og seksuell mishandling i forhold til tiltakstype, prosent (n=482).

Type tiltak	Følelsemessig	Fysisk	Seksuell
Døgn	53	33	15
PUT	62	34	11
MAR	65	48	21
Ungdom	61	36	13

Mye av denne typen mishandling har for de fleste av klientene forekommet allerede i ung alder, og ofte grunnet problemer i oppvekstfamilien/miljøet. Som det går frem av Tabell 10 rapporteres det om rusmiddelproblemer og psykiske vansker hos foreldre i et stort omfang, slik det også fremgår av tidligere norske og internasjonale studier. Klientene i ungdomstiltakene oppgir den høyeste andelen av disse problemene. Dette er ikke overraskende i forhold til hvordan ungdommene ellers beskriver sin livssituasjon. De to ungdomstiltakene rekrutterer også klienter fra hele landet, og en kan regne med at det er de tyngst belastede i denne gruppen som får tilbud i et av ungdomstiltakene. Ofte benyttes tvangsvedtak i henhold til barnevernloven.

Tabell 10. Prevalens av foreldres (en eller begge) alkohol- og narkotikamisbrubruk og psykiske problemer i forhold til tiltakstype, prosent (n=482).

Type Tiltak	Alkohol	Stoff	Psykiske problemer
Døgn	43	17	29
PUT	35	14	41
MAR	49	17	47
Ungdom	59	39	52

2.4.3 Fullføring av døgnbehandling

43% (n=204) av utvalget fullførte behandlingen i følge opplysninger fra tiltakene selv og i tråd med våre kriterier. Når en klient falt ut av tiltaket før behandlingstidens utløp, og ikke begynte igjen i det samme tiltaket i løpet av tre måneder, ble behandlingen kategorisert som avbrutt. Kriteriet som ble satt fra vår side kan selvsagt diskuteres, men fordi mange klienter ofte er ute av behandlingen i bare noen dager eller uker, og deretter påbegynner behandlingen igjen, valgte vi å ha et intervall på tre måneder for å forsikre oss om at klienten hadde et reelt frafall. Tre måneder ble valgt fordi de fleste tiltakene venter så lenge med å skrive en klient ut av tiltaket, på bakgrunn av erfaringen med at mange dropouts vender tilbake igjen etter relativt kort tid. Til orientering kan det nevnes at Tyrilistiftelsen i sin siste etterundersøkelse brukte et intervall på *seks* måneder før en klient ble regnet som dropout (Rokkan & Brandtsberg-Dahl, 2003).

Tabell 11. Fullføringsprosent i de forskjellige tiltakstypene (n=482).

Type tiltak	Prosent
Døgn	41
PUT	38
Ungdom	55

Å bruke begrepet fullføring for metadonklientene i en sammenligning med klienter fra de andre tiltakstypene gir ingen mening og de er derfor utelatt fra Tabell 11. 34% av MAR-klientene avbrøt behandlingen i løpet av vår observasjonsperiode på to år. Dette sees på bakgrunn av at MAR-tiltakene den gang hadde, og fortsatt delvis har relativt strenge kriterier for deltagelse i behandlingen.

Det er viktig å merke seg at i begrepet fullføring av behandling i døgntiltakene ligger også som oftest en vellykket etterverns/utslusningsfase, som døgntiltakene selv tilrettelegger og har

ansvaret for. Dermed blir fullføring av behandling, som definert av tiltakene og oss, en relativt lang tidsperiode. Sjansene for dropout blir derfor også større. En fullførings-prosent på 41 er den samme som man har funnet i undersøkelser av klientene i Tyrilistiftelsen. (Tjersland 1995, Rokkan & Brandtsberg-Dahl, 2003). Tyrilistiftelsen anses i dag for å være et av de mest vellykkede behandlingstiltak for stoffmisbrukere vi har her i landet

Kriteriene for fullføring av behandlingen i PUT'ene var de samme som for de andre tiltakene. Det vil si at hvis klienten hadde uteblitt fra behandlingen i over tre måneder ble vedkommende skrevet ut som dropout. Imidlertid kan fullføring av behandlingen i PUT'ene ofte ha andre og mer varierte målsetninger enn fullføring av behandlingen i døgntiltakene, som vanligvis er full habilitering/rehabilitering. I PUTene kan den primære målsetting f.eks. være å behandle depresjon, inneha en støttefunksjon i overgangen fra institusjon/fengsel til "normalliv", eller redusere en spesiell form for rusmisbruk. En direkte sammenligning av fullførings-prosenter mellom PUT'ene og for eksempel døgntiltakene er derfor ikke helt enkel, men den kommer altså ut på nærmere 40% i PUT'ene. Forøvrig var ikke dropoutprosenten særlig forskjellig i de to ulike aldersgruppene innenfor PUT'ene.

Fullførings-prosenter innenfor de ulike døgntiltakene er varierende. Det er imidlertid få klienter i mange av tiltakene, da vi kun har rekruttert et årskull til denne studien. For å kunne si noe om hvorvidt variasjonen er stabil, må vi ha data fra flere år. Det fremkommer ikke at frafallet systematisk varierer med klientenes gjennomsnittlige behandlingstid, og det ser derfor ut som om det er andre faktorer som synes å være viktigere for fullføring av behandling enn lengden på den planlagte behandlingen.

3 Teoretiske og empiriske utfordringer

3.1 Innledning

For å utføre en analyse av nytte og kostnad ved ulike typer behandling av narkotikamisbruk må man først definere hva som menes med nytte og kostnad. Noen vil kanskje hevde at definisjonen av nytte og kostnad er innlysende: Nytten av behandling måles ved redusert bruk av narkotika og kostnaden måles ved utgiftene til behandlingen. Dette blir imidlertid for enkelt. For det første kan man innvende at nytten av behandling er mye mer enn redusert bruk av narkotika. Det kan være reduksjon i psykiske og fysiske plager, redusert kriminalitet, økt livskvalitet for familie og venner og mange andre forhold. For det andre er det ikke innlysende i standard økonomisk teori hvorfor redusert bruk av en vare representerer en gevinst. Nå er ikke narkotika en vare på lik linje med alle andre, men dette må begrunnes og ikke bare tas for gitt. Man trenger med andre ord et teoretisk rammeverk som sier hvorfor noe regnes som nytte og andre ting ikke gjør det.

Tilsvarende problemer oppstår når man skal måle kostnader. På samme måte som nytte ikke bare er redusert bruk av narkotika, er heller ikke kostnaden bare de rent pengemessige utlegg knyttet til et behandlingsopphold. Man kan, for eksempel, også ta med kostnader i form av tapt inntekt fordi man er i behandling, kostnader knyttet til innkreving av skatter som finansierer behandlingen og menneskelige kostnader knyttet til det å være i behandling. Også her er det viktig å spørre *hvorfor* man regner noe som en kostnad. Først da kan man argumentere for at man har fått med alle de kostnadskategoriene som teorien sier skal være med og ingen andre.

Spørsmålet om nytte og kostnader er dermed mer komplisert enn man kan tro i første omgang, og det er viktig å skape et teoretisk rammeverk før man gir seg i kast med vanskelige talløvelser. Et naturlig utgangspunkt for et slikt rammeverk er standard økonomisk teori om kostnad og nytte. Den

første delen av dette kapittelet er viet en slik presentasjon. Etter å ha presentert standard økonomisk teori, kan man diskutere i hvor stor grad denne teorien passer for en analyse av ulike behandlingstiltak for narkotikamisbrukere og sammenligne med alternative analysemetoder som eventuelt passer bedre til våre problemstillinger. Til slutt følger en diskusjon om hvordan vi vil måle de ulike endringene vi mener er viktig.

3.2 Nytte-kostnadsanalyse

I en situasjon der man må velge mellom gjensidig, utelukkende alternativer trenger man en metode for å bestemme hvilket alternativ man skal prioritere. Nytte-kostnadsanalyse er et redskap som kan brukes i slike situasjoner. Noen definerer dette som å velge det alternativet man tror gir det beste resultatet, dersom man legger sammen alle de positive effektene og trekker fra de negative. Som Edward M. Gramlich skriver i sin lærebok om nytte-kostnadsanalyse:

“It is very easy to define benefit-cost analysis: simply add up all the gains from a policy alternative, subtract all the losses, and choose the alternative that maximizes net benefit.” (Gramlich, 1990)

Med en slik definisjon kan nytte-kostnadsanalyse virke både befriende enkel og innlysende korrekt. Det handler bare om å legge sammen alle konsekvensene og så velge det som gir størst samlet gevinst.

Dersom man forsøker å gjennomføre en nytte-kostnadsanalyse i praksis vil man imidlertid fort støte på flere både begrepsmessige og empiriske problemer. Hvem bestemmer hva som er en positiv og negativ konsekvens? Hvordan kan man legge sammen positive og negative konsekvenser for ulike personer? Hva er måleenheten? Hva slags informasjon trenger vi for å gjennomføre en slik analyse og hvilke forenklinger er i praksis nødvendige for å komme frem til en konklusjon?

3.2.1 Standard teori

Utgangspunktet i standard økonomisk velferdsanalyse er at individet selv bestemmer hva som er positive eller negative konsekvenser (konsument

suverenitet) på grunnlag av sine egne ønsker (preferanser). Dersom vi vet hva et individ ønsker, og vi kjenner styrken på disse ønskene, kan vi beregne endringen i nytten dersom samfunnet gjennomfører en handling som har kjente konsekvenser (Grønn 1991; Layard & Glaister, 1994; Hausman & McPherson, 1996).

I praksis kjenner man ikke uten videre individenes ønsker eller styrken på disse, men man antar ofte at individets handlinger avslører dette ("revealed preferences"). For eksempel; dersom en person kjøper tre epler for 15 kroner, betyr det at personen liker epler og at styrken på ønsket er minst like stort som den observerte betalingsvilligheten, m.a.o. 15 kroner. Vi har dermed et tall - uttrykt i kroner - som sier noe om styrken på preferansen. Dersom vi kjenner den maksimale betalingsvilligheten har vi et nøyaktig mål på preferansens styrke. Sammenhengen mellom betalingsvillighet og nytte på individnivå forutsetter imidlertid at individene virkelig velger det alternativet som gir størst mulig nytte (rasjonell nyttemaksimering).

Når man kjenner individenes betalingsvillighet kan man summere disse og få samfunnets totale betalingsvillighet for et gode. Samlet netto nytte for forbrukerne er da gitt ved den totale betalingsvilligheten minus kostnadene ved å kjøpe godet. Det alternativet som har størst netto betalingsvillighet målt på denne måten er da "vinneren" i en nytte-kostnadsanalyse.

At et alternativ "vinner" i en nytte-kostnadsanalyse av denne typen, er ikke ensbetydende med at det er det alternativet som skaper størst velferd. Analysen tok utgangspunkt i betalingsvillighet som et mål på ønskenes styrke fordi det kan måles i et tall (kroner). På individnivå kan det være et tett forhold mellom observert betalingsvillighet og nytte, men det betyr ikke at *samlet* observert betalingsvillighet er et godt mål på samlet nytte (velferd). Dersom en rik person er villig til å betale mer enn en fattig person for billetter til en fotballkamp, betyr ikke det nødvendigvis at den rike har større nytte av å se kampen enn den fattige. Dersom man ønsker å si at "vinneren" i nytte-kostnadsanalysen også er det alternativet som skaper størst velferd, må man derfor også anta at betalingsvilligheten til

ulike personer kan sammenlignes direkte og derfor legges sammen uten videre bearbeiding eller vekting ("interpersonally comparable and cardinally measurable").

I virkeligheten er ofte konsekvensene av en handling både usikre og spredt ut over ulike tidsperioder. Dette gjelder også behandling av narkotikamisbrukere. Det er derfor interessant å se hvordan standard teori håndterer disse to forholdene.

Når konsekvensene av en handling er usikker kan man vekte hvert mulig utfall med sannsynligheten for at det vil inntreffe for å få forventet nytte ved et alternativ. For å gjøre dette trenger man informasjon både om hva som kan skje og sannsynligheten for de ulike utfallene. I mange tilfeller er det vanskelig eller umulig å finne denne informasjonen.

At konsekvensene spres utover i tid betyr at man må bestemme hvor stor vekt man skal legge på nytte og kostnad langt frem i tid i forhold til nytte og kostnad som er nær i tid. Dette skaper problemer fordi det er vanskelig å vite hvor stor vekt man skal legge på nytten i ulike tidsperioder. Det er bedre å få 1000 kroner i dag fremfor å få pengene om tre år, men hvor mye bedre? Det er her vanlig å bruke Finansdepartementets retningslinjer for hvordan man skal diskontere fremtidig nytte slik at man kan regne ut nytten justert for at vi helst vil ha så mye av godet så fort som mulig (nåverdien av alternativet).

3.2.2 Bruk av standard teori

Tradisjonelt har nytte-kostnadsanalyse ofte blitt brukt ved større offentlige prosjekter innen transport og kommunikasjon. Typiske problemstillinger er her hvilke veistrekninger man først skal bygge ut, om det er best å bygge en bro eller en tunnel, eller hvor man skal plassere en ny flyplass. I disse analysene bruker man apparatet ovenfor og regner om tidsbesparelsene ved for eksempel en tunnel til et kronebeløp basert på hvor mye man kunne ha tjent dersom man hadde jobbet i stedet for å sitte

i kø ("human capital approach") eller hvor mye man er villig til å betale for å spare ti minutter ("willingness to pay"), eller undersøker om hvor mye man mener en slik tunnel er verd ("contingent valuation"). Selv om disse analysene kan være kontroversielle, har de blitt betraktet som verdifullt underlagsmateriale for politikernes prioritering mellom ulike veiprojekter (Nyborg, 1998). Denne formen for analyse har derfor fått en fremtredende plass, blant annet på Transportøkonomisk institutt.

Fra samferdselssektoren har nytte-kostnadsanalyse migrert til miljøsektoren, der den i de siste tiårene har blitt mer og mer vanlig for å vurdere ulike tiltak med miljømessige konsekvenser. Dette skapte flere metodiske utfordringer, fordi det er vanskelig å identifisere eller tallfeste nytten av ulike miljøgoder. Disse problemene stimulerte i sin tur teoretiske nyvinninger, blant annet utviklingen av ulike metoder for å avsløre individers verdsetting av ulike goder som eksistensen av en ren elv eller et fredet friluftsområde. Disse metodene gjorde også analysene mer anvendelig på andre områder.

Et slikt nytt område er helsesektoren. På en måte kan dette virke underlig. Når en person er syk spør man sjelden om det "lønner seg" å sende personene på sykehus. Behandling er i større grad motivert av normer og medmenneskelige hensyn enn av profitt. Det er imidlertid ingen nødvendig konflikt her. Selv med humanistiske idealer har man begrenset med ressurser til rådighet og det kan være nødvendig å prioritere mellom ulike typer behandlinger og ulike grupper pasienter. Det er på dette nivået nytte-kostnadsanalyser kan være til hjelp.

3.2.3 Oppsummering

Det originale ved nytte-kostnadsteori er *ikke* at man mener at konsekvensene av et prosjekt bør veies før man bestemmer hva man skal gjøre. Det som er interessant er at teorien presenterer en metode som ved hjelp av ulike antagelser sier noe om *hva* som skal veies og *hvordan* man bør gjøre dette. Blant de antagelsene som gjøres er at individene selv

bestemmer hva som er nyttig, at dette avsløres gjennom deres betalingsvillighet, at man så kan slå sammen betalingsvilligheten til alle individene til samfunnets betalingsvillighet og at det prosjektet som har størst netto betalingsvillighet er det som gir størst velferd og bør gjennomføres.

Områdene der nytte-kostnadsanalyse har vært brukt – samferdsel, helse og miljø - har visse fellestrekk og noen ulikheter. De er alle sektorer der mange mener at det frie markedet ikke produserer tilfredsstillende resultater. Det er imidlertid også betydelige ulikheter mellom sektorene. I samferdselssektoren er det oftere lett å identifisere og kvantifisere nytten. Nytten av en bro er i hovedsak kortere reisetid. Nytten av en ny og bedre hofta er derimot noe vanskeligere å kvantifisere, og enda vanskeligere kan det synes å beregne nytten av å behandle narkotikamisbrukere. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om det er mulig å gjennomføre en standard nytte-kostnadsanalyse når det gjelder behandling av narkotikamisbrukere eller om standard teori her møter spesielle problemer.

3.3 Kost-Nytte, Kost-Effekt og Før-Etter

Det fremgår av utlegningen ovenfor at en nytte-kostnadsanalyse krever mye informasjon. For eksempel vil en nytte-kostnadsanalyse av behandling for narkotikamisbruk betinge at man vet i kroner og øre hvor mye man verdsetter en reduksjon i heroinforbruket. Videre må man kunne veie kroneverdien på redusert bruk av narkotika mot kroneverdien av en reduksjon i psykiske plager. Først med detaljert informasjon på disse områdene kan man legge sammen alle konsekvensene til et samlet mål på ”nytten av behandling.”

Kravene til den informasjonen man må ha før man kan gjennomføre en fullstendig nytte-kostnadsanalyse er omfattende og den tilgjengelige informasjonen er begrenset. Det finnes, for eksempel, svært lite informasjon om folks betalingsvillighet for redusert bruk av narkotika eller

andre mulige konsekvenser av behandling. Noen endringer måles i kroner – for eksempel reduserte sosialhjelpsutbetalinger – men det blir misvisende dersom man bare legger vekt på disse endringene og ignorerer det som ikke måles i penger - for eksempel reduksjon i psykiske problemer. Det er derfor vanskelig å gjennomføre en studie der alle effektene måles i pengestørrelser.

Det man derimot kan gjøre, er å presentere en oversikt over ulike endringer og kostnadene knyttet til disse. For eksempel at heroinmisbruket gikk ned med et visst antall dager per måned etter behandling, at selvrapporterte psykiske problemer ble redusert og andre mulige konsekvenser av behandling. Man ender dermed opp med noe som likner mer på en kost-effekt studie enn en nytte-kostnads undersøkelse. På mange måter er dette en mer informativ og akademisk ærlig analyse. Mer informativ fordi den presenterer effektene på en måte som er intuitivt forståelig (antall færre dager med heroin osv). Ærligere fordi den ikke later som om det er mulig å finne kroneverdien av alle de ulike endringene. Sist og viktigst, vil en verdsetting av ulike konsekvenser være sterkt avhengig av subjektive betraktninger, for eksempel, om hvor høyt man verdsetter et spart liv eller redusert rusmiddelmisbruk (Nyborg, 2002). Til sammen betyr dette at denne studien verken er, kan være, eller bør være en ”kost-nytte” undersøkelse slik det defineres i standard økonomisk teori. Det er i stedet en oversikt over endringer og kostnader som ligner mer på en ”kost-effekt” undersøkelse enn en ”kost-nytte” undersøkelse.

Man skal imidlertid også være forsiktig med uttrykket ”kost-effekt” undersøkelse, fordi det er flere metodiske problemer med å bruke ”før-etter” sammenligninger som et mål på effekten av behandlingsutfall. For eksempel dersom de tyngste misbrukerne dør eller ikke blir intervjuet ved oppfølgingsintervjuene, vil tallene vise et lavere gjennomsnittlig rusmiddelforbruk enn ved rekrutteringen. Dette er da mer et statistisk fenomen enn et resultat av behandlingen. Videre, dersom klientene systematisk søker behandling like etter en meget dårlig periode – for eksempel med et spesielt høyt forbruk av rusmidler - vil en ”før-etter”

sammenligning lett kunne overdrive virkningen av behandling. Til sist, dersom andre faktorer som ikke har noe med behandlingen å gjøre spiller inn, blir det feil å kreditere behandlingen med hele forskjellen mellom ”før” og ”etter.” Særlig to forhold kan være viktige. For det første kan livshendelser være viktig (for eksempel barnefødsel eller ny partner). For det andre kan det være feil å gi det siste behandlingstiltaket æren for hele utfallet dersom klienten tidligere har vært i andre typer behandling.

Disse problemene betyr at selv om ”før-etter” sammenligninger kan gi en første indikasjon på behandlingsutfallet, skal man være varsom med å si at de isolerer virkningen av behandlingen. Det betyr at man heller ikke har en fullstendig kost-effekt undersøkelse. Det man har er en ”før-etter” sammenligning som på noen steder er utvidet ved å bruke noen enkle statistiske metoder for å undersøke de observerte endringene i forhold til kostnadene.

Selv om man i en ”kost-effekt” og en ”før-etter” analyse slipper problemene knyttet til å verdsette alle effektene i pengebeløp, er det fremdeles mange begrepsmessige og tekniske problemer knyttet til å måle hvordan behandlingen virker. Begrepsmessig kan man spørre hvilke typer endringer som er viktigst å fokusere på. Teknisk er det viktig å spørre hvordan man skal måle endringene i de kategoriene man mener er viktige.

3.4 Begrepsmessige problemer

3.4.1 Viktige endringskategorier

På samme måte som i kost-nytte analyser, tar kost-effekt analysene utgangspunkt i de konsekvensene som er nært knyttet til individers velferd. Kriteriet for hvilke endringer man bør undersøke er dermed at de har stor effekt på individenes velferd.

Det er selvsagt mange forhold som påvirker individers velferd. To av de mest sentrale er fysisk og psykisk helse, og disse er derfor blant de endringer vi har valgt å legge vekt på.

Omfanget av rusmiddelmisbruken er også et viktig endringsmål. Dette er en spesielt viktig og interessant kategori av flere grunner. Først og fremst er redusert rusmiddelmisbruk et av hovedmålene for hele behandlingssystemet. Det er derfor viktig å se i hvor stor grad tiltakene oppfyller denne målsettingen. I tillegg til at tallene er etterspurt av andre, kan man også gå videre og begrunne hvorfor man mener at rusmiddelmisbruk er knyttet til individers velferd. I standard økonomisk velferdsteori er utgangspunktet at handlinger avslører personenes ønsker og at man skal respektere disse ønskene. På samme måte som bruk av kaffe avslører at man verdsetter kaffe, kan man argumentere for at personene i vår undersøkelse ved sine handlinger har vist at bruk av rusmidler gir et positivt bidrag til deres velferd. Et problem med dette argumentet er at det implisitt regner med at personene har stabile og konsistente ønsker. Det er vanskelig å forene standard teori med at en og samme person har flere og motstridende ønsker som begge blir uttrykt i handling. Dette synes å være tilfelle med flere avhengighetsskapende varer og aktiviteter. Den ene dagen kan misbrukerne ha et oppriktig ønske om å slutte – noe som bekreftes av at de søker behandling – samtidig som de kan ta stoff den neste dagen (Ainslie, 1992). I en slik situasjon kan man argumentere for at de kortsiktige handlingene ikke avslører personens virkelige ønsker. Redusert bruk av stoff vil i så fall være en nytte dersom man legger personens langsiktige ønsker til grunn for vurderingen.

3.4.2 Nytte for hvem?

Ovenfor har vi fokusert på nytten av behandling for klienten selv. I tillegg kommer gevinsten av behandling for de som står nær klienten og for samfunnet som helhet. For eksempel vil familie og venner til en rusmisbruker oppleve det som positivt dersom misbruket blir redusert eller avsluttet. Denne økningen i velferd kan være en stor gevinst ved behandling, og man kan derfor argumentere for at den bør være med i en oversikt over ”nyttene av behandling.” Enkelte forskere har også forsøkt å beregne denne nytten i kroner og øre, men mangel på informasjon gjør at

enhver slik beregning vil være heftet med stor usikkerhet (Berg, upublisert manus).

Noe mer kunnskap har man om mulige besparelser for samfunnet som helhet dersom man klarer å redusere omfanget av narkotikamisbruk. Viktige endringer er her eventuelle reduksjoner i sosialhjelpsutbetalinger og økning i antall dager i arbeid, mindre kriminalitet og reduserte utgifter til fengselsopphold. Disse endringene er ikke bare relatert til individenes egen velferd, men de er viktige fra et samfunnsperspektiv når man spør om ”nytte for hvem.” Noen endringer - som reduserte sosialhjelpsutbetalinger - er nyttig fra et offentlig perspektiv og ikke i så stor grad for klienten selv. Andre endringer - som redusert kriminalitet - er viktig for de privatpersonene som er berørt. Det er med andre ord ikke bare endringer for klienten selv som er viktig, men også endringer som berører velferden til andre.

3.5 Empiriske problemer

3.5.1 Hvordan måle nytten?

Hvordan kan man operasjonalisere endringer i bruk av narkotika, helse, kriminalitet, og skole/arbeid? En enkel måte ville være dersom man kunne ta svaret på ett spørsmål og anta at dette ga et dekkende bilde av klientens situasjon på det aktuelle område. For eksempel kan man se på hvor mange dager klienten har hatt psykiske problemer den siste måneden og bruke dette som et mål på psykiske plager generelt. Men ofte er det ikke nok å se på svaret på bare ett spørsmål for å få et godt bilde av klientens situasjon på et område. Et alternativ er derfor å slå sammen svarene på flere spørsmål på en måte som gir oss et mer dekkende bilde av personens totale situasjon på området. For eksempel, kan man tenke seg at en klient bruker både noe heroin, mye cannabis og litt amfetamin før behandling. For å si noe om den samlede størrelsen på narkotikaforbruket til denne personen kan man legge sammen antall dager med bruk av de ulike stoffene. Problemet oppstår imidlertid når man spør om en dag med heroin skal telle like mye som en dag med cannabis. Hvis man mener dette

er feil, må man lage et system for å vekte alvorlighetsgraden til de ulike stoffene. Vekting vil imidlertid alltid være kontroversielt. Hovedproblemet er at alle samletall (indekser) som beskriver klientens situasjon på ulike områder må ha et system for å veie viktigheten av de ulike spørsmålene som inngår i indeksen. Disse vektene vil som oftest kunne diskuteres, fordi ulike måter å veie spørsmålene på kan være avgjørende for hvilken behandling som kommer "best" ut når man måler dette ved endring i indeksen.

Gitt disse problemene kan man spørre hva man bør velge. Vi vet hva det vil si at en person har 5 færre dager med heroin per måned etter behandling, men vi vet ikke på samme måte hva det vil si at en person reduserer sin samleindeks for bruk av narkotika fra 0.35 til 0.22. Vi mener det er viktig å presentere tall som lett kan tolkes, og dette tilsier at vi bruker svarene på noen utvalgte enkeltspørsmål om rusmidler, kriminalitet og helse.

3.5.2 Endring målt i prosent eller ikke

Etter å ha valgt ut de endringene man ønsker å se nærmere på – det være seg enkeltspørsmål eller samleindekser - oppstår problemet med å velge hvordan endringene skal måles. Et eksempel kan illustrere problemet. La oss si at døgntil behandling gir 5 færre dager med heroin per måned (fra 10 til 5 dager) mens poliklinisk behandling i gjennomsnitt gir en reduksjon på 2 dager (fra 3 til 1 dag). Målt i antall dager synes døgntil behandling å komme best ut (5 mot 2), men en slik sammenligning virker urimelig fordi utgangspunktet var ulikt. Med et snitt på 3 dager med heroin per måned, er det umulig å redusere bruken med mer enn dette. Uansett hvor god den polikliniske behandlingen var i dette tenkte eksempelet, ville den derfor aldri kunne slå en reduksjon på 5 dager som man fikk i døgntilbehandlingen. En måte å ta hensyn til dette problemet på, vil være å måle endringene i prosent. En endring fra 10 til 5 dager utgjør 50% reduksjon i bruken av heroin, mens en endring fra 3 til 1 dag tilsvarer en reduksjon på 66%. Vi ser her hvordan endringer målt i prosent tar hensyn til at utgangspunktet er forskjellig. Videre ser vi at de to ulike måle metodene kan gi motsatt

konklusjon. Målt ved prosentvis endring kommer poliklinisk behandling "best" ut i dette eksempelet, mens målt i antall dager synes døgnbehandling å være "best".

Som alltid er det fordeler og ulemper med begge målene. Prosentvis endring kan være misvisende med små tall. For eksempel fant vi at bruken av alkohol etter behandling økte med 250% blant klientene under 18 år. Årsaken var en kombinasjon av få observasjoner og et lavt gjennomsnitt i utgangspunktet. Det er lett å få en stor prosentvis endring hvis utgangspunktet er et lite tall. En økning i antall dager i arbeid fra 1 til 5 representerer 500%, mens en økning fra 10 til 15 bare utgjør 50%. I slike tilfeller blir prosentvis endring lett misvisende. I andre tilfeller kan antall dager være misvisende. Konklusjonen er derfor at vi bør ha med både endring i absolutte tall og i prosent.

3.5.3 "Siste 30 dager" og "Regression toward the mean"

Vårt intervju skjema – EuropASI - fokuserer i stor grad på hendelser de siste 30 dagene før intervjuet finner sted. Et problem med dette relativt korte tidsvinduet, kan være at de siste 30 dagene før intervjutidspunktet er lite representative for klientens vanlige situasjon. Særlig ser vi dette når det gjelder MAR-klientenes rapportering av psykiske plager ved rekrutteringstidspunktet. De rapporterte overraskende få dager med psykiske problemer målt ved EuropASI i forhold til klienter i de andre tiltakstypene (7,6 dager i MAR mot 11,5 dager i døgnbehandling). Det er flere grunner til å anta at dette er for lavt. ASI-intervjuene ble foretatt i hovedsak under opptrapping på metadon. Det er velkjent at klientene ved overgang til metadoninntak lett undervurderer sine psykiske problemer i en opplevelse av optimisme og store forventninger til behandlingen. Selv om målingen siste 30 dager refererer til de siste 30 dager før inntak i behandling, er det sannsynlig at rapporteringen er påvirket av selve overgangssituasjonen til metadonbehandling. ASI-målingen på psykisk helse for metadonklientene kan også være påvirket av en legal opoidsubstitusjon frem mot metadonopptrapping. SCL-25, som vi også

anvender for å måle psykiske plager, synes å fange opp de reelle problemene bedre ved inntak til behandlingen. Tallene i tabellene når det gjelder psykisk helse for MAR-klientene, hvor EuropASI er brukt, har derfor en del feilkilder og bør tolkes med forbehold.

Mer generelt vil problemet med ikke-representative svar ved rekrutteringsintervjuet, på grunn av spesielle forhold rundt tiden ved inntak til behandling og det korte tidsvinduet, kunne føre til et fenomen som noen ganger blir kalt "regression toward the mean." Opprinnelig ble dette uttrykket brukt til å forklare hvorfor det ofte var slik at de som lå øverst eller nederst på en indikator hadde en tendens til å nærme gjennomsnittet ved en ny måling (se kap. 9, Stigler, 1999 for mer om begrepet og dets historie). For eksempel: Dersom vi tar ut de som gjorde det dårligst på en matteprøve og ser hvordan de gjorde det på neste prøve, vil man trolig observere at de gjør det noe bedre. Årsaken til dette er at uflaks trolig var noe av grunnen til at de gjorde det dårlig på den første prøven (i tillegg til begrensede kunnskaper), og det er lite sannsynlig at alle har stor uflaks to ganger på rad. Det vil derfor være en tendens til at neste måling viser at de beste gjør det noe dårligere og at de dårligste gjør det noe bedre. Dette er et rent statistisk fenomen og det er misvisende å tilskrive denne tendensen eventuelle intervensjoner man har hatt i mellomtiden. På samme måte er det misvisende å anta at man har hatt en forbedring (eller forverring) mellom to målinger dersom en av målingene gir et gjennomsnitt som ikke er representativt for hele populasjonens underliggende gjennomsnitt.

3.5.4 Klienter som faller fra eller er utelatt

Et siste problem er å bestemme hvilke klienter vi skal bruke når vi gjør våre endelige beregninger. I utgangspunktet hadde vi 482 klienter med i undersøkelsen. Ved andre oppfølging, to år etter første inntaksintervju, var noen døde, noen var fremdeles i behandling eller i et "kontrollert miljø" (behandlingsinstitusjon, sykehus, fengsel etc.) og noen møtte aldri til intervju (Tabell 12). Fordi vi ønsker å måle nytten av behandlingen, synes

det mest naturlig å sammenligne svarene fra rekrutteringsintervjuet og oppfølgingsintervjuene for de klientene som var i et "ikke-kontrollert miljø" ved en av oppfølgingene. Ved andre oppfølging (to år etter inntak) var 301 av klienter i et "ikke-kontrollert miljø." Disse 301 klientene utgjør hovedgruppen av klientene bak tallene i denne rapporten. Vi har imidlertid informasjon om hvordan det gikk med flere enn disse 301 klientene som var "ute" ved andre oppfølging. Noen av klientene var i et "ikke-kontrollert" miljø *bare* ved første oppfølging, mens de ved andre oppfølging enten var døde, i fengsel eller ikke ble gjenfunnet. En optelling viser at det var 55 klienter i denne gruppen. Selv om disse var i et "kontrollert miljø" ved andre oppfølging, kan vi bruke informasjonen fra første oppfølging til å si noe om endringene. Dermed har vi en gruppe med 356 (301+55) klienter hvor alle har opplysninger om rusmiddelmissbruken før behandling og i et "ikke-kontrollert miljø" på et senere tidspunkt (enten første eller andre oppfølging. Det er denne gruppen som ligger bak resultatene som presenteres i neste kapittel og som brukes i utregningen av "etter" resultatene. Vi har med andre ord valgt å se på resultatene til alle klientene enten de fullførte behandlingen eller ikke ("intention to treat" design). Bakgrunnen for dette er blant annet man ofte har brukt betydelig ressurser også på klientene som faller fra. Målet er dermed å se hvordan det i gjennomsnitt gikk med *alle* som kom inn i de ulike tiltakene uansett hvor lenge de var der eller hvordan de avsluttet.

Frafall og utvelgelse av klienter kan skape problemer for analysen. For eksempel, kan man være bekymret for at tallene er for positive, fordi vi ikke har informasjon om mange av de klientene som det kanskje gikk dårligst med. Det kan gjelde både de døde eller de som ikke møtte til intervju. På den annen side kan man argumentere for at det er svært få som var døde eller som ikke ble intervjuet. Det vil si at det ikke er mange nok til å påvirke resultatene i særlig grad. I tillegg kan man argumentere for at også klienter som trolig ville *forbedret* resultatene er ekskludert i utvalget. Utvalget inkluderer ikke klientene som fortsatt var i behandling, og det å mestre lange behandlingsopphold samsvarer ofte med et positivt

utfall. Det er med andre ord noen som er utelatt som trolig ville påvirke tallene negativt, men det er også noen som er utelatt som trolig ville påvirke tallene i positiv retning. Vi vet ikke hvilken tendens som er sterkest.

Det er også andre forhold som er viktige for å tolke tallene. Det er, for eksempel, problematisk å sammenligne ulike typer behandlinger, dersom det er ulike typer klienter i de ulike behandlingene. Det er også grader av usikkerhet i en slik sammenligning. Det blir imidlertid fort for komplisert å starte med alle problemene. Vi har derfor valgt å begynne med en presentasjon av de enkleste resultatene. I de neste underkapitlene vil vi trekke inn vanskelighetene som oppstår når vi forsøker å tolke resultatene, og når vi deler utvalget inn i mindre undergrupper.

Tabell 12. Oversikt over klientene og utvalget.

	1. oppfølging (ett år etter inntak til behandling)		2. oppfølging (to år etter inntak til behandling)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I et "ikke-kontrollert miljø"	241	50,0 %	301	62,4 %
Innlagt på døgnbehandlings institusjon	164	34,0 %	73	15,1 %
Fengsel	8	1,7 %	21	4,4 %
Sykehus, annet	16	3,3 %	16	3,3 %
Død	14	2,9 %	21	4,4 %
Ingen informasjon (frafall)	39	8,1 %	50	13,3 %
SUM	482	100,0 %	482	100,0 %
Fortsatt i behandling	195	40,5 %	99	20,5 %
Døgnklienter som fortsatt er i rekrutteringstilltaket	58	31,0 %	14	7,7 %

3.6 Oppsummering

Diskusjonen ovenfor har vist at når det gjelder behandling av narkotikamisbrukere kan man få vanskeligheter med flere av de vanlige antagelsene som brukes i standard nytte-kostnads analyse. For eksempel, er det standard at alle effekter i analysen skal verdsettes i kroner og øre (NOU 1997:27). Dette er vanskelig fordi man både er usikker på konsekvensen av ulike former for behandling og fordi det er vanskelig å sette en kroneverdi på disse. Vi vet noe om hvor mye narkotikaforbruket reduseres etter behandling, men vi vet ikke nøyaktig hvor høyt denne reduksjonen verdsettes i kroner og øre, eller om denne verdien er større eller mindre enn en forbedring i psykisk helse hos den samme klienten. I tillegg til disse praktiske vanskelighetene, kommer de normative problemene som oppstår i det man bruker individers betalingsvillighet som et mål på samfunnets verdsetting av et gode.

Konklusjonen er dermed at man i denne rapporten verken kan eller bør slå sammen alle konsekvensene til kroner og øre. Man kan imidlertid sette tall på noen av konsekvensene, og på den måten få en oversikt over enkelte endringer og kostnader knyttet til behandling av narkotikamisbrukere. Valget av hvilke indikatorer som bør inngå er da delvis styrt av de som er viktige i en tradisjonell nytte-kostnads analyse og delvis av begrensninger i den informasjonen vi har. Konkret betyr dette at vi ser spesielt på forhold som er nært knyttet til individers velferd, som rusmiddelmisbruk, fysisk og psykisk helse, økonomiske forhold og kriminalitet.

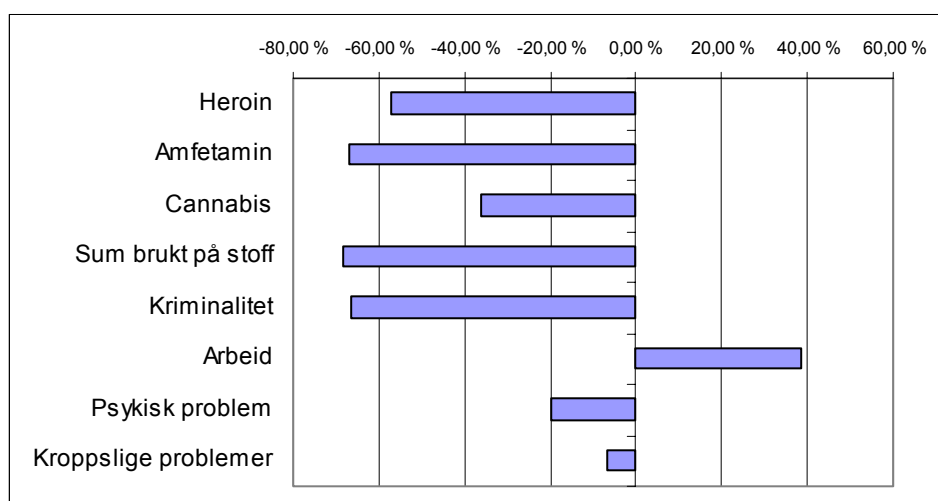
Prisen for dette valget er at vi ikke nødvendigvis kommer frem til entydige konklusjoner. En type behandling kan synes å virke "best" når det gjelder reduksjon i rusmiddelbruken, mens en annen kan synes å være "best" når det gjelder å redusere psykiske problemer. Vi ender dermed ikke opp med en konklusjon om at en spesiell behandling er "best" i alt for alle klienter. Slike konklusjoner er bare mulig dersom man forenkler nyttebegrepet til bare å omfatte én type endring, eller i det lite trolige tilfellet der en type behandling er "best" på alt for alle.

4 Nytten av behandling

4.1 Hovedtendenser

For å unngå at man går seg vill i alle de ulike resultatene som blir lagt frem, kan det være nyttig å først få en oversikt over noen viktige endringer. Disse er sammenfattet i figurene nedenfor.

Figur 1. Prosentvis endring i bruk av narkotika, kriminalitet, arbeid og helseproblemer (n=356).

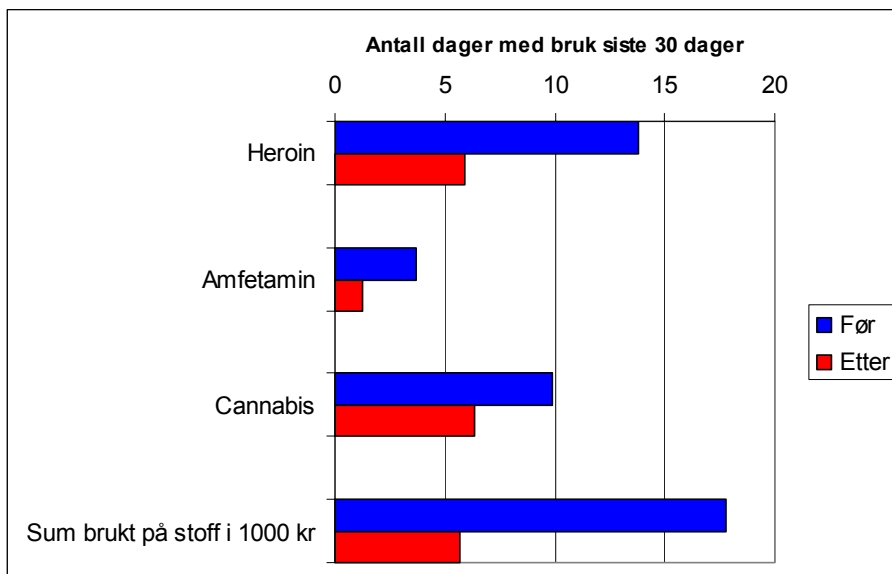


Hovedinntrykket fra Figur 1 er at det har vært en betydelig reduksjon i problemomfanget blant klientene. Endringene er målt ved å sammenligne gjennomsnittet for alle klientene siste måned før behandling med siste måned to år etter påbegynt behandling for de klientene der slik informasjon var tilgjengelig (301 klienter) eller ett år etter behandling der man ikke hadde informasjon fra andre oppfølging (55 klienter). Klientene rapporterer en betydelig reduksjon i bruken av heroin (58%), amfetamin (67%), cannabis (35%), en økning i antall arbeidsdager (38%) og betydelig

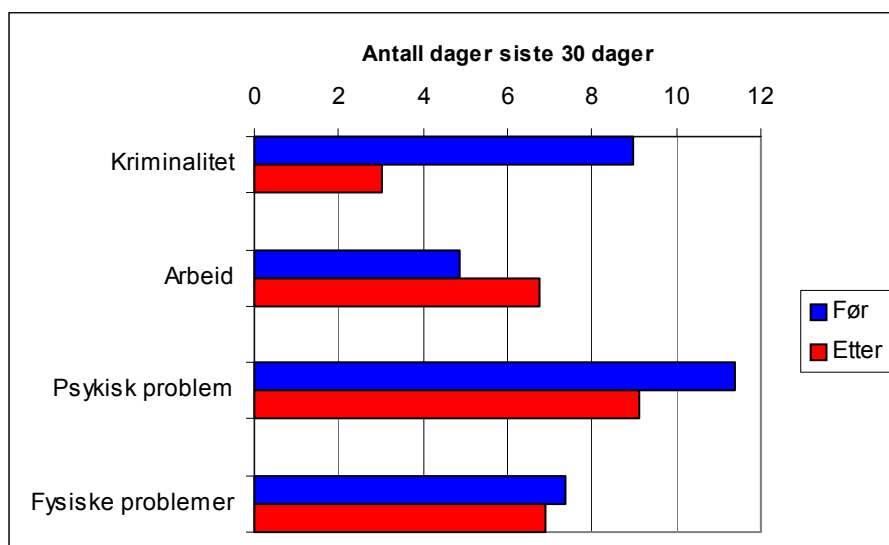
færre dager med kriminalitet (66%). Helsen situasjonen var også bedret selv om reduksjonen av problemene var mindre enn på de andre områdene. Dette kan indikere at mange i denne gruppen har omfattende kroniske plager som ikke forsvinner selv om klienten bruker mindre rusmidler. Det kan henge sammen med at fysiske og psykiske plager blir mer fremtredende når man ikke lenger bruker rusmidler i samme omfang som før, eller problemene kan også være underdiagnostiserte og ikke behandlet godt nok.

Prosentvise endringer gir en grov oppsummering av endringene i utvalget. For å få et bedre bilde av hva som skjuler seg bak disse endringene, kan man se på forskjellen i antall dager med bruk av narkotika før og etter behandling (Figur 2). For eksempel viser tallene en gjennomsnittlig reduksjon i antall dager med heroin fra 14 til 6 dager per måned, bruk av amfetamin ble redusert med noe over 3 dager per måned og cannabis med noe over 2. Tilsvarende fremgår endringene i antall dager med kriminalitet, i arbeid, med psykiske og fysiske problemer av Figur 3.

Figur 2. Stoffbruk og penger brukt på stoff siste 30 dager før og etter behandling (n=356).



Figur 3. Kriminalitet, arbeid, psykiske og fysiske problemer siste 30 dager før og etter behandling (n= 356).

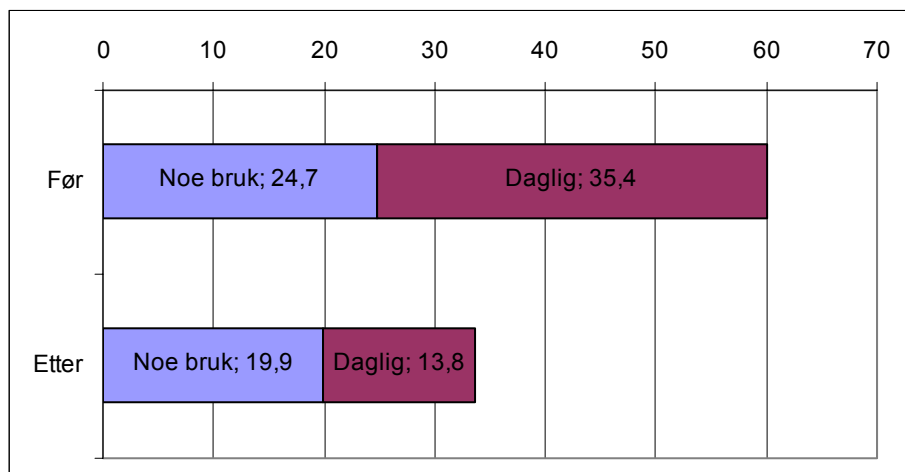


4.2 Tolkingsproblemer

At den selvrapporterte bruken av heroin ble redusert med nesten 60% i utvalget, betyr *ikke* at man kan konkludere at en typisk narkotikamisbruker i behandling reduserer sitt forbruk med 60% som følge av behandling. For det første vet vi ikke om vårt utvalg er representativt for narkotikamisbrukere i behandling generelt, og vi kan derfor ikke generalisere våre resultater til å gjelde hele denne gruppen. For det andre er endringene skjevfordelt. At gjennomsnittet reduseres med 60%, betyr ikke at hver enkelt klient har redusert sitt forbruk med 60%. I vårt tilfelle fremkommer endringen ved at en gruppe har sluttet helt med heroin, mange har redusert forbruket noe og noen få har fått et økt forbruk. For eksempel viser en mer detaljert oppdeling av tallene for bruk av heroin, at antallet personer i utvalget som brukte heroin ble redusert fra 60% til 34% (Figur 4). Dette skyldes i stor grad en nedgang i antall personer som brukte heroin daglig, der det var en reduksjon fra 35 til 14%. Det typiske

er dermed en klar reduksjon i forbruket selv om mengden varierer. Men for det tredje er det ikke sikkert at det var behandlingen i seg selv som var *årsaken* til endringene. Det kan være andre forhold, som livshendelser og naturlige svingninger i forbruket, som også bidrar til de observerte endringene. Tallene er et sammendrag av hvordan det gikk med klientene i utvalget og generaliseringer utover dette er usikre.

Figur 4. Prosentandel av utvalget som bruker heroin daglig eller ikke daglig før og etter behandling (n= 356).



Hvordan det gikk med klientene som en helhetlig gruppe er i seg selv interessant. Men for å komme frem til tall som lettere kan generaliseres er det nødvendig å dele opp utvalget. For eksempel kan man skille ut klientene som ble behandlet i PUT'ene og se på disse for seg. I den grad behandlingen og klientene er representative for klienter og behandlingstilnæringer i PUT'ene generelt, kan resultatet fra vårt utvalg brukes til å si noe om hva man kan forvente dersom en klient behandles i PUT. En slik inndeling innbyr dermed til sammenligning av ulike behandlingstyper. Spørsmålet blir dermed ikke om "behandling nytter i det hele tatt", men "hvilken behandling synes å gi størst nytte." Man kan så undersøke ulikheter i klientgruppen, og se på endringene for forskjellige typer av klienter i PUT'ene og andre behandlingstyper, og dermed i størst

mulig grad sammenligne ”like med like.” Med andre ord blir da spørsmålet ”*hvilken* behandling synes å gi størst nytte for *hvem*.”

4.3 Endringer delt inn etter tiltakstyper

Tabell 13 viser endringer i narkotikaforbruk, helsetilstand og andre forhold for klientene i de ulike tiltakstypene. Det generelle inntrykket er, som før, en betydelig nedgang i forbruket av ulike narkotiske stoffer og kriminalitet. Det er også interessante forskjeller mellom tiltakstypene.

For det første viser det seg at klientene i PUT’ene hadde en svært liten reduksjon i bruken av narkotika sammenlignet med de andre tiltakstypene. Antall dager med bruk av heroin både i døgntiltakene og i MAR gikk ned med over 10 dager per måned (mer enn en halvering), mens reduksjonen blant PUT- klientene var på mindre enn en dag per måned.

For det andre rapporterte MAR-klientene ingen positiv endring i psykisk helse etter påbegynt substitusjonsbehandling, mens det gjorde derimot klientene i PUT. Det var en reduksjon på over 30% i psykiske plager blant klientene i PUT’ene, mens klientene i MAR rapporterte en økning av psykiske problemer mellom første og annet år etter behandlingsstart.

Det er flere mulige forklaringer på tendensene ovenfor. Når det gjelder PUT-klientene var det for det første hele 69% som overhodet ikke hadde brukt heroin de siste 30 dagene før inntak til behandling. Blant de som hadde brukt heroin var også bruken i gjennomsnitt betydelig lavere enn hos klientene i MAR og i døgntiltakene (6 dgr vs. 19 og 17 dgr). Som påpekt tidligere er mulighetene for en stor reduksjon ikke tilstede i samme grad hos klienter med et lavt utgangspunkt på ulike mål ved inntak til behandling sammenlignet med klienter med et høyt utgangspunkt, hvilket delvis forklarer den lille reduksjonen i bruken av heroin hos PUT-klientene.

Tabell 13. Endringer fra før behandling til oppfølging ett eller to år senere på noen viktige indikatorer i de ulike tiltakstypene (målt i antall dager per måned, (n=356)).

Antall dager siste mnd med		Døgn	PUT	MAR	Ungdom	Total
Heroin	Før	16,6	7,4	19,2	2,2	13,8
	Etter	6,0	6,9	6,0	1,3	5,9
Amfetamin	Før	4,1	3,3	0,7	9,4	3,7
	Etter	1,2	1,3	1,1	1,0	1,2
Cannabis	Før	9,3	10,8	5,6	22,5	9,9
	Etter	5,2	9,5	6,3	4,0	6,3
Sum brukt på stoff	Før	20 549	5 792	32 156	4 342	17 815
	Etter	6 255	5 257	5 852	2 008	5 660
Kriminalitet	Før	10,3	5,2	9,0	11,5	9,0
	Etter	3,7	2,1	2,8	1,4	3,0
Arbeid	Før	4,1	10,5	0,5	1,3	4,9
	Etter	6,5	10,1	2,3	4,9	6,8
Psykiske problemer	Før	11,5	13,5	7,6*	12,6	11,4
	Etter	8,4	8,1	14,1	6,6	9,1
Somatiske problemer	Før	7,5	5,8	11,2	2,7	7,4
	Etter	6,3	5,2	11,9	5,0	6,9

* Se kap. 3.5.3 for mer om problemer med denne målingen.

Når det gjelder MAR-klientene er det sannsynlig at de har undervurdert sine psykiske plager ved rekrutteringstidspunktet slik de er målt gjennom ASI intervjuet. Dette gjør før-etter målingen på ASI variabelen vanskelig å bruke. Det kommer imidlertid frem en tendens til økte psykiske vansker mellom første og annet år av metadonbehandlingen, målt både ved SCL-25 og ASI.

Ungdomsgruppen skiller seg fra klientene i de andre tiltakstypene ved at de hadde et betydelig mindre forbruk av heroin, men et desto større forbruk spesielt av cannabis men også av amfetamin. Gjennomsnittsalderen i denne gruppen er også langt lavere enn i de andre gruppene hvilket kan forklare noen av forskjellene. Fordi denne gruppen skiller seg så sterkt fra de andre, har vi valgt å ikke gruppere ungdomsklientene sammen med de andre klientene i døgntiltakene.

I gjennomsnittstallene ligger det som nevnt noen klienter som slutter helt med ulike rusmidler, noen som øker sitt forbruk og noen som har mindre endringer. Tabellen nedenfor (14) viser hvor mange som etter behandling ikke bruker narkotiske stoffer. Det kan synes overraskende at så mange som 40% av utvalget ikke hadde brukt noe narkotisk stoff i måneden før 1. eller 2. oppfølging. Dette er en høy andel, men den må sees i forhold til flere faktorer. For det første er det for manges del ikke gått lang tid siden de avsluttet behandlingen. Vi vet heller ikke om resultatet vil holde seg på lenger sikt. For det andre viser tallene at det var relativt mange som allerede før behandling hadde trappet ned på rusmiddelbruken. Hele 10% av klientene oppga at de ikke brukte noe narkotisk stoff den siste måneden før behandling. For det tredje blir prosentandelen rusfrie noe mindre imponerende når man også tar med bruk av alkohol til beruselse. Andelen synker da til 34% som var helt rusfrie. Dersom man så gjør den mest pessimistiske antagelsen som er mulig og antar at alle de vi ikke har informasjon om fortsatt bruker stoff, vil andelen helt rusfrie ved oppfølgingen være 25%. Oppfølgingstidspunktet er her for de fleste to år etter påbegynt behandling (se kap. 3.5.4)

Hvis man sammenligner tiltakstypene, viser det seg at ungdoms- og døgntiltakene har den høyeste andelen med rusfrie klienter etter behandling. En mulig forklaring på dette, er at klientgruppene er forskjellige i de ulike behandlingstypene. Det blir derfor viktig å undersøke eventuelle ulikheter mellom klientene i de ulike tiltakstypene.

Tabell 14. Andelen klienter som er helt rusfrie ved oppfølging etter ett og to år etter påbegynt behandling, prosent (n= 356).

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom	Total
Ingen bruk av narkotika siste mnd før behandling	7	16	12	8	10
Ingen bruk av narkotika etter behandling (siste 30 dager før oppfølging)	45	30	31	63	40
Ingen bruk av alkohol til beruselse eller narkotika etter behandling (siste 30 dager før oppfølging)	39	27	25	50	34
(som ovenfor, men som andel av hele utvalget på 482 klienter)	26	23	20	39	25

Oppsummering

En naiv tolkning av de observerte forskjellene ville være å konkludere med at når det gjelder å redusere heroinbruken er MAR meget effektiv, døgntil behandling er nesten like effektiv og behandling i PUT'ene er svært lite effektiv. Når det gjelder reduksjon i psykiske problemer er imidlertid rekkefølgen motsatt. Da er utfallet i PUT'ene best. Som nevnt

innledningsvis i dette kapitlet, er det mange forhold vi bør se nærmere på før vi kan trekke konklusjoner fra tallene. For det første kan ulikhetene skyldes at de ulike tiltakstypene mottar delvis forskjellige typer klienter og ikke bare at behandlingene i seg selv er forskjellige. For det andre er det viktig å se på egenskaper ved behandlingstiltakene som ikke er direkte knyttet til selve behandlingen, som for eksempel geografisk plassering, stedets størrelse og liknende. Endelig er det nødvendig å undersøke hva slags elementer ved behandlingen som i størst grad kan forklare forskjellen i resultater mellom de ulike tiltakstypene.

4.4 Ulikheter i klientgruppen

En mulig forklaring på at noen tiltakstyper synes å få bedre resultater enn andre, kan være at de mottar klienter som er mindre belastet enn de øvrige.

Tabell 15 viser gjennomsnittsverdiene for klientene i de ulike tiltakstypene i forhold til noen egenskaper som kan være viktige for behandlingsresultatet. Tallene viser først og fremst at det er klare forskjeller på klientene i de ulike tiltakstypene. Klientene i MAR er i gjennomsnitt en betydelig mer belastet gruppe enn klientene i PUT'ene og til dels også klientene i døgntilrettelagt behandling. De er eldre, de har brukt heroin i betydelig flere år, har brukt mer penger på narkotika og de rapporterer store fysiske helseplager. Også klientene i ungdomstiltakene skiller seg fra de andre klientgruppene og ikke bare på alder. De har en langt høyere andel med kvinner (63%), et langt lavere forbruk av heroin og de er i mindre grad i et tiltak de selv ønsker å være i (56% mot over 80% i de andre tiltakene). Sammenfatningsvis betyr dette at man bør være meget forsiktig med en direkte sammenligning av utfallet i de ulike tiltakstypene.

Tabell 15. Ulikheter i klientgruppen for alder, kjønn og problembelastning ved inntak (n=356).

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom	Total
Alder	31,4	27,4	39,6	16,3	30,8
Prosent kvinner	26,7	37,2	33,9	62,5	32,9
Kroppslige problemer*	7,5	5,8	11,2	2,7	7,4
Arbeid*	4,1	10,5	0,5	1,3	4,9
Antall år totalt med heroin	6,3	2,7	14,4	0,2	6,3
Tatt stoff med sprøyte	98 %	53 %	98 %	54 %	84 %
Sum brukt på stoff siste mnd.	20 549	5 792	32 156	4 342	17 815
Kriminalitet*	10,3	5,2	9,0	11,5	9,0
Prosent i tiltaket de helst ville være nå	81 %	84 %	92 %	56 %	82 %

* Antall dager siste måned

4.5 Endringer inndelt etter kjønn, alder, rusbruk og helse

Et viktig spørsmål er om det er noen undergrupper av klienter som gjør det bedre enn andre. Tabell 16 viser forskjellene i noen ulike undergrupper når det gjelder endringene i heroinforbruket, psykiske plager og kriminalitet. Hovedtendensen i tabellen er at det er store forskjeller mellom gruppene når det gjelder endringer i psykiske plager, men at det til dels er overraskende små forskjeller mellom mange av gruppene når det gjelder heroin og kriminalitet.

Kvinnene reduserte for eksempel bruken av heroin i omtrent samme grad som mennene (fra 13,0 til 4,6 dvs. en reduksjon på 8.4 dager versus 7.7 dager for mennene). Videre ser man at de eldste klientene hadde en større reduksjon i bruken av heroin enn de yngste, klienter som var lengst i døgntil behandling hadde en noe større reduksjon i bruken av heroin enn den halvdelen som var kortest tid i behandling (men forskjellen var liten; reduksjonen var 7,4 dager for de med lengst behandling og 6.1 for de med kortest behandling). Forskjellene var større mellom de klientene som oppga å ha mange kontra få dager med psykiske problemer. De med flest selvrappporterte problemer hadde en reduksjon på 6,6 dager (fra 11,9 til 5,3), mens de som oppga færre problemer reduserte heroinforbruket med 9,3 dager (fra 15,9 til 6,6). Reduksjonen blant kvinnene når det gjaldt psykiske problemer var på 36% versus 11% hos mennene (4.4 dager versus 1.2 dager). Forskjellen i endringen i psykiske plager var også stor mellom den yngste og den eldste halvparten av utvalget, med en reduksjon på henholdsvis 30% i den yngste gruppen og 6% i den eldste.

Man kan også dele inn resultatene mer detaljert ved å se på hvordan det gikk med de ulike gruppene i de ulike tiltakstypene. For eksempel kan man se på menn og kvinner i PUT, menn og kvinner i MAR osv. Dette gir imidlertid svært detaljerte tabeller og noen ganger vil det være få klienter i undergruppene. Samtidig er disse tabellene interessante fordi man da i større grad sammenliger "like med like." De aktuelle tabellene er derfor lagt ved i vedlegget (Tabell 41, Tabell 42, Tabell 43)

Tabell 16. Endring i heroinbruk, psykiske problemer og kriminalitet før og etter døgnbehandling, målt i antall dager siste måned for ulike grupper.

	Heroin		Psykiske plager		Kriminalitet	
	Før	Etter	Før	Etter	Før	Etter
Mann	14,2	6,5	11,0	9,7	9,6	3,5
Kvinne	13,0	4,6	12,3	7,9	7,7	1,9
Yngste	10,2	5,5	13,1	9,1	9,6	3,3
Eldste*	17,4	6,3	9,8	9,2	8,4	2,7
Uten heroinbruk	0,0	1,6	13,5	8,2	4,8	1,7
Med heroinbruk	23,0	8,7	10,0	9,7	11,7	3,9
Kortest beh.tid	13,3	7,4	11,7	10,6	8,6	4,5
Lengst beh.tid **	12,6	5,2	12,2	6,7	9,5	2,3
Færrest dager med kroppslige plager	13,4	6,3	10,4	9,4	8,3	3,0
Flest dager med kroppslige plager	14,4	5,3	13,0	8,7	9,9	3,0
Færrest dager med psykiske plager	15,9	6,6	0,2	7,4	8,9	2,9
Flest dager medpsykiske plager	11,9	5,3	21,9	10,8	9,0	3,2

* Medianen var 30 år slik at ”de eldste” inkluderer alle fra og med 31 år og over.

** Medianen var 263 dager slik at gruppen med ”lengst” beh.tid hadde flere enn 263 dager i behandling.

4.6 Resultatet inndelt etter egenskaper ved tiltakstyper og behandlingsintervensjoner

For å komme noe nærmere en forklaring på variasjonene i resultatene, bør man også se på egenskaper ved tiltakene. Dette gjelder for eksempel ytre forskjeller som geografisk plassering (by/land), tiltakets størrelse, behandlingssideologiske skiller, type og antall intervensjoner. Problemstillingen som reises handler da ikke bare om ”hva slags tiltak som virker best”, men om ”hva det er ved de ulike tiltakene som gjør at behandlingen virker/ikke virker så bra.”

4.6.1 Ulikheter i behandlingsintervensjoner

Tabell 17 illustrerer noen av forskjellene i behandlingen mellom de ulike tiltakstypene. Den viser i gjennomsnitt hvor mange timer med ulike intervensjoner klientene har fått i de ulike tiltakene. Grunnlaget er loggboken som hvert tiltak har ført for den enkelte klient gjennom hele behandlingsprosessen. Tabellen viser, for eksempel, at klientene i hierarkiske terapeutiske samfunn (HTS) har hatt flere timer med gruppeterapi enn klientene i de andre døgntiltakene (179,7 timer i gjennomsnitt mot 59,0 i store og 72,8 i små tiltak). Videre ser det ut til at de store tiltakene har lagt stor vekt på arbeidstrening, mens klientene i ungdomstiltakene, som forventet, har mange flere undervisningstimer.

4.6.2 Hierarkiske terapeutiske samfunn, store og små tiltak

Fra et behandlingssideologisk perspektiv kan man til en viss grad skille mellom HTS'ene og de andre døgntiltakene. Selv om forskjellen mellom disse ikke er så store som de var, så viser tallene over innholdet i behandlingen at HTS'ene fremdeles legger større vekt på gruppeterapi enn de andre døgntiltakene. Sammenlignet med andre døgntiltak legger HTS'ene også i noe større grad vekt på belønning i form av økte privilegier når klientene følger det oppsatte programmet. De andre døgntiltakene har en noe høyere grad av bemanning enn HTS'ene, både av profesjonelle behandlere (psykologer, sosialfaglig personell osv.) og av

Tabell 17. Gjennomsnittlig antall timer med ulike intervensjoner for klientene i de forskjellige tiltakstypene.

	HTS	Store	Små	PUT	Ungdom	MAR	Total
Lege/somatikk	2,1	6,6	11,5	0,4	2,2	8,3	5,5
Tannlege	3,1	14,7	2,0	0,2	5,1	1,6	4,0
Fysioterapeut	5,8	8,8	1,1	0,0	0,0	1,0	3,1
Systematisk							
individualbehandling	8,0	47,5	33,2	12,3	26,6	49,0	29,2
Gruppebehandling	179,7	59,0	72,8	0,0	225,9	4,7	77,9
Familiebehandling	1,7	5,2	5,2	0,6	41,7	0,3	4,3
Parbehandling	2,0	1,6	0,7	0,1	0,0	0,3	0,9
Utvidet							
nettverksbehandling	0,4	8,9	1,0	0,2	8,6	0,2	2,4
Skole/undervisning	43,9	149,5	124,5	0,0	715,1	4,4	94,1
Arbeidstrening	23,5	266,4	214,0	0,1	492,9	107,6	143,8
Attføring	0,2	11,7	2,2	0,5	0,0	23,8	7,9
AA/NA	3,0	6,4	13,8	0,2	6,1	0,0	4,6
Ansvarsgrupper	4,1	7,2	4,6	1,1	11,6	10,5	5,9

andre ansatte. Klientene i HTS'ene har selv et større ansvar for den daglige driften av tiltaket som for eksempel matlaging, innkjøp, vasking og liknende. Disse forskjellene er interessante både fra et behandlingsideologisk ståsted og fra en økonomisk vinkel.

Et lignende kostnadsskille kan man også tenke seg mellom store og små døgntiltak. I den grad det er kostnadsforskjeller på grunn av stordriftsfordeler er det interessant å undersøke disse. Videre kan størrelsen på behandlingstiltaket også påvirke behandlingsutfallet. For å undersøke disse forholdene har vi i Tabell 18 delt opp resultatene for

døgnbehandlingstiltakene etter følgende behandlingstyper: HTS'er, store og små døgnenheter.

Tabellen viser kun små forskjeller mellom HTS'ene, små og store behandlingstiltak både når det gjelder reduksjon av heroin, psykiske plager og kriminalitet. Rett nok hadde klientene i de store behandlingstiltakene den største reduksjonen i heroinforbruket blant døgntiltakene (12 dager), men resultatet er ikke mye bedre enn for klientene i HTS'ene (9 dager) eller for klientene i de små tiltakene (10 dager). Forskjellene er noe større når det gjelder reduksjonen i psykiske problemer. Her kommer de store tiltakene dårligst ut (1 dag mindre per måned i gjennomsnitt), mens HTS'ene og de små døgntiltakene hadde en reduksjon på henholdsvis 4 og 6 dager per måned.

Tabell 18. Endringer i noen indikatorer for ulike døgnbehandlingstyper (HTS, små, store).

		HTS	Store	Små
Narkotikadager	Før	51,4	61,2	60,4
	Etter	21,2	26,6	27,8
Dager med heroin	Før	14,2	18,2	17,3
	Etter	5,6	6,1	6,4
Psykiske problemer	Før	12,0	8,8	15,4
	Etter	8,2	7,7	9,9
Kriminalitet	Før	9,4	11,9	9,1
	Etter	4,4	3,4	3,3

4.7 Justering for ulikheter i klientgruppen

Fordi klientgruppene ved tiltakstypene er så ulike bør man, som nevnt ovenfor, være forsiktig med å sammenligne resultatene direkte. Det finnes imidlertid metoder der man justerer resultatene på en måte som tar hensyn til ulikheter i klientgruppen. Disse metodene kan deles inn i to hovedgrupper. For det første finnes det regresjonsbaserte tilnærminger der man ved hjelp av statistisk analyse prøver å isolere effekten av ulike variabler etter at man har kontrollert for effekten av andre variabler. Den andre metoden bygger på den intuitive ideen at for å sammenlikne to ulike behandlinger, bør man trekke ut de klientene som er like i begge behandlingene og legge mindre vekt på de som er ulike. Metodene i denne kategorien kalles ofte for "matching." I det etterfølgende vil vi prøve ut en slik metode.

4.7.1 En type matching: "Propensity scores"

Å fokusere på de klientene som er like når man skal sammenlikne ulike typer behandlinger kan virke som en enkel og korrekt fremgangsmåte. For eksempel, i gjennomsnitt var klientene i døgntiltakene mer belastet enn klientene i PUT'ene. Samtidig vet vi at det også finnes noen tungt belastede klienter i PUT'ene. I stedet for å sammenlikne gjennomsnittsutfallet for begge gruppene, kan man trekke ut en mindre gruppe av de tungt belastede klientene både i PUT'ene og i døgntiltakene og sammenlikne resultatene for disse.

Det er imidlertid minst to problemer man må ta hensyn til. Når det gjelder behandling for narkotikamisbruk er det ikke innlysende hva man mener med at to klienter er tilnærmet like. Likheten kan gå på kjønn, alder, psykiske problemer, alvorlighetsgraden av stoffmisbruk og mange andre forhold som kan være relevante for utfallet av behandlingen (motivasjon, sosialt nettverk, barndomsopplevelser, fysisk helse etc.). Videre er det et problem at når man har mange ulike variabler, vil man raskt få for få observasjoner til å gjøre sammenlikningen meningsfull. Dersom man for eksempel fra PUT'ene og MAR trekker ut "kvinner med lang

misbrukskarriere og store psykiske problemer mellom 20 og 30 år" vil det utgjøre relativt få personer. Desto flere forhold man ønsker at klientene skal være like på, desto færre observasjoner vil man få i hver gruppe og desto mer usikre blir resultatene.

En metode som delvis løser disse to problemene kalles "propensity scores" (Rosenbaum & Rubin, 1983). I stedet for å dele utvalget i mange små undergrupper (kjønn, alder osv.), bruker denne metoden alle de aktuelle variablene til å lage ett tall ("propensity score"). Deretter sammenligner man de klientene som har tilnærmet like "propensity scores." Fordi alle variablene blir slått sammen til ett tall som måler hvor "like" klientene er, slipper man å dele opp utvalget i små undergrupper av klienter som er like på mange forskjellige variabler.

Spørsmålet blir imidlertid hvordan man kan slå sammen de variablene man ønsker å justere for til ett tall. Utgangspunktet er at "propensity score" er et tall som sier hvor sannsynlig det er at en person i utvalget ender opp i en viss type behandling. Man vet, for eksempel, at desto eldre en person er desto større sjanse er det for at han eller hun ender opp i MAR. Man vet også at klientene med en lang ruskarriere (i vårt utvalg) har en større tendens til å ende opp i døgntilrettelagt opphold enn i PUT. Fordi vi har denne kunnskapen er det mulig ved hjelp av informasjon om klientens egenskaper (alder, kjønn, misbruksprofil osv.), å undersøke hvor sannsynlig det er at klienten hører til de ulike tiltakstypene. Rent statistisk kan dette beregnes ved hjelp av logistisk regresjon, hvor man får sannsynligheten for at en klient med visse egenskaper blir plassert i en spesiell tiltakstype. Videre vil det trolig være noen som har en høy beregnet sannsynlighet for å ende opp i et spesielt tiltak, men som av ulike grunner havner i et annet tiltak. For eksempel vil noen av PUT-klientene ha kjennetegn som gjør at de ligner på noen av MAR-klientene. Man vil da sammenligne utfallet for disse personene som i utgangspunktet hadde den samme beregnede sannsynligheten for å ende opp i MAR, men som i virkeligheten ble plassert i forskjellige tiltakstyper.

For å forstå at metoden beskrevet ovenfor virkelig justerer resultatene for ulikheter mellom klientgruppene på en korrekt måte, kan man sammenligne med en idealsituasjon hvor man fordeler klientene til de ulike tiltakene på en helt tilfeldig måte. I gjennomsnitt er det da ingen grunn til å tro at klientene ved noen tiltakstyper er annerledes enn de andre, fordi klientene ble fordelt helt tilfeldig. Man kan så sammenligne utfallet for de ulike tiltakstypene uten først å justere for ulikheter i klientgruppen. Nøkkelen til korrekte resultater er dermed å ha en seleksjonsmekanisme der det enten er tilfeldighetene eller behandlingsmessig irrelevante forhold som styrer utvelgelsen til de gruppene man skal sammenligne.

"Propensity score"- metoden oppnår dette så lenge det er noen PUT-klienter med egenskaper som ligner på egenskaper til MAR-klientene. Disse klientene er like i den forstand at de har samme "propensity score" (sannsynlighet for å ende opp i en tiltakstype), samtidig som de fikk ulik behandling. Det er som om man har to tilnærmet like individer og latt tilfeldighetene avgjøre om klienten skulle bli behandlet i PUT eller ikke. Mellom disse to klientene er det dermed ingen systematisk seleksjonsmekanisme og utfallet kan sammenlignes direkte. Man finner med andre ord frem til de gruppene der tilsynelatende tilfeldigheter avgjorde hvor de ulike klientene endte opp. For disse gruppene kan man sammenligne resultatene direkte, og resultatene blir korrekte av samme grunn som de blir det i tilfeldige utvalg.

Tabell 19 viser forskjellene mellom ulike behandlingstyper når det gjelder reduksjon i antall dager med heroin per måned, etter at man har justert for ulikheter i klientgruppen (kjønn, alder, år med heroinbruk belastningsprofil). For eksempel, når man sammenligner resultatene for klientene i døgntilrettelagt behandling med klientene i PUT'ene, uten å justere for ulikheter i klientgruppen, gikk heroinforbruket ned med 10 dager mer blant døgntilrettelagte klientene enn blant PUT-klientene. Dersom man ser på de klientene som er like, blir forskjellen mindre. Endringen for døgntilrettelagte klientene blir 3,6 dager mer enn for PUT-klientene. Mønsteret i tabellen er, for det første, at forskjellene mellom behandlingstiltakene blir mindre etter at man

har justert for ulikhetene i klientgruppen. For det andre, mens de ujusterte tallene tyder på at behandlingen i MAR ga en større reduksjon i antall dager med heroin enn døgntilrettelagt behandling (2,7 dager mer), tyder de justerte tallene på det motsatte. Døgntilrettelagt behandling kommer da ut med 1,7 færre heroindager per måned enn gjennomsnittet i MAR. Imidlertid er alle disse tallene bare tendenser, og i hvor stor grad de er korrekte avhenger av flere forhold.

Ett av de forholdene som gjør at man skal være forsiktig med tolkningen av tallene, er det relativt lave antallet observasjoner i noen av undergruppene. I andre undersøkelser har metoden med "propensity scores" blitt brukt til å sammenligne klientgrupper når man har flere tusen observasjoner. Metoden blir imidlertid ikke feil med færre observasjoner, men usikkerheten blir større. Videre må man anta at man kjenner alle variablene som er viktige både for seleksjonsprosessen og for utfallet (alder, kjønn osv.), og at det er korrekt å bruke logistisk regresjon for å modellere sannsynligheten for å ende opp i en gitt form for behandling. Alt dette betyr at man bør være forsiktig med å trekke sikre konklusjoner selv etter – eller nettopp på grunn av – relativt avanserte statistiske analyser.

Tabell 19. Forskjell mellom ulike behandlingstyper når det gjelder reduksjon i antall dager med heroin per måned etter at man har justert for ulikheter i klientgruppen.

	Døgn vs. PUT	Døgn vs. MAR	PUT vs. MAR
Ujustert	10,0	-2,7	-12,7
Justert	3,6	1,7	-9,2
N	163	97	87

4.8 Statistiske analyser

Så langt har analysen kun sett på ulikheter i endringene ved å dele de inn i noen hovedkategorier. Et spørsmål som da oppstår er om inndelingens forklaringskraft eller viktighet opprettholdes når man også tar hensyn til andre forhold. For eksempel kunne man tenke seg at kjønn viste seg å være en viktig variabel for å forklare endringer i rusmiddelbruken. Man kunne så vise at det også var en tendens til at kvinnene i utvalget var yngre enn mennene. Da blir spørsmålet om kjønn fremdeles har en effekt etter at man har kontrollert for alder, eller om kjønnseffekten egentlig er en maskert alderseffekt. For å svare på slike spørsmål, er det nødvendig å bruke statistiske analyseverktøy som regresjonsanalyse. Disse verktøyene er ikke perfekte, i den forstand at en rekke antagelser må være oppfylt før man kan bruke resultatene til å trekke sikre konklusjoner, men de kan allikevel ofte brukes for å finne trekk ved datamaterialet som ikke kommer frem i en enkel tabell.

4.8.1 Endringer i bruk av narkotika

Som et mål på omfanget av problemer med narkotika, har vi i regresjonsanalysene valgt å ta utgangspunkt i Addiction Severity Index (ASI-indeksen) for narkotikaproblemer. I denne indeksen inngår spørsmål om hvor mange dager man har brukt ulike stoffer den siste måneden, om man bruker sprøyte og hvor mye penger man har brukt på narkotika den siste måneden. Indeksen går fra 0 til 1 og desto høyere tallet er, desto større mener man narkotikaproblemet er. Et problem med denne indeksen er imidlertid at den inkluderer metadon. De som erstatter heroin med metadon vil da ikke få en reduksjon på ASI-indeksen. Så lenge man ser det som positivt at klientene går på metadon og ikke heroin, er dermed den ujusterte ASI-indeksen et dårlig mål. Vi har derfor valgt å justere denne ved å se på endringer i antall dager med alle narkotiske stoffer, med unntak av metadon. Vi har imidlertid fulgt ASI-indeksen ved å la alle dagene telle like mye enten det var med heroin eller hasj.

Endringen som måles dekker perioden fra siste måned før inntak til behandling til siste måned før første eller andre oppfølging, avhengig av

om klientene ved de to oppfølgingene er i et "ikke-kontrollert miljø" eller ikke. I de tilfellene hvor klienten var i et ikke-kontrollert miljø ved begge oppfølgingene, har vi valgt å bruke den siste observasjonen, dvs. to år etter påbegynt behandling.

Vi har prøvd forskjellige uavhengige variabler som vi antok kunne påvirke endringer i bruken av narkotika. Resultatet viser, for det første, at desto større stoffproblemer klienten hadde i utgangspunktet, desto større forbedring kan vi forvente på den justerte ASI-indeksen (Tabell 20). Dette er delvis et eksempel på "regression toward the mean" (se kap. 3.5.3). Det er også delvis et resultat av at de med mange dager nødvendigvis har mulighet å redusere sitt forbruk med flere dager enn de som hadde få i utgangspunktet. Det er fremdeles interessant fordi det også kan tyde på at det er feil å si at de med det tyngste misbruket (målt ved de siste 30 dagene før behandling) er spesielt vanskelig eller umulig å endre.

Videre ser vi at både antall positive og negative livshendelser har en signifikant effekt som naturlig nok går i hver sin retning. Vi kan imidlertid ikke si om dette skyldes at man lettere husker positive opplevelser fordi det går bra, eller om det virkelig er flere positive hendelser som har inntruffet. Dette er heller ingen variabel som kan brukes på forhånd til å predikere hvordan det vil gå med klienten. Samtidig er det viktig å ha den med, blant annet for å undersøke om de andre effektene forsvinner når man legger inn effekten av livshendelser.

Som forventet viser regresjonen at de som falt fra i behandlingen hadde en signifikant lavere reduksjon i narkotikabruken enn de som fullførte, alt annet likt. Men også tiden klientene hadde tilbrakt i institusjonsbehandling før nåværende behandling hadde en negativ og nær signifikant innvirkning på endringen i narkotikabruken, selv om denne prediktoren ikke hadde en like sterk forklaringskraft som variabelen for dropout. Også her var sammenhengen som forventet, at jo lenger en klient var i behandling jo større positive endringer var det i narkotikabruken.

Tabell 20. Regresjonsanalyse av endring i samlet bruk av narkotika (antall dager) ett og to år etter påbegynt behandling (n=292).

	Koeffisient	Signifikans
Konstantledd	7,574	0,542
Stoffbruk ved rekruttering	0,847	0,000
Kvinne	3,814	0,374
Alder	-0,244	0,449
Kriminalitet ved rekruttering	-9,664	0,177
Personlighetsforstyrrelser (MCMI II)	-1,111	0,132
Antall positive hendelser 2. oppfølging	7,224	0,000
Antall negative hendelser 2. oppfølging	-5,612	0,013
Tid i tidligere institusjonsbehandling	-0,144	0,207
Drop-out	-26,586	0,000
PUT-klient	-14,716	0,003
MAR-klient	-4,010	0,502
Forklaringskraft 58% ($R^2=0.579$)		

Ett av de viktigste spørsmålene i denne analysen var hvordan ulike typer behandling eventuelt fremmet eller hemmet en reduksjon i narkotikabruken. Her viser regresjonen at behandling i PUT'ene ga en signifikant mindre reduksjon i narkotikabruken sammenlignet med døgntiltakene, kontrollert for de andre variablene i modellen.

Til sammen forklarer alle variablene i modellen 58% av endringene i narkotikabruken.

4.8.2 Psykisk helse

Også når det gjelder endringer i ASI-indeksen for psykisk helse, viser det seg at utgangspunktet er en viktig variabel for å forklare størrelsen på endringene (Tabell 21). Desto større problemer klientene rapporterte ved inntak til behandlingen, desto større positiv endring hadde de ved oppfølgingene ett eller to år etter. Dette kan synes som noe overraskende

Tabell 21. Endring i psykisk helse på ASI-indeksen ett og to år etter påbegynt behandling (n=268).

	Koeffisient	Signifikans
Konstantledd	-0,032	0,650
Psykiske problemer ved rekrutteringsintervjuet	0,610	0,000
Kvinne	-0,007	0,789
Alder	-0,002	0,379
Kriminalitet ved rekruttering	0,002	0,122
Personlighetsforstyrrelser (MCMI-II)	-0,009	0,048
Antall positive hendelser 2. oppfølging	0,038	0,000
Antall negative hendelser 2. oppfølging	-0,022	0,082
Tid i tidligere institusjonsbehandling	0,000	0,841
Drop-out	-0,039	0,089
PUT-klient	0,043	0,129
MAR-klient*	-0,061	0,075
Forklaringskraft 49% (r ² =0.487)		

* Se kap. 3.5.3 for mer om problemer med denne målingen.

hvis man tror at de som rapporterte mest psykiske symptomer ved inntak til behandlingen utgjør en gruppe klienter med lite endringspotensiale med hensyn til psykiske plager. Analysen viser at dette ikke er tilfelle, og at graden av psykiske *symptomer* som rapporteres ved inntak til behandling ofte reduseres når livsstilen legges om. Når det gjelder graden og antall personlighetsforstyrrelser, målt ved MCMI-II, viser analysen det motsatte. Det vil si at det er en nesten signifikant negativ sammenheng mellom antall og grad av personlighetsforstyrrelser og reduksjon i psykiske symptomer.

En av sterkeste prediktorene i modellen for forbedring i psykisk helse var positive livshendelser. Denne sammenhengen er som forventet, men hva som er årsak og virkning er, som nevnt ovenfor, mer problematisk å si.

Det å være MAR-klient, å angi mange negative livshendelser og avbryte behandlingen, er alle forhold som ser ut til å ha en viss negativ sammenheng med forbedring i psykisk helse. Selv om disse variablene ikke er signifikante på 5% nivået, er de så nær signifikante at de er rimelige å løfte frem.

Til sammen forklarer variablene i modellen i underkant av 50% av endringene i psykisk helse.

4.8.3 Kriminalitet

Som for endringen i narkotikabruk og psykisk helse er også nivået på den rapporterte kriminaliteten ved inntak til behandlingen viktig. Regresjonen viser at desto større problemer klientene mente at de hadde i utgangspunktet, desto større forbedring rapporterte de ved oppfølgingene, kontrollert for alle de andre variablene i modellen. Det var også en sterk negativ sammenheng mellom dropout fra behandlingen og endring i kriminalitet, alt annet likt. Positive livshendelser hadde derimot en signifikant sammenheng med reduksjon i kriminalitet, mens negative livshendelser hadde en betydelig negativ sammenheng med kriminell aktivitet. Graden og antallet personlighetsforstyrrelser virker også her signifikant negativt inn i forhold til en reduksjon i kriminalitet.

Det ser derimot ikke ut til at det er særlige forskjeller i de ulike tiltakstypene når det gjelder reduksjon i kriminalitet. Til sammen forklarer alle variablene i modellen 68% av endringene i kriminalitet.

Tabell 22. Endring i kriminalitet på ASI-indeksen ett og to år etter behandling (n=297).

	Koeffisient	Signifikans
Konstantledd	-0,048	0,534
Kvinne	0,034	0,207
Alder	-0,001	0,713
Kriminalitet ved rekruttering	0,943	0,000
Personlighetsforstyrrelser (MCMI-II)	-0,010	0,038
Antall positive hendelser 2. oppfølging	0,033	0,003
Antall negative hendelser 2. oppfølging	-0,028	0,040
Tid i tidligere institusjonsbehandling	0,001	0,337
Drop-out	-0,117	0,000
PUT-klient	0,015	0,617
MAR-klient	0,029	0,424
Forklaringskraft 68% ($R^2=0.678$)		

4.8.4 Oppsummering

Både for reduksjonen i narkotikabruken, psykiske symptomer og kriminalitet bestemmer graden av problemer rapportert i utgangspunktet mye for hvor stor reduksjonen kan forventes å bli ved første eller annen oppfølging. Deler av denne endringen bør sannsynligvis ses som et metodisk artifact, hvor høye skårer i utgangspunktet ofte gir betydelig lavere skårer ved annen gangs måling ("regression to the mean"). Hvorvidt disse endringene er stabile også ved tredje gangs måling vil vi komme tilbake til.

På alle de tre aktuelle områdene hadde også positive livshendelser en betydelig sammenheng med reduksjonen av problemer som fant sted ved første eller annen oppfølging, mens negative livshendelser som forventet hadde en signifikant negativ sammenheng med en slik reduksjon. Som nevnt ovenfor er det vanskelig å si noe om retningen på disse sammenhengene, det vil si om det er slik at jo bedre det går med klientene

jo oftere vil de rapportere positive livshendelser, eller om det er positive livshendelser som medvirker til at problemene blir mindre (og motsatt for negative livshendelser). Uansett retning, er det viktig å se hvilke faktorer som anses som viktige av klientene i forhold til en reduksjon/ingen reduksjon av sentrale problemer. Denne problemstillingen vil vi komme tilbake til i en senere publikasjon.

Både for reduksjonen i narkotikabruk og i kriminalitet hadde frafall fra behandlingen som forventet en signifikant negativ effekt på utfallet. I forhold til psykisk helse var det også en tendens til at frafall spilte negativt inn, men sammenhengen var ikke like sterk som for narkotikabruk og kriminalitet.

Personlighetsforstyrrelser hadde en selvstendig, negativ forklaringskraft i forhold til en reduksjon i psykiske problemer og i kriminalitet ved første eller annen oppfølging. Antallet og graden av personlighetsforstyrrelser er uttrykk for graden av relasjonelle problemer vedkommende har og er relativt stabile egenskaper. At personlighetsforstyrrelser var en negativ prediktor i forhold til en reduksjon i psykiske problemer og kriminalitet synes derfor rimelig.

Alder syntes ikke, ut fra våre analyser, å spille en viktig rolle i forhold til endringer i reduksjon av narkotikaforbruket, psykisk helse og kriminalitet (alt annet konstant). Utover å undersøke hva som var viktige og selvstendige prediktorer i forhold til endringer på noen av våre sentrale indikatorer, var en viktig problemstilling også å undersøke om, og eventuelt på hvilken måte, de ulike tiltakstypene samspilte med enten positive eller negative endringer. Det klareste funnet var at PUT-klientene kom signifikant dårligere ut enn klientene i MAR og i døgntiltakene når det gjaldt reduksjon i narkotikabruken. Det var også en tendens til at MAR-klientene kom dårligere ut enn klientene i PUT'ene og i døgntiltakene når det gjaldt reduksjon i psykiske problemer (målt med EuropASI). Disse funnene må imidlertid ses i forhold til viktige metodiske innvendinger, som gjør at forskjellene sannsynligvis er mindre enn de

tilsynelatende virker. I forhold til endringer i kriminalitet var det ingen betydelige forskjeller mellom de ulike tiltakstypene.

4.9 Stabilitet i endringene

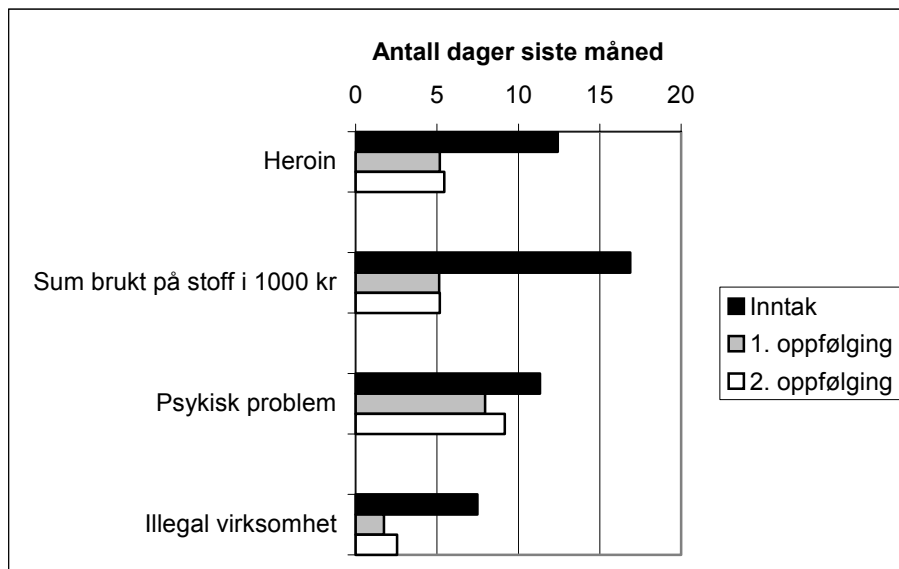
Forskning viser at mange stoffmisbrukere som fullfører behandling får en kortvarig forbedring for deretter å falle tilbake igjen til et like stort misbruk som tidligere (Ravndal & Vaglum, 2001). Ved å se på resultatene for de klientene som er i et "ikke-kontrollert miljø" (ikke i døgnbehandling, fengsel, sykehus osv.), ved både første og andre oppfølging (n=182), kan man få undersøkt nærmere i hvor stor grad dette er tilfelle også i denne undersøkelsen. Hovedinntrykket fra Tabell 23 er at flere av forbedringene var overraskende stabile. Heroinforbruket ble redusert med over 50% ved første oppfølging, ett år etter påbegynt behandling. To år etter påbegynt behandling, holdt den rapporterte bruken av heroin seg på omtrent samme nivå som ved første oppfølging. Også reduksjonen i bruken av amfetamin viste seg å være like stabil fra første til andre oppfølging. Bruken av dempende midler ble redusert med omtrent halvparten ved første oppfølging men gikk tilbake nesten til utgangspunktet ved annen oppfølging, mens bruken av cannabis og alkohol til beruselse holdt seg noenlunde stabilt ved begge oppfølgingene. Noe overraskende tyder tallene på at reduksjonen i de "harde" stoffene var størst og mest stabil, mens få endringer, om noen, fant sted i de "lettere" stoffene som cannabis og alkohol.

Figur 5 viser at disse positive endringene ikke bare fant sted i bruken av rusmidler, men også i forhold til kriminalitet, penger brukt på illegale stoffer og i noen grad også i psykiske problemer.

Tabell 23. Antall dager med ulike rusmidler ved inntak til behandling, og ved 1. og 2. oppfølging (n=182).

	Ved inntak	1. oppfølging	2. oppfølging
Alkohol til beruselse	1.5	1.4	1.5
Heroin	12.4	5.2	5.5
Amfetamin	3.5	1.3	1.1
Dempende midler (Bdz, Sed)	7.9	3.9	6.0
Andre opiater	3.0	1.9	1.9
Cannabis	9.5	6.2	7.3

Figur 5. Stabilitet i endringer. Sammenlikning av verdiene på noen indikatorer ved 1. og 2. oppfølging (n=182).



Ser vi på disse endringene i forhold til tiltakstyper er det tydelig at nedgangen i heroin først og fremst fant sted i døgntiltakene og i MAR, mens relativt små endringer forekom blant PUT-klientene (Tabell 24).

Når det gjaldt psykiske problemer var reduksjonen størst hos klientene i ungdomstiltakene som her hadde det høyeste utgangsnivået, men også hos PUT-klientene fant det sted en reduksjon på omtrent 50%. Hos MAR-klientene var det en økning i rapporterte psykiske problemer, særlig for depresjon, mellom første og annen oppfølging (ett til to år etter påbegynt behandling). Kroppslige problemer gikk noe ned i døgntiltakene, mens klientene i ungdomstiltakene som rapporterte det laveste nivået i utgangspunktet hadde mer enn en fordobling av kroppslige plager både ved første og annen oppfølging. Kriminaliteten ble mye redusert i alle tiltakene, men mest i ungdomstiltakene som rapporterte det høyeste nivået i utgangspunktet.

Selv om tendensen i tallene er klar, skal man også her være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Av de 482 klientene som ble med i undersøkelsen, var det kun 182 som var i et "ikke-kontrollert miljø" ved begge oppfølgingene (Se Tabell 41 for informasjon om representativiteten til utvalget på 182 klienter i forhold til både de opprinnelige 482 klientene som ble rekruttert og de 356 klienten som er med i før-etter beregningene). En del av klientene i døgntiltakene var for eksempel fortsatt i behandling både ved første og andre oppfølging, og disse er tatt ut fra beregningene i Figur 5 og Tabell 24. Det er også mange i gruppen som har hatt relativt korte behandlingsopphold, fordi de falt ut av behandlingen etter kort tid. Disse vil man forvente fort falt tilbake til sitt gamle forbruk, hvilket vil kunne påvirke resultatene i negativ retning. Til tross for dette, viser tallene en relativt stor reduksjon i bruken av både heroin, amfetamin og i kriminalitet. Til en viss grad kan forklaringen være at nivåene før behandling var unormalt høye, mens tallene ved første og andre oppfølging er noe mer "normale". Tallene for rusmiddelbruk ved første og andre oppfølging er imidlertid så lave at de vanskelig kan representere "normalforbruket" til en rusmisbruker. Konklusjonen er med

andre ord at det synes som om endringen i heroin- og amfetaminbruken er stabile. Hvorvidt dette holder over lenger tid bør imidlertid undersøkes videre ved en ny oppfølging.

Tabell 24. Prosentvis endring på noen indikatorer siste 30 dager ved rekruttering (0), siste 30 dager ved 1. og 2. oppfølging (n=182).

		Døgn	PUT	MAR Ungdom	Total	
Heroin	Fra 0 til 1	-52	-25	-84	67	-58
	Fra 0 til 2	-57	-5	-81	150	-56
Sum brukt på stoff	Fra 0 til 1	-73	-20	-78	74	-70
	Fra 0 til 2	-62	-24	-88	153	-69
Psykisk problem	Fra 0 til 1	-27	-45	16*	-54	-30
	Fra 0 til 2	-27	-48	94*	-53	-19
Kriminalitet	Fra 0 til 1	-72	-73	-87	-100	-77
	Fra 0 til 2	-55	-80	-75	-81	-66

* Se kap. 3.5.3 for mer om problemer med denne målingen.

5 Kostnader ved behandling

5.1 Innledning

For å beregne utgiftene knyttet til behandling av klientene i utvalget, har vi tatt utgangspunkt i årsregnskapene til de ulike tiltakene. Disse regnskapene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare. For eksempel fremgår ikke utgifter til husleie fra regnskapene til alle offentlig eide tiltak. Man må derfor justere for dette og andre ulikheter før tallene blir sammenlignbare. Dette kapitlet beskriver hvordan vi har gjort dette, og dermed kommet frem til hvor mye det koster i gjennomsnitt per dag (eller per konsultasjon) å ha en rusmiddelbruker til behandling i ulike tiltakstyper.

I tillegg til praktiske vanskeligheter med å få sammenlignbare tall, er det også begrepsmessige problemer knyttet til bruken av årsregnskapene. For eksempel kan man argumentere for at et eventuelt tap av lønn i perioden klienten er i behandling utgjør en kostnad. Det kan også være menneskelige kostnader knyttet til det å være i behandling (avdekking av følelsemessige problemer, fravær av partner og /eller barn, ingen bruk av rusmidler etc.). I økonomisk teori er slike omkostninger like mye en kostnad som pengemessige utlegg. Disse kostnadene føres ikke i noe årsregnskap, og man kan derfor argumentere for at den egentlige kostnaden ved behandling er høyere enn de direkte utgiftene til husleie, lønn til ansatte og lignende direkte utgifter. På den annen side vil noen hevde at driftsutgiftene i årsregnskapet også inneholder utgifter som ikke bør tas med i beregningen. For eksempel vil regnskapene til døgntiltakene ofte inkludere ressurser som brukes på oppfølging/samtaler med tidligere klienter som ikke er med i denne undersøkelsen. Andre vil hevde at man bør trekke fra spesielle utgifter som for eksempel til barnehage, gårdsdrift, skole og mat. I den grad man aksepterer disse argumentene, blir den beregnede kostnaden for høy. Det er derfor viktig å diskutere ikke bare hvordan man har justert tallmaterialet i regnskapene, men også i hvor stor grad regnskapene fanger det vi ønsker å måle. Denne diskusjonen utgjør den andre delen i dette kapitlet.

Enhver beregning av kostnader vil være heftet med en viss usikkerhet. Den tredje og siste delen av dette kapittelet drøfter derfor usikkerheten i tallmaterialet både ved å se på hvor stabile kostnadene er over tid, og ved å undersøke hvor sensitive beregningene er ovenfor endringer i forutsetningene. Dersom kostnadene viser seg å være relativt stabile, tyder det på at materialet er solid nok til å kunne brukes i videre analyser hvor man ser på nytten i forhold til kostnaden.

5.2 Andre kostnadsberegninger

Internasjonalt finnes det mange publikasjoner om kostnader og narkotikamisbruk. Størstedelen av disse handler imidlertid om hvor mye rusmiddelmisbruk koster samfunnet og ikke bare om kostnadene knyttet til behandling. For eksempel har man i en stor studie av engelske rusmiddelmisbrukere beregnet at en stoffmisbruker årlig koster samfunnet omkring 136 000 kroner (Healey et al., 1998). Slike tall er selvsagt svært usikre og denne rapporten har ikke som mål å fremskaffe sammenlignbare norske tall. Målet er mer begrenset, nemlig å se på kostnadene knyttet til behandling av rusmiddelmisbrukere, og på dette feltet er det langt færre internasjonale studier.

Det er også begrenset hva man kan bruke fra de få internasjonale studiene som eksisterer (se "The ADSS Cost Study" fra 2003 for en oversikt over tidligere studier). På grunn av at lønns- og kostnadsforholdene er svært ulike må man være forsiktig med å sammenligne tall for ulike behandlinger fra andre land. Kostnadsforskjellene mellom ulike behandlingsformer i USA vil dermed ikke uten videre kunne brukes som uttrykk for på at de samme kostnadsforskjellene eksisterer i Norge. Det man derimot kan gjøre, er å se på hvilke metoder man bruker i disse studiene for å se om de samsvarer med det vi har valgt.

Det er tre viktige skiller som går igjen i den internasjonale kostnadslitteraturen på området. For det første skiller man mellom

kostnader i en regnskapsmessig betydning og kostnader slik de tolkes i økonomisk teori. Regnskapsmessige kostnader er pengemessige utlegg (utgifter), mens økonomisk teori bruker et videre kostnadsbegrep som også inkluderer alle ressurser som brukes i behandlingen. For eksempel vil man med en regnskapsmessig tilnærming ikke telle med verdien av eventuelle frivillige som arbeider ubetalt i tiltaket, mens man med en økonomisk tilnærming ville forsøke å ta disse med. Begge tilnærmingene er brukt i amerikanske studier ("The ADSS Cost Study", s. 3).

Et annet skille går mellom hvor detaljert man behandler individuelle forskjeller i behandlingskostnadene (NEDS, 2001, s. 23). Tradisjonelt har man valgt en såkalt "slot cost" metode der man prøver å beregne hvor mye en behandlingsplass koster tilsammen per dag. Alternativet til å se på de samlede gjennomsnittskostnadene for en behandlingsplass, er å dele opp kostnadene knyttet til de forskjellige elementene i behandlingen (inntaksprosedyrer, gruppesamtaler, individualterapi osv.), og så beregne hvor mye hver person har fått av de ulike elementene og klientens totale behandlingskostnad ("unit of service costs").

Det siste viktige skillet går mellom gjennomsnittskostnader og grensekostnader. At en tiltakstype har en høy gjennomsnittskostnad i denne undersøkelsen, betyr ikke nødvendigvis at man bør avstå fra å satse på denne tiltakstypen. Det er fullt mulig at grensekostnaden – det det vil koste å behandle noen få flere klienter – er lav selv om gjennomsnittskostnaden knyttet til eksisterende klienter er høy. For eksempel kan man tenke seg at det er stordriftsfordeler i å drive et system for utdeling av metadon som gjør at kostnaden ved å behandle noen flere klienter er svært lav.

Fra en beslutningstagers synspunkt vil man alltid være interessert i å få kunnskap om så mye som mulig, så detaljert som mulig og så relevant som mulig til den beslutningen man skal ta. Dersom beslutningen handler om å endre noe på prioriteringen mellom ulike tiltakstyper, kan det synes som om det ideelle ville være å få kunnskap om individuelle kostnader, om

grensekostnader og om kostnader i bred (økonomisk) forstand og ikke bare gjennomsnittlige regnskapsmessige kostnader. Internasjonale studier ender imidlertid ofte opp med det siste av praktiske årsaker. For eksempel i en stor studie i USA mellom 1996 og 1999, brukte man en regnskapsbasert tilnærming og gjennomsnittsberegninger ("The ADSS Cost Study", 2003). Man klarte imidlertid å kartlegge en del kostnader på individnivå ved å dele opp kostnadene til ulike elementer i behandlingen. Hovedkonklusjonene i studien er gjengitt i Tabell 25. Tallene fra en annen amerikansk studie (NEDS, 2001) er presentert i Tabell 26 slik at man kan sammenligne to kilder. Til sammen viser tabellene at en plass i døgnbehandling trolig kostet mellom 400 og 500 kroner per døgn i USA. Anslagene på kostnadene ved poliklinisk behandling varierer noe mer, fra 65 kroner per dag i behandlingsperioden til 233 kroner per dag i de intensive polikliniske behandlingstiltakene. Disse tallene er selvsagt ikke direkte overførbare på norske forhold, og spørsmålet blir dermed om man kan bruke metodene fra de amerikanske studiene for å få norske tall.

Utrekningene nedenfor følger de amerikanske studiene i den forstand at man stort sett fokuserer på (noe justerte) regnskapsmessige gjennomsnittskostnader. På grunn av begrensninger i datamaterialet er det vanskelig å sette kostnader på de ulike intervensjonstypene, men vi har gått noen skritt i retning av å lage individuelle kostnadstall ved å ta hensyn til at klientene har ulike antall liggedøgn. Begrunnelsen for dette fokuset er i stor grad praktiske problemer med den mest ambisiøse tilnærmingen. Så lenge informasjonsgrunnlaget er så svakt vil det være villedende å late som om man kunne finne frem grensekostnader i vid økonomisk betydning.

Tabell 25. Kostnader knyttet til behandling av narkotikamisbrukere i USA: "ADSS Cost Study" (1996-99, konvertert til norske kroner).

		Poliklinisk Døgn (Ikke metadon)	Poliklinisk Metadon
Kostnad per dag i behandling	438	65*	73
Kostnad per innskrevne klient	22 098	8 248	42 672
Antall tiltak (n)	48	222	44

Kilde: The ADSS Cost Study, 2003, s. 21. Valutakurs per 29. oktober 2003: 7,0556 NOK for 1 USD.

* 534 hvis man regner per konsultasjon og 56 per gruppesamtale (s. 23)

Tabell 26. Kostnader knyttet til behandling av narkotikamisbrukere i USA: NEDS oversikt (1997, konvertert til norske kroner).

	Avrusning	Døgn	Poliklinisk (Intensiv)	Poliklinisk (Vanlig)
Kostnad per klient per dag	1 369	466	233	106
Kostnad per innskrevne klient	7 380	42 637	12 241	9 426
Antall dager i behandling	5,4	91,5	52,5	88
Antall tiltak (n)	6	15	9	7

Kilde: NEDS, 2001, The cost and components of substance abuse treatment, s. 14

5.3 Ujusterte utgifter fra årsregnskapene

Tabell 27 viser gjennomsnittsutgiftene i de ulike tiltakstypene, dersom man ikke tar hensyn til regnskapstekniske forhold og kun bruker den oppgitte informasjonen fra årsregnskapene og årsrapportene mellom 1997 og 2001. For døgntiltakene regnes kostnadene ved å ta samlede driftskostnader fra regnskapene og dele på antall kurdøgn for de ulike årene. Når det gjelder PUT'ene deler man driftsutgiftene på antall brukte konsultasjoner, mens utgiftene i MAR regnes ut ved å dele driftsutgiftene på antall klienter.

Et problem når man sammenligner kostnadene i den første kolonnen i tabellen, er at utgiftene i de ulike tiltakstypene ikke har samme benevnning. Mens årsrapportene til døgntiltakene oppgir hvor mange *kurdøgn* som er benyttet, opplyser de psykiatriske ungdomsteamene i sine årsrapporter om antall *konsultasjoner* som er gjennomført. MAR oppgir *antall klienter* som har vært til behandling i løpet av året. For MAR er det enkelt å gjøre om årskostnadene til døgnkostnader (ved å dele på 365), men for PUT'ene vil årskostnaden ved behandling avhenge av hvor mange konsultasjoner klientene har i løpet av et år. Dette varierer sterkt med ulike klienter. For eksempel hadde hver klient i 1998 ved PUT Ullevål i gjennomsnitt 7,5 konsultasjoner, noe som ville gi en døgnkostnad per klient på 30 kroner. Dette er imidlertid misvisende som en indikator på hva det koster å ha en PUT-klient i behandling over tid fordi gjennomsnittet på 7,5 inkluderer mange som hadde svært få konsultasjoner. I 1998 hadde faktisk halvparten av klientene færre enn 5 konsultasjoner ved PUT Ullevål. En person som bare er innom PUT'ene for en eller to samtaler kan ikke regnes som å ha vært "i behandling" over hele året. Vi må derfor trekke ut denne gruppen før vi kan regne ut hvor mye det koster å ha en klient til behandling ved PUT gjennom et helt år. Det finnes ingen klare svar på hvor mange konsultasjoner man bør ha før man kan si at man har vært i PUT-behandling gjennom hele året. En øvre grense kan være de 6,5% av klientene ved PUT Gaustad som hadde over 20 konsultasjoner årlig (noe i overkant av en konsultasjon hver tredje uke). Disse må sies å ha vært i behandling ved PUT gjennom hele året. Kostnaden for denne klientgruppen blir dermed minst 80 kroner per døgn.

Tabell 27. Ujusterte kostnader for tiltakstypene.

	Gjennomsnittskostnad	Antall observasjoner	Gjennomsnittskostnad målt i kroner per døgn
Døgn	1 754 kr. pr. døgn	42	1 754
Ungdom	2 517 kr. pr. døgn	7	2 517
PUT	1 474 kr. pr. konsultasjon	10	80
MAR	93 440 kr. pr. klient per år	6	256

5.4 Justering av kostnadene

Som nevnt fører de ulike tiltakene forskjellig typer regnskap og utgiftene ovenfor er derfor ikke direkte sammenlignbare.

5.4.1 Huseleie, strøm og oppvarming

Regnskapene til to av PUT'ene inkluderer ikke utgifter til husleie, og det samme gjelder noen av de offentlig eide døgntiltakene. Dette betyr at tallene i Tabell 27 ikke innbefatter alle kostnadene ved behandling i PUT'ene. For å justere for dette, kan man beregne de årlige husleieutgiftene ved å se på lokalenes størrelse og legge denne summen til driftsutgiftene. Det vil alltid være en del usikkerhet om den korrekte kvadratmeterprisen. Andre polikliniske tiltak som for eksempel MAR betalte i følge sine regnskaper en gjennomsnittlig leie på 1500 kroner per år per kvadratmeter i 2001. Kostnadene for PUT'ene, som ikke fører opp utgifter til husleie, er dermed justert opp etter den oppgitte størrelsen på lokalene, og med utgangspunkt i en pris per kvadratmeter på 1500 kroner per år.

5.4.2 Administrasjon

Flere av de offentlige eide tiltakene i undersøkelsen mottar administrative tjenester fra sentrale enheter (Rusmiddeletaten i Oslo, offentlige sykehus) blant annet til føring av regnskap, lønnsutbetalinger og lignende. På samme måte som husleie, føres heller ikke disse utgiftene i regnskapet og en direkte sammenligning er derfor misvisende. Dette gjelder i særlig grad PUT'ene hvor sykehusadministrasjonen sentralt står for lønnsutbetalinger, føring av regnskap og lignende administrative tjenester. Behandlingstiltakene som hører inn under Rusmiddeletaten nyter også godt av slike tjenester, selv om man der har noe større administrativ kapasitet også lokalt.

Det er vanskelig å beregne verdien av de administrative tjenestene som ikke føres i regnskapet. Vi har tatt utgangspunkt i tall fra regnskapene til Rusmiddeletaten. Deres beregninger tyder på at de administrative tjenestene de yter utgjør et påslag på minst 6% av kostnadene til tiltakene. Denne beregningen inkluderer lønn til ansatte i Rusmiddeletaten som jobber med administrasjon av tiltakene i Oslo, men den inkluderer ikke kostnader som kontorplass og lignende. Anslaget på 6% er derfor kun en nedre grense for kostnadspåslaget. Intervjuer med tiltaksledere og opplysninger om antall administrativt ansatte tyder også på at 6% er noe lavt. Vi har derfor valgt å legge til 10% på utgiftene til de tiltakene som ikke regnskapsfører alle administrasjonsutgiftene.

5.4.3 Senterdrift

Flere av tiltakene i utvalget inngår som en del av driften i en større enhet og regnskapene føres ofte bare for den sentrale enheten. Det blir dermed vanskelig å skille ut utgiftene til bare den delen av tiltaket som er med i undersøkelsen. Det samme problemet oppstår når man har skole som en del av behandlingsopplegget. Vi har valgt å bruke de oppgitte tallene for hele behandlingsenheten og ikke forsøke å beregne kostnadene knyttet til underenhetene i systemet. Dette er delvis begrunnet med at det er praktisk vanskelig å beregne hvor stor andel av totalkostnadene som kommer fra

ulike enheter som inngår i tallene bak regnskapet. Valget kan også begrunnes med at klientene ved slike store behandlingstiltak ofte er innom mange av de ulike enhetene i tiltaket. De nyter med andre ord godt av ressurser som brukes i hele systemet og ikke bare det som brukes på den enheten de først blir skrevet inn ved.

5.4.4 Oppsummering etter justeringer

Tabell 28 viser de justerte kostnadene per tiltakstype etter at man har tatt hensyn til de forholdene som er nevnt ovenfor og når man i tillegg justerer for prisstigningen. Det er selvsagt mange mulige innvendinger mot tallene i denne tabellen, men de fungerer som et utgangspunkt for videre diskusjon.

Tabell 28. Kostnadene i ulike tiltakstyper etter justering.

Tiltakstype	Kostnad	N
Døgn	1 991 kr per døgn	41
Ungdom	2 696 kr per døgn	7
PUT	1 900 kr per konsultasjon	9
MAR	325 kr per døgn	4

5.5 *Finner vi det vi ønsker å måle i årsregnskapene?*

Det vi ønsker å måle er behandlingskostnaden for hver enkelt klient i observasjonsperioden. Metoden vi bruker for å måle dette er å regne ut døgnprisen på hvert tiltak og så multiplisere den med antall døgn klienten var i tiltaket. Tilsvarende, for klienter i PUT'ene bruker vi kostnaden per konsultasjon og multipliserer denne med antall konsultasjoner klienten har hatt for å finne den totale kostnaden knyttet til behandlingen. For MAR er kostnadene regnet ut ved å ta årsutgiftene til metadontiltakene som er med

i undersøkelsen og dele på antall klienter. Et av problemene med denne fremgangsmåten er at regnskapene ikke er direkte sammenlignbare. Disse forholdene kan man imidlertid delvis justere for slik vi har gjort ovenfor. Et annet spørsmål er om metoden gir svar på det vi ønsker, selv om regnskapene er fullstendig sammenlignbare. I denne delen vil vi gå igjennom noen mulige problemer i den forbindelse.

5.5.1 Bør man ta ut kostnadene til oppfølging?

Døgntiltak bruker ofte ressurser på oppfølging av utskrevne klienter selv om dette ofte er ubetalt virksomhet. Videre er mengden av oppfølging ofte vanskelig å dokumentere i årsrapportene fordi den ikke måles i kurdøgn. Til en viss grad kan man måle oppfølging i forhold til ”antall polikliniske samtaler”, men slike registreringer er i liten grad systematisk rapportert i de ulike døgntiltakene. Til sammen betyr dette at den døgntakprisen vi får ved å ta de totale driftsutgiftene delt på antall kurdøgn, inkluderer utgifter til oppfølging av klienter som ikke er med i vår undersøkelse, uten at vi klarer å justere for dette.

Man kan imidlertid stille spørsmål ved om det er ønskelig og justere for ressurser brukt på oppfølging, selv om det var mulig. Dersom vi tok ut kostnadene til oppfølging fra driftsregnskapet, ville vi fått døgnekostnaden som gikk til direkte behandling. Slik det er nå, har vi imidlertid i døgnekostnaden inkludert kostnader til senere oppfølging. Fordi klienter som er i behandlingstiltak som satser sterkt på oppfølging, også vil nyte godt av dette når de skrives ut, synes det riktig å bruke summen som også inkluderer oppfølging. Å utelate kostnadene til oppfølging, vil være å utelate en kostnad som er direkte relevant, fordi vi er interessert i *alle* kostnadene ved behandling.

5.5.2 Bør utgiftene i PUT og MAR oppjusteres?

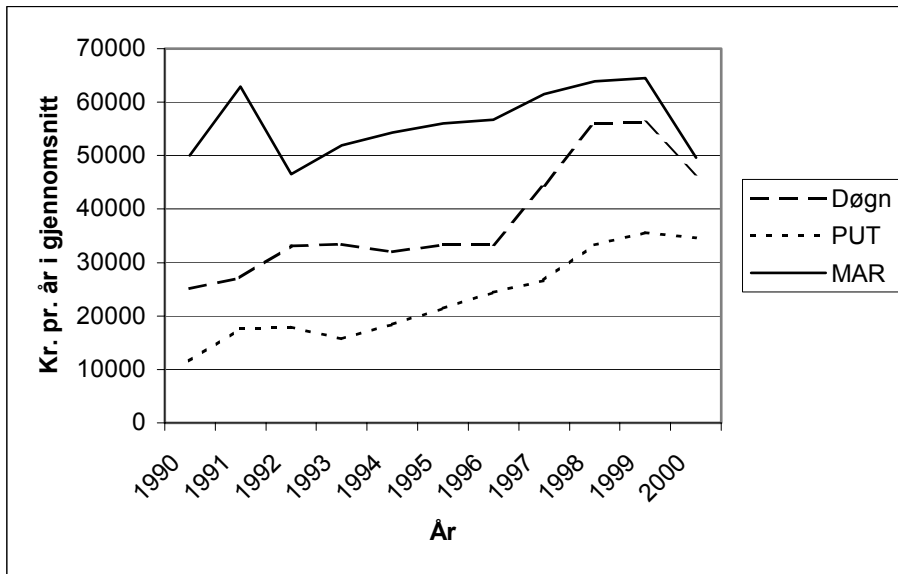
De beregnede kostnadene til døgntil behandling inkluderer både utgifter til mat og opphold på behandlingsstedet, mens driftsregnskapene til PUT'ene og MAR ikke inkluderer slike utgifter. Trolig vil en del av klientene i PUT'ene og MAR motta støtte til livsopphold og bolig fra andre kilder. En mulig innvending er da at før man kan foreta en korrekt

sammenligning av kostnadene, så bør man inkludere utgiftene til sosialhjelp, bostøtte og andre ordninger for klientene i poliklinisk behandling. Man finner da at forskjellen mellom døgnbehandling og poliklinisk behandling er betydelig mindre enn før.

Argumentet ovenfor har to elementer som det er viktig å diskutere. For det første bør man undersøke om det er korrekt at klientene i PUT'ene og MAR mottar mer i sosialhjelp og annen støtte enn klientene i døgnbehandling. For det andre kan man diskutere om det er korrekt å ta med disse overføringene når man skal beregne kostnader til behandling.

Figur 6, 7, 8 og 9 viser hvor mye klientene i de ulike tiltakstypene i gjennomsnitt mottar av ulike offentlige støtteordninger (sosialhjelp, bostøtte, attføring, uførepensjon). En av hovedtendensene i figurene er at klientene i PUT'ene i gjennomsnitt mottar klart minst på de fleste ordningene, mens MAR-klientene mottar mest og klientene i døgnbehandling stort sett ligger mellom PUT'ene og MAR. Unntaket er attføring hvor MAR-klientene ligger lavt fordi mange av dem får uførepensjon (39%). For eksempel ser man at PUT-klientene i gjennomsnitt mottok 33 200 kroner i sosialhjelp i 1999, mens klientene i døgniltak mottok 52 300 kroner og MAR-klientene 60 000 kroner. Også når det gjelder bostøtte lå PUT-klientene lavt med et gjennomsnitt på 116 kroner i 1999. MAR-klientene fikk nær 2000 kroner hver i gjennomsnittlig årlig bostøtte og døgnklientene 815 kroner. Tallene viser dermed at antagelsen om at PUT-klienter mottar mer i stønader mens de er i behandling enn klienter i døgnbehandling ikke stemmer når det gjelder sosialhjelp, mens det til en viss grad er korrekt når det gjelder sosialhjelpsutbetalinger til MAR-klientene. I ungdomstiltakene er alle utgifter til klientene inkludert i behandlingens kostnaden.

Figur 6. Samlet årlig utbetaling i sosialhjelp til klientene fra 1990 til 2000, inflasjonsjustert (n=320).



Figur 7. Samlet årlig utbetaling av bostøtte til klientene fra 1993 til 1999, inflasjonsjustert (n=315).



Det er flere mulige forklaringer på de ovenfor nevnte forskjellene. PUT-klientene er i gjennomsnitt en yngre og mindre belastet gruppe enn klientene i MAR og i døgnbehandling. PUT-klientene har også i større grad enn de andre klientene eget arbeid. MAR-klientene er derimot ofte de eldste og mest belastede klientene. Det er derfor ikke overraskende at PUT-klientene mottar mindre av ulike støtteordninger enn klientene i MAR. Det som kanskje er mer overraskende, er at klientene i døgnbehandling i gjennomsnitt mottar betydelige sosialhjelpsutbetalinger mens de er i behandling. At klienter i døgnbehandling får tildelt sosialhjelp i forhold til for eksempel husleie, møbler/utstyr, tannlege, klær osv. er imidlertid vanlig.

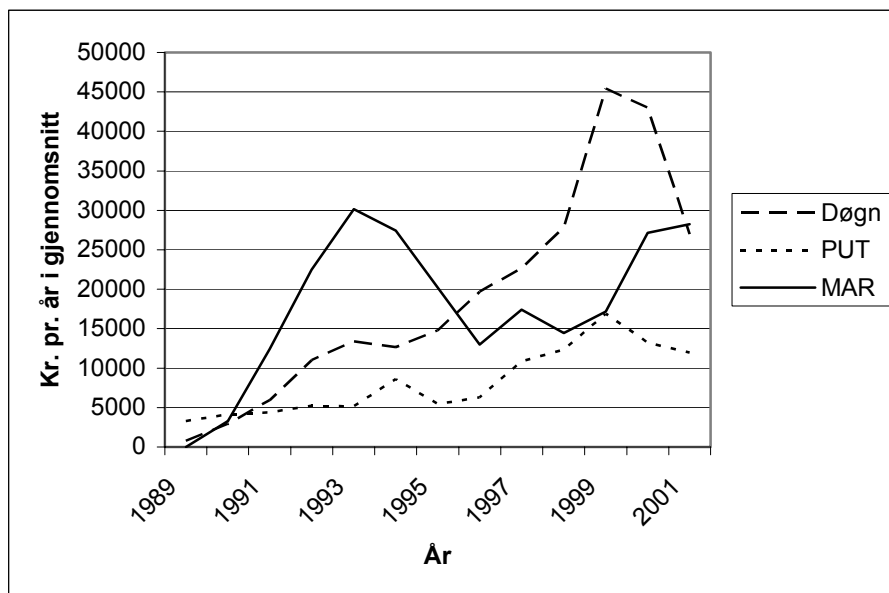
Tallene gir med andre ord ikke grunnlag for å hevde at kostnadene i PUT'ene er undervurdert, fordi man ignorerer sosialhjelp og bostøtte, mens tilsvarende utgifter er inkludert i døgnbehandling. Tvert i mot, forskjellen i kostnader mellom PUT'ene og døgnbehandling blir større enn før dersom man tar med disse utgiftene. Forskjellen i kostnadene for klientene i MAR og i døgnbehandling derimot blir mindre dersom man også inkluderer sosialhjelp og bostøtte. Endringene er likevel ikke store, fordi også klientene i døgnbehandling ofte mottar betydelig støtte mens de er i behandling.

Noen beregninger av behandlingstkostnader inkluderer utgifter i forbindelse med saksbehandling og oppfølging fra sosialkontor. For eksempel har tidsskriftet "Mot Rusgift" (2001) publisert et regnestykke der man antar at hver klient i MAR i løpet av et år koster 30 000 kroner i saksbehandling fra sosialkontoret. Spørsmålet er om disse utgiftene burde vært tatt med i vår utregning.

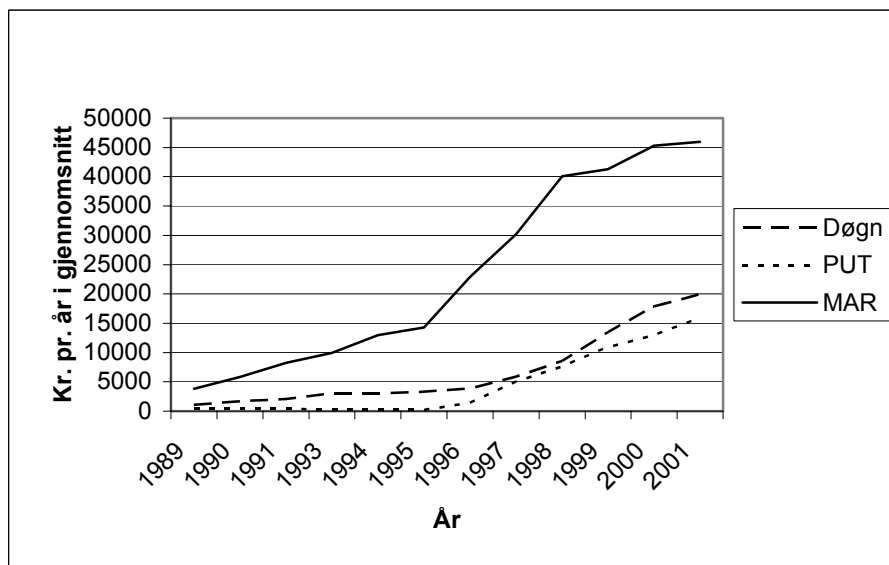
I prinsippet skal alle klientene, uansett hva slags behandling de er i, følges opp fra det lokale sosialkontoret. Dersom dette gjøres i like stor grad for klienter i alle typer behandling, vil det ikke gjøre noe forskjell i

sammenligningen om utgiftene inkluderes eller ikke. I praksis kan det være slik at MAR-klientene får noe mer oppfølging, fordi denne behandlingen forutsetter noe mer jevnlig oppfølging blant annet i form av ansvarsgrupper. Dette skulle bety en viss oppjustering av utgiftene til MAR-klientene. Da må man imidlertid vite hvor mye mer oppfølging MAR-klientene får i forhold til andre fra sosialkontorene og hvor mye dette koster. Vår konklusjon er dermed at å inkludere disse utgiftene ikke vil gjøre store endringer i tallene, og at kunnskapen på dette området uansett er for liten til å rettferdiggjøre en tallmessig oppveging.

Figur 8. Samlet årlig utbetaling av attføring fra 1989 til 2001, inflasjonsjustert (n=320).



Figur 9. Samlet årlig utbetaling av uføretrygd fra 1989 til 2001, inflasjonsjustert (n=320).



5.6 Behandlingskostnaden per klient

Det er to forhold som kan føre til at gjennomsnittskostnaden per klient kan variere mellom tiltakene. Så langt har dette kapittelet primært sett på døgnkostnaden. Imidlertid varierer også lengden på døgnoppholdene, hvilket også innvirker på kostnadene. En kortvarig behandling som koster mye per dag kan for eksempel være billigere enn en langvarig behandling som koster lite per dag. Det er derfor viktig å ikke bare se på kostnadene per dag, eller per konsultasjon, men også å se på behandlingens varighet i de ulike tiltakene.

Tabell 29 viser den gjennomsnittlige oppholdstiden for en klient ved de ulike tiltakstypene i løpet av observasjonsperioden på to år. Tabellen viser også hvor mye man har brukt på en gjennomsnittsklient når man tar hensyn til både døgnprisen og oppholdstiden. Ikke overraskende viser det seg at man har brukt minst penger på klientene i PUT'ene. I tiden fra før behandling i rekrutteringstiltaket til siste observasjon etter ett eller to år,

kostet behandlingen for en gjennomsnittlig klient i PUT 26 228 kroner. Dette var også langt lavere enn kostnadene til en gjennomsnittsklient i MAR som kom på 216 624 kroner i samme tidsperiode.

Tabell 29. Dager i behandling/konsultasjoner og kostnader for en gjennomsnittsklient ved de ulike tiltakstypene.

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom
Døgn i behandling /konsultasjoner	339	14*	659	582
Kostnad per klient	644 882	26 228	216 624	1 574 240

* Konsultasjoner

Det er vanskelig å sammenligne kostnadene i MAR med de andre tiltakstypene, blant annet fordi behandling i MAR som oftest er en livslang behandling. Mens behandlingen for klientene i døgntiltakene, som er klart dyrest med 644 882 kroner per klient, ideelt sett er avsluttet etter oppholdet, vil klientene i MAR fortsatt ha behov for metadon og videre oppfølging. Kostnadene vil imidlertid synke fordi klientene etter hvert skal skrives ut fra MAR og følges opp på bydelsnivå. Det er uansett viktig å merke seg at kostnadene beskrevet ovenfor bare gjelder den perioden vi har observert klientene, og ikke er et estimat på hvor mye klientene koster per år eller i løpet av en livslang behandling.

Klientene kan også ha mottatt døgntilbehandling eller polikliniske konsultasjoner etter de droppet ut av/fullførte behandlingen i rekrutteringstiltaket. I Tabell 30 er både denne tilleggsbehandlingen og beregnede gjennomsnittskostnader for denne behandlingen inkludert i de endelige kostnadene. Som forventet viste det seg at klientene i MAR mottok svært lite annen behandling i løpet av observasjonstiden. Denne utgiften ble derfor ubetydelig i forhold til de allerede utregnede

kostnadene til behandling i MAR. Når det gjelder PUT-klientene ble situasjonen motsatt. Gjennomsnittskostnadene etter behandling i rekrutteringstiltaket er her større enn kostnadene som var knyttet til primærbehandlingen. Det er derfor viktig å ta med disse kostnadene i den videre beregningen når det gjelder denne gruppen.

Tabell 30. Kostnader til behandling i tillegg til behandlingen ved rekrutteringstiltaket i løpet av den toårige observasjonstiden.

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom
Behandlingsdager ved døgningstusjon	27,6	19,5	0,0	6,3
Polikliniske konsultasjoner	6,9	0,8	0,5	1,3
Kostnader til behandling etter rekrutteringstiltak	68 086	40 330	1 031	14 977
Samlet behandlingstiltak per klient (gjennomsnitt, både rekrutteringstiltak og andre)	712 968	66 558	217 655	1 589 217

5.6.1 Innvendinger

Man kan reise flere innvendinger mot metoden som er brukt til å finne totalkostnadene ved å multiplisere døgnprisen med antall behandlingstiltak/konsultasjoner. For eksempel har vi implisitt antatt at kostnadene er lineære i den forstand at en klient med 50 behandlingstiltak koster halvparten så mye som en klient med 100 døgn i behandling. Dette kan være feil dersom kostnadene fordeler seg ujevnt i behandlingstiltaket. En studie av kostnadene ved amerikanske behandlingstiltak rapporterer at innskriving og oppstart av behandling er en dyr periode med omkring 20% av de totale kostnadene til behandling

(NEDS, 2001). Det finnes ingen tilsvarende systematiske undersøkelser i Norge, men fra Tyrili har vi fått referert en uformell undersøkelse som viste at de brukte mer penger på en klient i startfasen enn i sluttfasen (70% mot 30%). I den grad dette er tilfelle, betyr det at en klient med 100 behandlingsdøgn ikke er dobbelt så dyr som en klient med 50 døgn i behandling (mao. kostnaden er ikke lineær i forhold til antall dager i behandling).

En annen mulig innvending er at vi ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til at noen klienter er mer ressurskrevende enn andre. Ikke alle klientene ved et døgntiltak er like dyre per dag. Dermed blir det misvisende å bare bruke kurdøgnprisen i forhold til den enkelte klient. Dette er sannsynligvis riktig, men mange av disse innvendingene leder til et forsvar for flere av de forenklingene som er foretatt i beregningen ovenfor. For at en innvending skal være viktig må den peke på faktorer som har betydelig effekt på kostnadene, som er systematisk ulikt fordelt mellom tiltakene og som kan tallfestes. Man kunne, for eksempel, forsøke å regne på ikke-lineariteten nevnt ovenfor. Før man gjør det må man imidlertid spørre om den er ulikt fordelt mellom tiltakstypene, og om den kan tallfestes med rimelig grad av sikkerhet. Svaret er at det er vanskelig å tallfeste denne effekten og at den dessuten gjelder de fleste tiltakstypene. Dermed vil den ikke ha noe betydelig utslag i sammenligningen. Det betyr ikke at vi mener at beregningene ovenfor er perfekte estimater. De er alle heftet med en viss usikkerhet. Det interessante spørsmålet blir imidlertid om man kan si noe om størrelsen og betydningen av denne usikkerheten.

5.7 Usikkerhet i beregningene

Det er flere kilder til usikkerhet i beregningene ovenfor. For det første er det usikkerhet knyttet til kvaliteten på regnskapstallene. For det andre er det usikkerhet knyttet til justeringen for å gjøre regnskapene sammenlignbare. For det tredje er det forhold som gjør at man bør være forsiktig med å generalisere inn i fremtiden basert på kostnadene i fortiden.

Det er umulig å foreta en fullstendig kvalitetskontroll av alle regnskapene til alle tiltakene. Vi kan imidlertid få en indikasjon på kvaliteten ved å sammenligne tallene fra år til år både for det samme tiltaket og de ulike tiltak imellom. Dersom kostnadene varierer mye fra år til år, eller mellom tiltak av samme type, bør man være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner om kostnadsforskjellene basert på tallene i et enkelt år. Hvis forskjellene derimot er stabile over tid, og tallene fra enkelttiltak ikke varierer for mye, vil det være et argument for at det er mulig å generalisere kostnadene basert på vårt tallmateriale.

Tabell 31 viser hvordan kostnadene varierer for de ulike tiltakene mellom 1997 og 2001. Kostnadene er her også justert for konsumprisindeksen, i tillegg til administrasjon og husleie, slik at de skal være sammenlignbare (alle beløp er i kroneverdien for 2001). Gjennomsnittet for døgntiltakene ligger rundt 2000 kroner per døgn, men i enkelte år viser tallene for noen tiltak relativt store avvik fra dette gjennomsnittet. Dette skyldes blant annet svingninger i antallet kurdøgn som kan få store utslag. Det skyldes også at utgiftene i enkelte år av ulike grunner kan være spesielt store. For å redusere problemet med enkeltvariasjoner fra år til år, har vi derfor valgt å legge vekt på gjennomsnittet over flere år i våre kostnadsberegninger.

Når det gjelder kostnadene til PUT'ene viser tallene, med ett unntak, en meget stabil utvikling både over tid og mellom tiltak. Gjennomsnittet ligger her på omkring 1500 kroner per konsultasjon. Bortsett fra en høyere verdi for PUT i 1998 (utelatt ekstremverdi), virker det derfor som om disse tallene gir grunnlag for å kunne generalisere kostnadene til behandling for klientene i PUT'ene.

Det er imidlertid vanskeligere å generalisere kostnadene for behandling i MAR. Fordi dette er en relativt ny behandling har vi færre observasjoner. Videre har MAR i løpet av perioden endret føringen av regnskapene. For eksempel ble kostnadene til selve metadonet tatt ut i 1999, mens regnskapene for 1998 inkluderer disse utgiftene. Et større problem er i

hvor stor grad det er korrekt å bruke disse tallene til å si noe om hvor mye behandling i MAR koster nå eller neste år. For eksempel vil kostnadene til selve metadonet variere, avhengig av hvordan det kjøpes inn og distribueres. Systemet hittil har vært relativt dyrt, og kostnadene vil trolig reduseres ettersom antallet klienter øker og man finner mer kostnadseffektive måter å drive behandlingen på.

Tabell 31. Justerte kostnader i kroner per klient per døgn/konsultasjon de siste fem år ved ulike tiltak.

	1997	1998	1999	2000	2001
Døgn	1176	1431	1392	1222	1259
Døgn	2045	2163	2220	1960	2326
Døgn	2672	1882	2630	3601	3482
Døgn	1250	1359	1427	1562	1589
PUT	1823	1468	1774	2033	1818
PUT			2138	2152	2127
PUT		1767			
Døgn	2447	2325			
Døgn	2275	2072		1938	1872
Døgn	1342	1567	1575	1720	1662
Døgn		2009	2029	2132	
Ungdom		2656	2630	2961	3249
Ungdom	1936	2986	2455		
Døgn	2253	2001	2427	1975	1715
Døgn		2270	2511	2742	2249
Døgn		1959	1904	1983	2156
MAR			337		
MAR			352		
MAR			336		
MAR			275		

5.8 Oppsummering

Flere av konklusjonene fra dette kapitlet er innlysende i den forstand at man allerede visste at kostnadene knyttet til poliklinisk behandling er lavere enn kostnadene knyttet til døgnbehandling. Man hadde imidlertid langt dårligere kunnskap om akkurat hvor mye mindre kostnadene var, om hvordan ulike justeringer kunne påvirke størrelsen på forskjellene og på hvilke måter kostnadssammenligninger er problematisk.

På disse tre områdene er konklusjonen at dersom man ser på kostnadene som er brukt på klientene i vårt utvalg i den toårige observasjonsperioden, brukte man omtrent ti ganger så mye penger på klientene i døgnbehandling som på klientene i PUT'ene. Videre var det stor forskjell på utgiftene i de to polikliniske behandlingene (PUT og MAR). Man brukte omkring fire ganger så mye på klientene i MAR som i PUT'ene. Med en slik forskjell i ressursbruk er funnene i kapittel 4 langt mindre overraskende. Man kan ikke forvente å få de samme resultatene når man bruker 10 ganger mer på en klient enn en annen. Endelig har resultatene vist at det er mange problemer forbundet med å sammenligne tallene både fordi behandlingstypene er ulike, og fordi tallene kan variere noe over tid. For eksempel er MAR for de fleste en livslang behandling, noe som drar kostnadene opp. Samtidig er det sannsynlig at kostnadene vil reduseres i senere faser av behandlingen. Dette er forhold som nå ikke kan tallfestes, men som bør nevnes slik at man ikke overdriver i hvor stor grad de fremviste tallene er sammenlignbare.

6 Kostnad i forhold til nytte

6.1 Innledning

Kapittel 4 og 5 ga isolerte oversikter over nytten og kostnaden ved noen behandlingstyper. I dette kapitlet er målet å forene disse to i en analyse av nytten i forhold til kostnaden. Vi vil gjøre dette ved å se på hvor mye som i gjennomsnitt ble brukt på klientene i de ulike tiltakene, og se dette i forhold til hvor store endringer man fikk for eksempel i form av redusert bruk av ulike rusmidler. Strukturen er, som i de andre kapitlene, at vi først presenterer en enkel oversikt over tallene for så å diskutere usikkerhetsfaktorer og mulige innvendinger.

6.2 Hovedresultatene

I kapittel 5 kom man frem til at det i gjennomsnitt ble brukt 713 000 kroner per klient i døgninstitusjon i løpet av observasjonsperioden, mens man i kapittel 4 fant at disse klientene etter behandling i gjennomsnitt hadde 10.6 færre dager med heroin per måned og 6.6 færre dager med kriminalitet per måned. Hvordan kan vi sammenligne dette med at 67 000 kroner i PUT'ene gir en gjennomsnittlig forbedring på 0.5 færre dager med heroin per måned og 3.1 færre dager med kriminalitet?

Det første vi må gjøre er å standardisere tallene slik at de er sammenlignbare. Vi ønsker med andre ord å lage en tabell som sier hvor mye vi får for den samme summen i de ulike tiltakstypene. I Tabell 32 og Tabell 33 nedenfor har vi laget en slik standardisering med utgangspunkt i "Hva man får for 100 000 kroner" i de ulike tiltakstypene.

Hovedinntrykket fra tabellene er at både PUT'ene og delvis MAR er gode alternativer etter at man har justert for kostnadene, mens døgnbehandling kommer noe dårligere ut på noen variabler. Dette gjelder særlig om man ser på de prosentvise endringene. For eksempel hadde MAR den største

gjennomsnittlige reduksjonen i bruk av heroin målt i antall dager siste måned (4.6 dager), og dette var *ikke* bare et resultat av at de i utgangspunktet hadde mange som brukte mye heroin fordi også den prosentvise endringen var størst i MAR (24%). En naiv tolkning av tabellen er dermed at spesielt PUT'ene, men også MAR ser ut til å være noe mer kostnadseffektive behandlinger enn døgntilrettelagt behandling. Det bør imidlertid understrekes at dette er en naiv tolkning og det er nødvendig å se på flere mulige komplikasjoner før man konkluderer. Tabellene nedenfor fungerer derfor mest som et anker for den videre diskusjonen, og ikke som en endelig konklusjon på "Hva som gir mest for pengene."

I Tabell 32 og Tabell 33 er uttrykket "Hva man får for 100 000 kroner" satt i anførselstegn, fordi man bør være forsiktig med en bokstavelig tolkning. I noen tilfeller er det logisk umulig å flerdoble forbedringen. Det er, for eksempel, ikke mulig å ha færre enn null dager med kriminalitet eller en større reduksjon enn 100%. En klient som går fra 3 dager til 1 dag med heroin for en kostnad på 25 000 kroner vil etter standardisering få en fire ganger så stor reduksjon (8 dager). Det beste er derfor å bare tenke på tallene i tabellen som standardiserte endringer, noe som er nødvendig for å kunne sammenligne, uten å tolke det bokstavelig som "Hva man får for 100 000 kroner."

Man kan heller ikke generalisere resultatene ved å si at tallene viser at man kunne fått en mye billigere og bedre behandling, hvis man hadde sendt folk til PUT i stedet for til døgntilrettelagt behandling. En slik konklusjon betinger ikke bare at man kan foreta en enkel ekstrapolering av resultatene, men den ignorerer også at klientgruppen er forskjellig i MAR og PUT.

Det man imidlertid kan bruke tallene til, er å si noe om på hvilke områder man ser ut til å få mest igjen for pengene. Dette er interessant kunnskap når man står ovenfor beslutninger om dimensjoneringen av ulike typer tiltak innenfor behandlingssystemet. Selv om tallene er relevante i denne sammenhengen, er de heller ikke her perfekte. Dimensjoneringen av behandlingssystemet styres ikke bare av hvordan man får mest igjen for pengene, men også av etiske prinsipper og av størrelsen på

behandlingsgruppene. Tallene tar heller ikke hensyn til at MAR er en behandling hvor deler av kostnadene for mange vil fortsette å løpe livet ut.

Tabell 32. "Hva man får for 100 000 kroner?", gjennomsnittlig endring i rusmiddelbruk, kriminalitet, arbeid og helse i antall dager siste måned (n=356).

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom	Total
Heroin	-1,4	-0,8	-4,6	-0,1	-1,4
Amfetamin	-0,4	-3,1	0,1	-0,5	-0,4
Cannabis	-0,5	-2,0	0,2	-1,2	-0,6
Sum brukt på stoff	-1831	-834	-9087	-145	-2089
Kriminalitet	-0,8	-4,8	-2,1	-0,6	-1,0
Arbeid	0,3	-0,6	0,6	0,2	0,3
Psykisk problem	-0,4	-8,4	2,2*	-0,4	-0,4
Kroppslige problemer	-0,2	-0,9	0,2	0,1	-0,1

* Se kap. 3.5.3 for mer om problemer med denne målingen.

Tabell 33. "Hva man får for 100 000 kroner?", gjennomsnittlig endring i rusmiddelbruk, kriminalitet, arbeid og helse siste måned, prosent (n=356).

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom	Total
Heroin	-8,2	-10,5	-23,7	-2,5	-9,8
Amfetamin	-9,1	-94,6	19,7	-5,6	-11,6
Cannabis	-5,6	-18,8	4,3	-5,1	-6,2
Sum brukt på stoff	-8,9	-14,4	-28,3	-3,3	-11,7
Kriminalitet	-8,2	-93,1	-23,8	-5,5	-11,5
Arbeid	7,5	-5,9	124,4	17,2	6,7
Psykisk problem	-3,5	-62,4	29,5*	-3,0	-3,5
Kroppslige problemer	-2,0	-16,1	2,2	5,3	-1,2

* Se kap. 3.5.3 for mer om problemer med denne målingen.

Mer generelt er det mange forhold som gjør at man skal være forsiktig med å generalisere fra hva som skjedde i fortid til hva man tror vil hende i fremtiden. De kostnadsjusterte tallene sier noe om hvor store endringer som er forbundet med klientene i vårt utvalg (fortid). Spørsmålet er om man kan bruke dette til å generalisere til at andre klienter ville få den samme endringen for samme kostnad, hvis de gikk igjennom den samme behandlingen i fremtiden. Selv om man ofte bruker denne formen for induksjon som et utgangspunkt, vet man at det er flere mulige problemer. For eksempel var prisen på metadon relativt høy da man startet med metadonbehandling, mens man trolig kan forvente et fall i prisene når man kjøper større kvanta og over tid etablerer mer kostnadseffektive rutiner for innkjøp og distribusjon. Fortidens avkastning blir dermed en mindre god målestokk på fremtidig avkastning.

6.3 Kostnad i forhold til effekt for ulike grupper

Kapittel 4 viste hvilke grupper som rapporterte om de største endringene etter behandlingen. Spørsmålet er om de samme konklusjonene gjelder når man justerer endringene for ulikheter i kostnadene. Man kunne, for eksempel, tenke seg at en av grunnene til at kvinnene så ut til å ha større bedring enn mennene kom av at de hadde lenger behandlingsopphold. Hvis man justerer for kostnaden for behandlingsoppholdet er det dermed ikke sikkert at kvinnene er den gruppen som kommer best ut. Det samme resonnerementet gjelder for de andre gruppene.

Dersom man ser på tallene i Tabell 34, så viser det seg at det ikke er noen store forskjeller mellom ulike grupper når man ser på de kostnadsjusterte endringene. For heroin ligger endringene mellom 6 og 14% (for 100 000 kroner) i de ulike gruppene, for psykiske plager mellom 0 og 6% og for kriminalitet mellom 8 og 14%.

Tabell 34. Endringer per 100 000 kroner for noen undergrupper.

	Heroin		Psykiske plager		Illegal virksomhet	
	Dager	Prosent	Dager	Prosent	Dager	Prosent
Mann	-1,3	-9 %	-0,2	-2 %	-1,0	-11 %
Kvinne	-1,3	-10 %	-0,7	-6 %	-0,9	-11 %
Yngste	-0,7	-7 %	-0,6	-5 %	-1,0	-10 %
Eldste	-1,9	-11 %	-0,1	-1 %	-1,0	-12 %
Uten heroinbruk			-0,8	-6 %	-0,4	-9 %
Med heroinbruk			0,0	0 %	-1,5	-13 %
Kortest liggetid	-1,8	-14 %	-0,3	-3 %	-1,2	-14 %
Lengst liggetid	-0,8	-6 %	-0,6	-5 %	-0,8	-8 %
Færrest dager kroppslige plager	-1,1	-8 %	-0,1	-1 %	-0,8	-10 %
Flest dager kroppslige plager	-1,6	-11 %	-0,8	-6 %	-1,2	-12 %
Færrest dager psykiske plager	-1,4	-9 %			-0,9	-10 %
Flest dager psykiske plager	-1,1	-10 %			-1,0	-11 %

Det er interessant å sammenligne disse tallene med de vi fikk uten å justere for kostnadene. For eksempel, selv om kvinnene fremdeles ser ut til å ha det beste resultatet etter at vi har justert for kostnadene, er forskjellene betydelig mindre enn da vi ikke tok hensyn til kostnadsforskjeller. For 100 000 kroner får vi en reduksjon på 1.3 dager med heroin både for kvinner og menn. Endringen i psykisk helse er også nesten identisk for kvinner og menn.

Et annet trekk ved tallene i tabellen, er at noen av gruppene som i utgangspunktet hadde den største belastningen også ser ut til å være de som det lønte seg mest å satse på. De eldste og de med flest dager med psykiske problemer ved inntaksintervjuet, var også de som hadde de største kostnadsjusterte prosentforbedringene etter behandling når det gjaldt bruk av heroin og reduksjon i kriminalitet. For klientene med heroinproblemer, sammenlignet med klientene som i utgangspunktet ikke brukte heroin i det hele tatt, var det den sistnevnte gruppen som hadde den største reduksjonen i psykiske plager, mens de med heroinproblemer hadde den største reduksjonen i kriminalitet. Delvis kan disse tallene forklares med at ulike typer klienter er i de forskjellige behandlingene. For eksempel er de eldste klientene ofte i MAR og dette er en behandling som i gjennomsnitt har store reduksjoner i heroinmisbruket og kriminaliteten. Det er trolig dermed ikke alderen i seg selv som forklarer endringene, men behandlingstypen.

I første omgang kan det virke noe overraskende at de med kort behandlingstid kommer best ut når det gjelder endringer i bruk av heroin og i kriminalitet. Det går ofte bedre med de som mestrer lange behandlingsopphold enn med de som avbryter behandlingen tidlig. Samtidig vil de som er lenge i behandling få tilsvarende høye kostnader. Dersom man justerer for dette, viser det seg at økningen i kostnader ved lange behandlingsopphold ser ut til å være større enn tilsvarende forbedringer i utfallet.

Hvis man ignorerer mulige komplikasjoner, vil den enkle konklusjonen fra tallene i tabellen være at man bør satse på noe kortere behandlingsopphold for den tyngste gruppen. Selv om tallene peker i denne retningen, er det flere problemer. Viktigst av disse er at tallene ikke har fremkommet ved en randomiserte studie, men at det ofte er ekstern seleksjon eller selvseleksjon inn i de ulike gruppene. Det er nettopp de som vurderes å trenge lang tid i behandling som får dette, mens de som oppfattes å kunne klare seg med mindre behandling får mindre. Man kan derfor ikke bruke resultatet fra de som får kort behandling til å si at alle ville kunne oppnå det samme med kort tid i behandling. Det er også andre kompliserende faktorer. Blant annet er det sannsynligvis en tendens til at personer med et høyt gjennomsnitt på variablene i utgangspunktet tenderer til å ha en stor forbedring. Dette gjør at de mest belastede klientene har en tendens til å komme best ut.

Disse problemene gjør at man må være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. På den ene siden har man tall som går i en retning. På den andre siden har man god grunn til å innvende at forklaringen på hvorfor tallene kommer ut som de gjør, ikke alltid betyr at man kan trekke sikre konklusjoner om at behandlingen for en gruppe klienter alltid vil være mer kostnadseffektiv enn behandlingen for en annen.

6.4 Kostnad og nytte i ulike døgntiltak

I HTS'ene deltar klientene i større grad i den daglige driften enn ved andre tiltak. Dette reflekteres også i kostnadene hvor en gjennomsnittsklient i store døgntiltak i vårt utvalg koster 50% mer enn en gjennomsnittsklient i HTS'ene. Også når vi ser på forbedringene målt i forhold til kostnadene, så kommer HTS'ene godt ut i forhold til reduksjon i bruk av narkotika, mens små tiltak synes å være marginalt bedre på psykiske plager og kriminalitet (Tabell 35). Noe overraskende viser det seg at det ikke ser ut til å være noen kostnadsfordeler knyttet til å drive store tiltak (stordriftsfordeler). Tvert i mot har man her høye kostnader, og dette gjør at de store døgntiltakene kommer dårligst ut.

Tabell 35. Prosentvis reduksjon per 100 000 kroner i bruk av narkotika, psykiske plager og kriminalitet etter behandling i ulike døgntiltak.

	HTS	Store	Små
Narkotikadager (alle stoffer)	-9,1	-5,9	-7,8
Dager med heroin	-9,4	-7,0	-9,1
Psykiske plager	-4,9	-1,3	-5,2
Kriminalitet	-8,2	-7,5	-9,3

Et annet interessant skille går mellom tiltak som er lokalisert i landkommuner i forhold til tiltak som er lokalisert i byen. Noen teorier om avhengighet legger vekt på at nærhet i tid og rom til kjente miljøer med narkotikatilgang, kan gjøre det lettere å fristes til bruk av narkotika og i neste omgang til frafall i behandlingen. Spørsmålet er om man kan finne en slik effekt i vårt utvalg.

Tallene viser at når det gjelder kostnader, er det brukt mindre penger på klienter i tiltak som er plassert i bykommuner enn i tiltak som ligger i landkommuner. Klienter i landkommunene har derimot en noe større forbedring på de fleste utfallsindikatorne, før man justerer for kostnadene. De kostnadsjusterte tallene viser imidlertid at kostnads- og forbedringsforskjellene nesten balanserer hverandre (Tabell 36). Tiltakene i bykommunene er billigere, men har også noe dårligere utfall. Dermed blir forskjellen mindre mellom tiltakene når man justerer for kostnader.

I hovedtrekk viser tallene at når det gjelder bruk av narkotika synes det som om tiltakene i bykommunene gir et noe bedre resultat per 100 000 kroner enn tiltakene i landkommunene. Tiltak lokalisert i bykommunene er best på reduksjon av antall narkotikadager og heroin i alle de tre typene døgntiltak (HTS, store, små). Tiltakene i landkommunene er konsistent

bedre enn tiltakene i bykommunene på forbedringer i psykisk helse, mens det på kriminalitet ikke er noen klar trend. Alt i alt kan man konkludere med at selv om landkommunene skulle ha en fordel i form av at avstanden til det gamle miljøet er større, er ikke denne effekten så sterk at tiltakene i landkommunene blir det mest kostnadseffektive valget. Tvert i mot, var det tiltakene i bykommunene som hadde de beste resultatene i forhold til narkotikabruken. Få observasjoner gjør imidlertid at man bør være varsom med å legge for stor vekt på denne tendensen.

Tabell 36. Prosentvis reduksjon per 100 000 kroner i bruk av narkotika, psykiske problemer og kriminalitet etter behandling i ulike bytiltak vs. landbaserte tiltak.

	HTS		Store		Små	
	By	Land	By	Land	By	Land
Antall klienter (n)	41	27	19	57	20	23
Narkotikadager	-9,50	-8,90	-6,10	-5,80	-9,50	-6,50
Heroin	-11,50	-6,90	-9,80	-6,30	-10,30	-8,30
Psykiske problemer	-2,10	-6,50	1,40	-1,80	-4,90	-5,50
Kriminalitet	-10,20	-6,10	-4,70	-7,40	-8,90	-9,10

6.5 Kostnad og nytte i et livsløp-perspektiv

Så langt har dette kapittelet fokusert på endringene før og etter behandling. Dette er et relativt kort tidsvindu (to år) i forhold til livsløpet for en narkotikamisbruker. Det kunne derfor være nyttig å se på nytte og kostnad over et noe lenger tidsløp. En slik diskusjon blir nødvendigvis noe ufullstendig, fordi vi ikke har nok informasjon om effekten av alle mulige tiltak på ulike tidspunkt, men vi kan likevel peke på en del forhold som er viktige når det gjelder kostnad og nytte av behandling for narkotikamisbrukere.

For mange i utvalget starter rusmiddelmissbruken i tidlig ungdomsalder (gjennomsnittlig alder for regelmessig bruk av cannabis var 15 år og for heroin 22 år). Svært mange har foreldre som selv er rusmiddelmissbrukere. 34,3% oppga å ha fedre med betydelig alkoholproblemer, mens den tilsvarende andelen for mødre var 15,7%. Når det gjaldt problemer med narkotika, rapporterte 10% av klientene om betydelig misbruk hos enten far eller mor.

Mange har vært i kontakt med barnevernet (25,6%). Som vist i denne undersøkelsen er ungdomstiltakene de klart dyreste. I gjennomsnitt kostet hver klient i ungdomstiltakene nesten 1,6 millioner kroner i løpet av de to årene vi observerte dem (Tabell 29). At denne behandlingen er dyr betyr ikke nødvendigvis at den er lite kostnadseffektiv for samfunnet. Dersom man kan avbryte en lang og kostbar narkotikakarriere på et tidlig tidspunkt vil dette kunne spare samfunnet for store utgifter. For eksempel er gjennomsnittlig sosialhjelp i utvalget over 50 000 kroner per år og kostnadene til fengselsopphold ligger på over 30 000 per år. Vårt tidsvindu i denne undersøkelsen er for kort til å si i hvor stor grad (hvis noe) tidlig intervensjon virkelig klarer å redusere disse utgiftene. For å si noe om dette må vi følge opp de unge klientene med nye undersøkelser i fremtiden.

Klientene i vårt utvalg har ofte vært gjennom flere ulike typer behandlinger før de ble rekruttert til å være med på denne studien. Over 60% har tidligere vært innlagt i døgntilrettelagt behandling og i gjennomsnitt har disse hatt nesten to år med behandling i ulike institusjoner. Tabell 37 viser gjennomsnittlig antall måneder med både institusjons- og poliklinisk behandling før rekrutteringsintervjuet. Klientene i metadonbehandling har som ventet de lengste behandlingsoppholdene bak seg (23 måneder med døgntilrettelagt behandling i gjennomsnitt). Informasjon om tidligere behandling er viktig for resultatene, fordi det kan være misvisende å gi den siste behandlingen æren (eller skylden) for hele endringen etter behandling. Til en viss grad kan vi si noe om betydningen av tidligere behandling ved å se om det er noen forskjell i endringer mellom de som aldri før hadde vært i

behandling og de som har behandling fra før. Tabell 38 viser en slik oversikt.

Tabell 37. Gjennomsnittlig antall måneder med behandling før rekrutteringsintervjuet i de ulike tiltakstypene og kostnader.

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom	Total
Døgnbehandling	13	6	23	8	13
Poliklinisk behandling	10	4	25	4	11
Total kostnad	803 033	372 938	1 405 924	512 679	779 477

Tabell 38. Sammenligning av endringer blant de som ikke har hatt tidligere døgnbehandling og de som har hatt slik behandling.

Tidligere behandling ²	Døgn		PUT		Total	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Narkotikadager, før	58,2	57,1	35,8	38,1	47,6	56,2
Narkotikadager, etter	20,9	26,9	31,7	46,7	25,9	28,9
Dager med heroin, før	16,2	16,7	6,0	11,0	11,1	15,7
Dager med heroin, etter	5,3	6,3	6,1	9,1	5,5	6,2
Psykiske problemer, før	11,0	11,7	13,6	13,3	11,7	11,2
Psykiske problemer, etter	9,1	8,0	7,9	8,4	8,4	9,6
Kriminalitet, før	8,5	11,2	5,8	3,9	7,5	9,9
Kriminalitet, etter	4,0	3,6	1,5	3,6	2,6	3,3
Arbeid, før	4,3	4,0	11,7	7,5	6,8	3,5
Arbeid, etter	6,1	6,6	11,6	6,1	8,6	5,4
Endring i narkotikadager for 100 000 kroner	-8,9	-9,3	-47,7	47,7	-24,0	-3,2

Et av hovedinntrykkene fra tabellen er at det i PUT'ene er stor forskjell på de klientene som har fått tidligere behandling i forhold til de som ikke har det, mens det i døgntiltakene er en mye mindre forskjell. Dersom vi legger sammen antall dager med ulike stoffer den siste måneden, gikk de *opp* fra 38,1 til 46,7 pr. måned for de PUT-klientene som hadde døgntil behandling fra før, mens de gikk *ned* fra 35,8 til 31,7 blant de som ikke hadde noe døgntil behandling fra før. Forskjellen mellom klientene i døgntil behandling med tidligere behandlingserfaring og de uten var betydelig mindre.

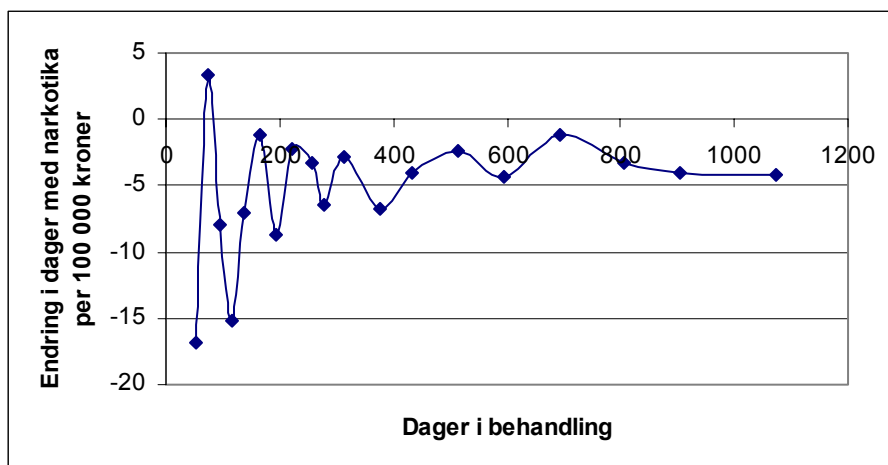
Det er flere mulige forklaringer på tallene man ser ovenfor. En av de mest nærliggende er at klientene i PUT'ene utgjør en mindre homogen gruppe enn klientene i døgntil behandling. En del av klientene i PUT'ene er eldre og hardt belastede klienter. De har ofte en tidligere behandlingskarriere i institusjon bak seg. En annen gruppe er klienter uten tidligere behandlingserfaring, som ikke er vurdert som så hardt belastede at de må legges inn i et døgntiltak. Det er tydelig at resultatene er ulike for disse gruppene av PUT-klienter. Målt i antall dager reduserer de uten tidligere behandling sitt forbruk av narkotika (for eksempel cannabis), men de reduserer ikke forbruket av heroin. For de med tidligere behandling er konklusjonen motsatt. Det er en svak nedgang i heroinforbruket, men en økning av forbruket av andre stoffer slik at det er en økning i det samlede forbruket målt i antall dager med ulike stoffer per måned.

I hvor stor grad støtter tallene antagelsen om at man får mest for pengene ved å ikke ta imot klienter som har vært ut og inn av behandling flere ganger. For det første bør man skille mellom klientene i døgntil behandling og i poliklinisk behandling (PUT). Når det gjelder døgntil behandling, kan vi ikke se at det er noen stor forskjell i resultatene enten klienten har hatt døgntil behandling tidligere eller ikke. I PUT'ene er det en klar forskjell, men den går i ulike retninger avhengig av hvilken indikator vi ser på. Dersom vi ser på hvor mange færre dager med narkotika man får for 100 000 kroner synes det klart at man får "mest igjen" ved å satse på de PUT-klientene som ikke har tidligere behandlingsopphold. Selv om tallene kan tyde på dette, bør man ta det forbehold at man ikke vet hva som ville skjedd med

de tyngste PUT-klientene dersom disse ble nedprioritert. Selv om det ikke fremkom en positiv endring for disse klientene, kan man ikke utelukke at situasjonen hadde vært enda vanskeligere for dem dersom de ikke hadde fått behandling i PUT. Videre ser vi at det er en reduksjon i kriminalitet og en svak reduksjon i heroin selv blant de med tidligere døgnbehandling.

Dersom vi flytter fokus fra tiden før behandling, til under selve behandlingen, så er det to forhold som er viktige. For det første er det relativt mange som faller fra tidlig. For det andre er det også en relativt stor gruppe som har lang behandlingstid. 35,3% av klientene i døgntiltak har vært til behandling i mer enn 400 dager. Om dette er for lenge er vanskelig å si, fordi vi i dette prosjektet ikke har hatt muligheten for å utføre eksperimenter der tilfeldige personer gjennomgår lange og korte behandlinger. Det vi kan gjøre, er å se på om vi får mer igjen for pengene i den gruppen som var lenge i behandling. Figur 10 viser at det ikke synes å være en klar trend i den retning. Det vi ser er at klienter med korte opphold i døgntiltak har et svært variabelt resultat. Det har gått svært bra med noen og svært dårlig med andre. Desto lenger behandlingen varer, desto mindre varians ser det ut til å være. I den grad man imidlertid forventer å finne en optimal og allmenngyldig regel om hvor lenge et behandlingsopphold i døgntiltak bør være, kan vi ikke finne dette i figuren.

Figur 10. Reduksjon i bruk av narkotika per 100 000 kroner i forhold til behandlingstid i døgntiltakene (n=187).



Hva skjer etter behandlingen i rekrutteringstiltaket og hvordan påvirker dette analyser av nytte og kostnader? I noen tilfeller oppsøker klientene ny behandling relativt raskt. I de tilfellene dette har skjedd innenfor vår observasjonsperiode, har vi også regnet med kostnadene til denne nye behandlingen. Ny behandling skaper imidlertid et problem, fordi det da blir vanskelig å kreditere det første tiltaket med hele endringen. For eksempel har vi noen klienter som opprinnelig ble rekruttert i PUT'ene og som i en tid fikk behandling der. De gikk så over til en døgninstitusjon og var der en tid. Av praktiske hensyn har tabellene i denne rapporten klassifisert alle resultatene etter hvilket rekrutteringstiltak klienten var i, men dersom det har vært stor overgang mellom tiltakene kan dette være misvisende. For å undersøke dette har vi isolert resultatene for den gruppen av klienter som bare har fått behandling i rekrutteringstiltaket og sammenlignet den med de som også har fått behandling andre steder. Resultatene er gjengitt i Tabell 39.

For døgntiltakene ser vi at den største endringen fant sted for de klientene som ikke fikk annen behandling etter avsluttet opphold i rekrutteringstiltaket (62% reduksjon mot 52% og 54% for de som fikk annen behandling etterpå). Dette er selvsagt delvis et utslag av at de som klarer seg bra ikke oppsøker videre behandling. Man kan derfor ikke trekke den slutning at det er bortkastet å gi klienter som har gjennomgått døgnbehandling en ny sjanse i poliklinisk behandling. Man kan imidlertid bruke tabellen til å si noe om i hvilken retning etterbehandling trekker resultatene. For eksempel var det ni klienter som opprinnelig ble regnet som PUT-klienter, men som også har fått behandling i døgntiltak. Selv om dette er et klart mindretall av alle PUT-klientene, viser det seg at disse hadde en så stor reduksjon i sitt forbruk av narkotika at det gjør betydelige utslag i analysen. Dersom vi bare ser på klientene som kun fikk behandling i PUT'ene, var det en *økning* i dager med narkotika på 15%, mens det i gruppen som fikk døgnbehandling i etterkant var en nedgang på 40%. På den ene siden viser dette at det er misvisende å tilskrive PUT'ene hele effekten for alle klientene som startet i PUT'ene. Samtidig antyder de også at et behandlingsforløp der døgnbehandling følger poliklinisk behandling

ser ut til å gi langt bedre resultater enn kun poliklinisk behandling. Det er imidlertid ikke mer enn en antydning fordi det kun er ni personer som har hatt en slik behandlingskarriere i vårt materiale. Videre ser man at de som har gått rett på døgnbehandling hadde en enda større reduksjon i forbruket.

Tabell 39. Antall dager med ulike narkotiske stoffer siste måned før og etter behandling for de som har vs. ikke har fått annen behandling etterpå.

Rekutteringstiltak	Behandling etter		Før	Etter	Prosent Endring	Antall (N)
	Rekutteringstiltak					
Døgn	Ingen		60	23	-62 %	64
	Poliklinisk		55	25	-54 %	61
	Døgn		57	26	-54 %	36
	Begge deler		58	28	-52 %	26
PUT	Ingen		29	34	15 %	50
	Poliklinisk		36	37	0 %	24
	Døgn		81	49	-40 %	9
	Begge deler		24	29	21 %	3
MAR	Ingen		60	27	-55 %	40
	Poliklinisk		60	16	-74 %	7
	Døgn		77	36	-54 %	5
	Begge deler		46	31	-32 %	4
Totalt	Ingen		51	26	-50 %	173
	Poliklinisk		50	27	-47 %	96
	Døgn		63	31	-51 %	50
	Begge deler		53	28	-47 %	34

6.6 Usikkerhet

En av mange mulige årsaker til at resultatene kan variere mellom de ulike tiltakene er helt tilfeldige variasjoner som oppstår når man trekker individer fra en populasjon. For eksempel kan man rent tilfeldig være heldig å få med noen klienter som gjør det spesielt bra. Disse tilfeldige variasjonene skaper usikkerhet i analysen. Det betyr, blant annet, at selv om et tiltak kommer bedre ut i gjennomsnitt enn et annet, er det ikke sikkert at forskjellen er tilstrekkelig stor til å si med sikkerhet at det ene virkelig er bedre enn det andre.

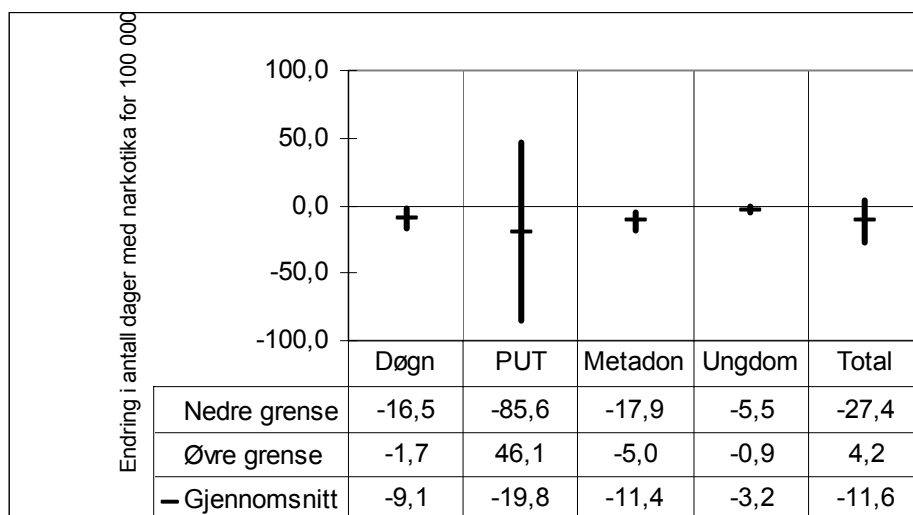
Det er særlig to forhold som er viktige for å redusere usikkerheten beskrevet ovenfor. For det første blir graden av sikkerhet mindre når man har få observasjoner fordi man da er sårbar ovenfor tilfeldige endringer hos enkeltindivider. For det andre blir man mer usikker på gjennomsnittsberegninger desto større variasjon det er mellom de individuelle resultatene til en gruppe klienter. Fordi vi har informasjon om begge disse forholdene (antall observasjoner og individuelle variasjoner), er det mulig å sette tall på denne type usikkerhet i vår analyse. Det er vanlig å gjøre dette ved å regne ut et 95% konfidensintervall. Det betyr at man regner ut en nedre og en øvre grense for resultatene gitt at man tar hensyn til den usikkerhet som oppstår både på grunn av få observasjoner og at individuelle observasjoner kan variere mye. En slik analyse betyr ikke at alle konklusjoner er svært usikre. Tvert i mot vil en tallfesting av usikkerheten noen ganger vise at man kan være svært sikker på gjennomsnittresultatene, som når man får svært smale intervaller mellom øvre og nedre grense.

Figuren nedenfor viser resultatene av en beregning på usikkerheten når det gjelder hvor mange færre dager med ulike narkotiske stoffer man får for 100 000 kroner i ulike behandlingstiltak. For eksempel for 100 000 kroner fikk man en gjennomsnittlig reduksjon på 9,1 dager med ulike narkotiske stoffer siste måned for klientene ved døgntiltakene. Som diskutert ovenfor er dette tallet usikkert. Tallfestingen av usikkerheten viser at man kan være

svært sikker på at man for 100 000 kroner får en reduksjon på et sted mellom 1,7 og 16,5 dager.

Hovedkonklusjonen fra utregningen er at det er klart størst usikkerhet heftet ved resultatene for klientene ved PUT, noe som fremgår tydelig av figuren når det gjelder endring i antall dager med narkotika per 100 000 kroner. Dette skyldes blant annet at det er stor variasjon blant klientene i PUT. Noen gjør det bra, mens andre gjør det dårligere enn før. I tillegg kommer problemene knyttet til ekstrapolering/standardisering som er nevnt tidligere. Dette er særlig tilfelle for klientene i PUT fordi små forskjeller der blir store når man justerer for kostnadene. Dette gjør at man skal være forsiktig med å legge for stor vekt på sammenligninger av gjennomsnittstall når det gjelder hvilken ”tiltakstype” som er mest kostnadseffektiv.

Figur 11. Usikkerhet i beregningene.



7 Konklusjon

Den foreliggende undersøkelsen er spesiell i både nasjonal og internasjonal sammenheng. Selv om det tidligere er foretatt ulike varianter av beregninger av nytter og kostnader på rusfeltet, har ingen undersøkelser vært gjort med en liknende type design, det vil si en prospektiv design med en oppfølgingsperiode på to år med ett års intervall mellom intervju tidspunktene, og hvor analyse av nytte og kostnader har funnet sted gjennom hele observasjonsperioden. Undersøkelsen er ikke en tradisjonell nytte-kostnads analyse slik den ofte anvendes på andre sektorer som for eksempel samferdsel- og miljøsektoren. En slik tilnærming ble først vurdert, men funnet som lite formålstjenlig for den kunnskapen vi var interessert i, da det ikke er mulig å måle alle konsekvensene av behandling i kroner og øre. Vi valgte derfor å se på forhold ved behandling som er nært knyttet til individers velferd som for eksempel endringer i rusmiddelbruk, kriminalitet, psykisk og fysisk helse og arbeid. På disse områdene ser vi på endringer og kostnader, men uten å anvende de metoder som kreves i en tradisjonell nytte-kostnads analyse.

Formålet med en studie av konsekvenser og kostnader av behandling for rusmiddelmissbrukere er å produsere kunnskap som kan være relevant på flere beslutningsnivåer - både på det politiske, det forvaltningsmessige og på det behandlingsmessige. Hvilke konklusjoner kan man så trekke fra vår undersøkelse og hva slags beslutninger er kunnskapen relevant for?

Når man skal utforme en behandlingspolitikk på rusmiddelfeltet, er det nyttig å vite noe om i hvor stor grad det lønner seg å satse på behandling. Noen av funnene i denne rapporten kan være relevante i en slik vurdering. For eksempel rapporterte klientene om en stor nedgang i kriminaliteten etter behandling. Data fra Strafferegisteret viste også at antall døgn i fengsel var langt høyere før behandling enn etter. I 1997 var klientene i gjennomsnitt i fengsel i 20 dager, mens i år 2000 var gjennomsnittet 7 dager. Hvert døgn mindre i fengsel sparer det offentlige for omkring 1500 kroner i fengselskostnader. I tillegg kommer de kostnadene privatpersoner

har i forbindelse med tap av verdier ved vinningskriminalitet. I den grad behandlingen bidrar til å redusere kriminalitet representerer derfor dette en stor besparelse for det offentlige og samfunnet mer generelt. Videre fant man i rapporten at det var en relativt stor og overraskende permanent reduksjon i bruk av ulike former for narkotika ved oppfølgingsintervjuene mellom ett og to år etter påbegynt behandling (58% reduksjon i antall dager med heroin, 67% for amfetamin og 36% for cannabis).

Selv om disse tallene i seg selv er interessante, kan man ikke umiddelbart konkludere med at behandling "lønner seg." Problemet er at før man kan si at behandling er "lønnsomt", må man sammenligne med hva som ville skjedd med en tilsvarende gruppe klienter hvis de ikke hadde fått behandling. Vår undersøkelse er lagt opp som en naturalistisk forløpstudie og ikke som en eksperimentell og kontrollert studie. Det er mange årsaker til at et eksperimentelt design ikke lar seg forene med en prospektiv behandlingsstudie. Konklusjonene i vår undersøkelse avhenger dermed i hvor stor grad av om man tror klientene ville fortsatt i sitt gamle mønster uten behandlingen. Man kan imidlertid argumentere for at tallene indikerer at behandling nytter i den forstand at de observerte endringene er så store at det synes vanskelig å tro at gruppen ville redusert sitt forbruk tilsvarende dersom de ikke hadde fått noen form for hjelp.

Om nytten av behandling er så stor i forhold til kostnaden at man kan kalle den "lønnsom" blir delvis et politisk spørsmål, fordi det handler om hvor mye man mener de ulike endringene er verd. Det er vel heller ikke slik at lønnsomhetsbetraktninger omkring behandling er de viktigste i beslutningen om å tilby behandling. Behandling i seg selv begrunnes ofte med humanistiske idealer i en moderne velferdsstat og ikke nødvendigvis med at "det lønner seg." Videre vil lønnsomhetsbetraktninger basert på hva det offentlige eventuelt kunne tjene på behandling i form av reduserte utgifter på andre poster, kun være en liten del av den samlede behandlingsnytt. I tillegg kommer nytten for misbrukeren selv og pårørende. Dette er en form for nytte som trolig er betydelig, men som vanskelig lar seg tallfeste presist i kroner og øre.

Selv om motivasjonen for å tilby behandling generelt ikke er økonomisk motivert, kan beslutningene om hva slags type behandling man bør satse på være influert av betraktninger om kostnader og lønnsomhet. For slike beslutningsprosesser bør funnene i denne rapporten være relevante.

Narkotikamisbruk er ofte uttrykk for kompliserte og sammensatte problemer. En av hovedkonklusjonene er at det ikke er belegg for å hevde at det finnes en type behandling for narkotikamisbruk som gir best utfall på alle problemområder for alle klienter. En type behandling kan synes å være mest effektiv når det gjelder å redusere bruk av narkotika, mens en annen kan synes å være bedre når det gjelder klientenes psykiske plager. For eksempel fant vi at klientene i de polikliniske psykiatriske ungdomsteamene (PUT'ene) rapporterte om en stor forbedring når det gjaldt psykisk helse, men ingen tilsvarende forbedring når det gjaldt bruk av narkotika. For klientene i metadonassistert rehabilitering (MAR) var situasjonen motsatt. De rapporterte om en klar reduksjon i bruk av narkotika, men ingen reduksjon i psykiske plager. Selv om det er mange gode forklaringer på disse tallene - blant annet ulikheter i klientgruppen, tiltakenes målsettinger og andre forklaringer som er drøftet tidligere i rapporten – illustrerer de en av hovedkonklusjonene om at ingen av behandlingstypene var best på alle områder.

Døgntiltakene kunne på flere områder vise til den jevneste, om ikke den største forbedringen, etter behandling, men fordi deres kostnader også var betydelig høyere – i overkant av ti ganger så høy per klient - hadde poliklinisk behandling ofte bedre resultater *per investerte krone* enn døgntil behandling. Resultatene fra poliklinisk behandling spriker imidlertid mye avhengig av hvilke klienter man ser på og hvilke områder man fokuserer på. PUT klientene hadde størst nedgang i psykiske plager, mens de eldste klientene i PUT, som hadde en regelmessig bruk av heroin og/eller amfetamin, hadde ingen nedgang i bruk av narkotika. Klientene i døgntil behandling kunne derimot vise til et jevnere resultat der mange klienter hadde forbedringer på de fleste områdene.

Når det gjelder bruken av heroin, kan vi konkludere at klientene i MAR hadde den største reduksjonen per investerte krone i observasjonsperioden. Dersom en slik reduksjon er hovedmålet, synes denne behandlingen å være mest kostnadseffektiv. Dersom man legger mer vekt på endring i psykiske plager enn i heroinforbruket, synes det som om PUT kom best ut per investerte krone, men her var det store individuelle forskjeller og altså liten eller ingen reduksjon i heroinbruk.

Om døgnbehandling er mer kostnadseffektiv enn behandling i MAR eller PUT avhenger dermed av vekten man legger på de ulike endringene. Dette blir imidlertid et politisk og verdimeessig spørsmål.

Som nevnt ovenfor er det også store forskjeller på klientene i de ulike tiltakstypene. Vi vet lite om hvordan det ville ha gått med en person som fikk døgnbehandling, dersom han isteden hadde fått poliklinisk behandling. Det bør også bemerkes at klientene i PUT i gjennomsnitt hadde relativt få konsultasjoner. I løpet av de to årene de ble intervjuet hadde PUT-klientene i gjennomsnitt 14 konsultasjoner, det vil si noe i overkant av en konsultasjon annenhver måned. Det kan synes som om andre typer av poliklinisk behandling med mulighet for høyere intensitet også bør utprøves. Dagbehandlingstilbud for narkotikamisbrukere er likeledes i liten grad utviklet i Norge.

Noen av funnene i denne rapporten kan brukes i en diskusjon om den optimale lengden på behandlingsopphold, selv om de alene ikke er tilstrekkelige i forhold til gi klare anbefalinger. Den største forbedringen fant sted hos de klientene som var lengst i behandling. Imidlertid viser våre funn at også en del med relativt kort behandlingstid hadde en betydelig forbedring, selv om disse funnene var beheftet med større usikkerhet. Når man tar hensyn til kostnadene ved lange behandlingsopphold, var imidlertid ikke forbedringene per investerte krone større for denne gruppen enn for de med noe kortere behandlinger.

Det betyr ikke at man ut fra studien kan konkludere med å kutte ned på lange behandlingsopphold. Narkotikamisbrukere er en lite homogen gruppe og for noen kan korte opphold være tilstrekkelige og for andre kan lange opphold være nødvendige. Dette er avhengig av både hvor i rusmiddelkarrieren den enkelte klient er når vedkommende søker behandling, av den enkeltes psykososiale problemer og totale livssituasjon.

Siden døgnbehandling for narkotikamisbrukere i Norge i dag kun består av relativt lange behandlingsopphold hadde vi i denne studien ingen mulighet for å sammenligne to relativt like grupper i henholdsvis langtids- og kortidsbehandling (3-6 måneder). Selv om korte døgnopphold selvsagt vil være mindre kostnadskrevenne enn lange, er det ikke sikkert at korte behandlingsopphold vil lønne seg på sikt. Vi vet fra forskning at de fleste stoffmisbrukere som søker seg til behandling har så omfattende psykososiale problemer at det tar lang tid før varige endringer finner sted (Tjersland, 1995; Ravndal & Vaglum, 1998; Lie, 1999). I henhold til den norske offisielle politikk på behandlingsområdet, med målsettinger om rusfrihet og sosial funksjon, er det også valgt tiltak med lange behandlingsforløp for å nå disse målene.

Klientene i ungdomstiltakene, sin unge alder til tross (<20 år), syntes å være noen av de mest belastede klientene både i forhold til oppvekstforhold, psykisk helse, kriminalitet og vold. Våre funn viser at denne gruppen var lengst i døgnbehandling. De fleste var i første omgang tvangsplassert i behandling. Fordi disse tiltakene er såpass omfattende og langvarige blir denne formen for døgnbehandling den mest kostnadskrevenne. I den grad tiltakene fungerer i forhold til målsettingene kan de likevel sies å være kostnadseffektive på sikt. Med en "tung" og tidlig intervensjon, kan en forvente å bidra til forbygging av ellers lange kriminalitets- og ruskarrierer. En oppfølging av klientene over lengre tidsrom er nødvendig for å belyse slike antagelser.

Klientene i studien tilbrakte i gjennomsnitt 408 dager i døgnbehandling. En av grunnene til at behandlingstiden trekker så langt ut, synes å være at

det inngår en sakte utfasing av klientene fra institusjon. Oppfølging av klienter utenfor døgntiltak er i henhold til Lov om sosiale tjenester et kommunalt ansvar. Ut fra våre data synes det som om en stor del av etterbehandling/oppfølging ivaretas av tiltakene selv og at det er ulik praksis for finansiering av dette arbeidet. En nærmere vurdering av disse forholdene synes nødvendig. At det primært er institusjonene som tar ansvar for denne viktige etterbehandlingen synes å være et resultat av kliniske erfaringer, praktiske realiteter og forskning (Ravndal, 1994; Tjersland, 1995; Lie, 1999).

Innen behandlingsfeltet har diskusjonen om "matching" stått sentralt. Det vil si om en kan oppnå bedre resultater med stor grad av tilpasning av klienter til spesifikke tiltak – forutsatt et differensiert behandlingstilbud. Det innebærer en systematisk kartlegging av klientegenskaper og problemprofil for å kunne velge den mest egnede behandlingsform. Forskning viser imidlertid at man med ulike metoder og teknikker ofte oppnår de samme resultater, og at det ofte er andre forhold utenom selve behandlingen som er avgjørende for en god prognose på sikt. Samtidig finnes det også forskning som fremhever nytten av en mer systematisert henvisningspolitikk m.h.t. *type* tiltak og *nivået* på hjelpen/omsorgen (Gastfriend & McLellan, 1997; Schippers, 2002).

Vår undersøkelse viser at det i dagens situasjon foregår en delvis "matching" av klienter til ulike typer tiltak i den forstand at de eldste og mest belastede narkotikamisbrukerne stort sett er i MAR, de noe yngre med et omfattende opiatmisbruk finnes i døgntiltakene, mens flest av de unge er i en spesielt tilrettelagt form for døgntiltak eller i PUT. Imidlertid viser våre data, som nevnt tidligere, at en del eldre og tungt belastede klienter også henvises til PUT. Eksempelvis var 35% av PUT-klientene 30 år og eldre. De fleste av dem har et vedvarende og alvorlig rusmiddelmisbruk og store psykososiale belastninger. Det er nærliggende å konkludere med at disse klientene bør henvises til andre hjelpetiltak, som for eksempel døgntiltak, MAR eller ulike former for strukturerte

lavterskeltilbud. Utover denne grove seleksjonen til *type* tiltak er det få klare konklusjoner å trekke i forhold til "matching" ut fra våre data.

Undersøkelsen viser imidlertid også at bruk av standardiserte kartleggings- eller diagnostiske verktøy i liten grad har vært benyttet som en del av henvisningsprosedyren. Det kan derfor ligge gevinster i forhold til nytte og kostnad ved at utredningsarbeidet fra de henvisende instanser i større grad kvalifiseres og målrettes i forhold til et differensiert behandlingstilbud.

Det er vanskelig å generalisere fra hvordan det går med en gruppe klienter i en type tiltak til hvordan det ville ha gått hvis de hadde fått en annen form for behandling. Når det gjelder differensiering av behandlingsapparatet synes hovedkategoriene av tiltak å nå ulike grupper av klienter med hensyn til belastningsgrad slik intensjonen er. Det kan reises spørsmål om behovet for ytterligere differensiering. Våre funn peker i retning av en modellutprøving på kortere døgntilbud, dagsentertilbud, utprøving av polikliniske behandlingsformer og eventuelt kombinasjoner av disse.

Funn i denne studien viser hvor nødvendig samspill mellom behandlingstiltak og omliggende instanser og nærsamfunn er. I døgningstusjonene er det registrert omfattende intervensjoner i forhold til utdanning og arbeidstrening og dette synes å være en naturlig prioritering ut fra klientenes manglende fullførte skolegang og minimale arbeidserfaring. Oppfølgingsundersøkelsene viser imidlertid at klientene i liten grad har kommet i arbeid og at tilpassede skole- og/eller arbeidstilbud er en forutsetning for et mer produktivt liv etter behandling.

Våre data viser at systematisk bruk av *behandlingskjeder*, med planlagte og avpassede tiltak i forhold til klientenes mange og sammensatte behov var lite utbredt. Omtrent halvparten av klientene hadde både vært i døgntilbud og i poliklinisk behandling tidligere. Klienter med tidligere behandlingserfaring hadde i gjennomsnitt nesten samme utfall på de ulike indikatorene som klienter uten tidligere behandlingsopphold i

døgntiltak. En liten gruppe som gikk over fra poliklinisk behandling til døgningstusjon hadde positivt utfall på flere indikatorer.

Avslutningsvis betyr dette at selv om vi ikke kan si at en behandling er best for alle, er våre funn viktige for beslutninger på rusmiddelfeltet. Konklusjonene kommer med varierende grad av sikkerhet og innvendinger men innebærer kunnskap som man kan dra nytte av og bygge på i praksis og i videre studier.

Det sammensatte og kompliserte problembildet som de fleste narkotikamisbrukere i behandling fremviser, er belyst gjennom denne rapporten. Noen enkle og entydige kostnadseffektive løsninger er vanskelig å fremheve. Funnene tyder derimot på at de innsatser som må gjøres for å behandle og redusere vansker hos narkotikamisbrukere må favne bredden og kompleksiteten i problemet og bestå av et spekter av tjenester koordinert for den enkelte klient. Det er en utfordring på tvers av sektorer og tjenestenivåer.

English summary

Each year the Norwegian authorities spend considerable sums of money on different kinds of treatments for drug addiction. At the same time there is little knowledge about the costs and benefits of the various treatments. The purpose of the project described in this report was to reduce the gap between the large sums of money allocated to the sector and our limited knowledge of the efficiency of the various treatments.

To compare different treatments for drug addiction, the project followed 482 drug users who were recruited from four major treatments: residential treatment, psychiatric youth teams, methadone assisted rehabilitation and residential treatment for youths. The clients were interviewed three times. Most clients were interviewed for the first time when they entered treatment in 1998/1999. The main instrument used was the EuropASI, but also the Hopkins Symptom Checklist, the Childhood Trauma Questionnaire and the MCMI II were used. The clients in Methadone Assisted Rehabilitation were recruited later and their first interview was in 1999/2000. 8% of the clients dropped out of the survey before the first follow up interview one year after entering treatment, and 13% were not located at the second follow up interview (two years after entering treatment). Moreover, after excluding clients who were in "controlled environments" (jail, hospital, new residential treatment), we were left with information on 356 clients. Most of the analysis is based on these clients.

The self-reported answers from the clients indicate a considerable reduction in drug use one and two years after entering treatment. On average the number of days with use of heroin the last month before the follow up was reduced by 58% (from 14 days before treatment to 6 days at the follow up). The use of amphetamine was reduced by 68% and cannabis by 35%. Depending on the stringency of the criteria for

abstinence between 30 and 40% of the group reported to be completely abstinent the last 30 days before the follow up interview.

The clients also reported a significant reduction in the number of days with involvement in illegal activities (from 9 to 3 days the last 30 days, a reduction of 66%), a reduction - although smaller - in the number of days with psychological problems and a small increase in the number of days employed.

Among the 356 clients, there were 182 clients who were in "non-controlled environments" at *both* follow up interviews. This group can be used to assess whether the changes at the first follow up interview were only temporary improvements. An analysis of the answers from these 182 clients reveals that the changes between the first and second follow up were surprisingly stable. For instance, the reduction in heroin use at the first follow up after one year was 58%, while it was only slightly lower (56%) at the second follow up interview two years after entering treatment.

The clients in methadone assisted rehabilitation had the largest reduction in the number of days with heroin use, while the clients in psychiatric youth teams had the smallest reduction. As for days with self-reported psychiatric problems, clients in psychiatric youth teams turned out to have the largest reduction, while clients in methadone assisted rehabilitation had no positive change or even an increase in reported psychiatric problems as measured by both EuropASI and SCL-25. Residential treatment had smaller, but more even reductions in both drug use and psychiatric problems.

The costs of treatment were calculated using the available annual accounts from the treatment institutions in the period from 1997 to 2001. The

accounts were, however, not directly comparable since they were not made according to the same accounting standard. For instance, not all the accounts included costs such as rent and some administrative services received from other institutions. In order to make the information more comparable these costs were estimated using information about the size of the buildings (square meters) and the amount of administrative services they received. The adjusted numbers show that estimated daily costs for a client in residential treatment were about 2000 NOK (USD 285), a consultation in psychiatric youth team costs somewhere around 1900 NOK (USD 270), while clients in methadone assisted rehabilitation costs about 300 NOK daily (about 45 USD). Residential treatment for youth had the highest daily costs with approximately 2700 NOK (385 USD).

The average length of stay for clients in residential treatment was 339 days which implies that the total average cost for each client was about 645 000 NOK (92 100 USD). By comparison the clients in psychiatric youth team received an average of 14 consultations within our two year observation period which amounts to an average cost of 26 000 for each client (3 700 USD). This is substantially lower than, for instance, clients in methadone assisted rehabilitation (with an average cost per client of 210 000 NOK; 30 000 USD) and residential youth treatment with average costs above 1 500 000 NOK (214 000 USD). These numbers are, however, only estimates. In addition to the empirical uncertainties surrounding the numbers, there are also conceptual problems. For instance, unlike residential treatment, methadone assisted rehabilitation is a life long treatment and the cost will continue to add up. Moreover, some of the clients also received a mix of treatments. When these extra costs are included, the average cost of clients who started out in psychiatric youth teams increased to 67 000 NOK (9 500 USD). Finally, since the treatments provided very different levels of service, the information about cost alone is only useful when compared to the changes in drug use and other indicators within the same time period.

To examine how much "value for money" the different treatments provided, the reported change in drug use (and other problems) was divided by the amount of money spent on the clients. In this way we find the "average return from 100 000 NOK" (14 285 USD). For instance, after considering the differences in cost between the treatments, methadone assisted rehabilitation came out as the most cost-efficient alternative in terms of reducing the number of days using heroin. On average an expense of 100 000 NOK was associated with 4,6 fewer days with heroin. Psychiatric youth teams seemed to be most cost efficient when it came to reducing psychiatric symptoms. An investment of 100 000 NOK in this kind of treatment was associated with 8,4 fewer days with psychiatric symptoms. Residential treatment came out as more expensive than psychiatric youth teams and methadone assisted rehabilitation per unit change, but it was also more stable in the sense that most clients reported improvements on all indicators (drug use, crime, psychiatric symptoms), while the clients in methadone assisted rehabilitation and psychiatric youth teams reported large changes on some indicators and none on others. The estimated confidence intervals revealed that the most uncertain estimates were those for clients in psychiatric youth teams. The uncertainty involved in these estimates should be considered when drawing implications from the data, as well as the fact that this is only a "before-and-after" study which cannot isolate precisely the effect of treatment as opposed to other causes of change. Finally the background characteristics of the clients in the different treatments differ widely (age, years of drug abuse, problem profile), so one must caution against concluding that it would be more "cost-effective" to reassign clients in one treatment to another.

8 Vedlegg (detaljerte tabeller)

Tabell 40. Antall dager per måned med bruk av ulike rusmidler før behandling.

	Døgn	PUT	MAR	Ungdom	Total
Alkohol	2,1	2,8	2,6	1,6	2,3
Alkohol til beruselse	2,3	1,6	0,8	1,6	1,8
Heroin	16,6	7,4	19,2	2,2	13,8
Opiater	3,6	0,9	6,9	2,0	3,4
Dempende medikamenter	10,4	6,5	11,8	6,5	9,4
Kokain	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2
Amfetamin	4,1	3,3	0,7	9,4	3,7
Cannabis	9,3	10,8	5,6	22,5	9,9
Hallusinogener	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1
Sniffing	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Andre rusmidler	0,5	0,4	0,5	0,3	0,4
Flere rusmidler	12,6	7,2	15,1	12,4	11,7
Sum brukt på alkohol	380,5	951,2	193,7	25,0	463,4
Sum brukt på stoff	20548,7	5791,9	32155,9	4341,7	17814,9

Tabell 41. Sammenligning av ulike utvalg av klienter: Alle (rekruttering, 482), de man har på en oppfølging (356) og de som er i et "ikke kontrollert miljø" ved begge oppfølgingene (182). Målt i antall dager per måned.

	482	356	182
Alkohol (vanlig)	2,2	2,3	2,5
Alkohol (beruselse)	1,8	1,8	1,5
Heroin	14,2	13,8	12,4
Opiater	3,6	3,4	3,0
Dempende	9,7	9,4	7,9
Amfetamin	3,9	3,7	3,5
Cannabis	9,6	9,9	9,5
Flere stoffer	11,9	11,7	10,2
Tatt stoff m. sprøyte	85 %	84 %	76 %
Sum brukt på alkohol	423	463	521
Sum brukt på stoff	18 318	17 815	16 881
Alder	30,74	30,80	31,87
Kvinneandel	33 %	33 %	31 %
Dager med somatiske problemer	7,96	7,38	8,07
Dager i arbeid	4,36	4,87	5,58
Dager m. kriminalitet	9,83	8,96	7,49
Dager med psykiske problemer	11,22	11,41	11,34

Tabell 42. Endring på noen indikatorer etter tiltakstype og kjønn.

	Kjønn	Endring i antall dager					Endring i prosent				
		Døgn	PUT	MAR	Ung.	Tot.	Døgn	PUT	MAR	Ung.	Tot.
Dager med narkotika	Menn	-28,4	-0,9	-27,5	-53,4	-23,0	-51 %	-2 %	-44 %	-85 %	-44 %
	Kvinner	-43,9	-0,1	-32,8	-37,1	-29,1	-69 %	0 %	-59 %	-73 %	-54 %
Alkohol (benselse)	Menn	-1,6	0,2	1,0	0,8	-0,7	-71 %	16 %	82 %	700 %	-38 %
	Kvinner	-1,1	-1,1	0,9	-0,6	-0,7	-51 %	-58 %	0 %	-24 %	-40 %
Heroin	Menn	-9,1	-0,7	-13,6	-1,7	-7,7	-58 %	-9 %	-66 %	-100 %	-54 %
	Kvinner	-14,5	-0,1	-12,4	-0,5	-8,4	-76 %	-2 %	-77 %	-19 %	-65 %
Opiater	Menn	-1,7	1,2	-6,6	0,0	-1,8	-47 %	382 %	-77 %	0 %	-50 %
	Kvinner	-2,1	1,3	-3,3	-1,1	-1,3	-64 %	67 %	-92 %	-36 %	-43 %
Dempende	Menn	-3,8	1,3	-0,6	-7,1	-2,3	-43 %	19 %	-6 %	-88 %	-26 %
	Kvinner	-9,3	0,2	-8,0	-3,9	-5,8	-66 %	4 %	-55 %	-69 %	-53 %
Amfetamin	Menn	-3,4	-1,4	0,2	-12,8	-2,7	-72 %	-64 %	25 %	-94 %	-70 %
	Kvinner	-1,6	-2,8	0,9	-5,7	-2,1	-61 %	-55 %	425 %	-83 %	-59 %
Cannabis	Menn	-4,1	-1,6	1,2	-18,7	-3,2	-41 %	-14 %	21 %	-76 %	-32 %
	Kvinner	-4,0	-0,8	-0,1	-18,3	-4,3	-54 %	-8 %	-3 %	-86 %	-44 %
Psykiske plager	Menn	-2,9	-3,2	8,2	-4,2	-1,2	-26 %	-26 %	126 %	-28 %	-11 %
	Kvinner	-3,6	-9,2	3,1	-7,1	-4,4	-30 %	-61 %	31 %	-63 %	-36 %
Somatiske plager	Menn	-0,7	-1,6	2,9	-2,8	-0,4	-10 %	-27 %	29 %	-83 %	-5 %
	Kvinner	-2,6	1,2	-3,4	5,3	-0,7	-29 %	21 %	-26 %	229 %	-9 %
Kriminalitet	Menn	-6,3	-4,4	-5,6	-13,9	-6,0	-59 %	-71 %	-62 %	-85 %	-63 %
	Kvinner	-7,3	-1,2	-7,5	-7,9	-5,7	-79 %	-31 %	-82 %	-91 %	-75 %
Dager i arbeid	Menn	3,4	-0,2	1,8	6,9	2,6	83 %	-2 %	229 %	0 %	58 %
	Kvinner	-0,5	-0,8	1,7	1,7	0,4	-11 %	-7 %	0 %	83 %	6 %

Tabell 43. Endring på noen indikatorer etter tiltakstype og alder (grense: 30 år).

	Endring i antall dager						Endring i prosent					
	Alder	Døgn	PUT	MAR	Ung.	Tot.	Døgn	PUT	MAR	Ung.	Tot.	
Dager med narkotika	Yngste Eldste	-32,0 -33,1	-2,6 4,5	-59,5 -28,2	-43,3 0,0	-23,7 -26,3	-55 % -59 %	-7 % 12 %	-69 % -48 %	-78 % 0 %	-47 % -48 %	
Alkohol (beruselse)	Yngste Eldste	-1,2 -1,8	-0,1 -0,8	0,0 1,0	-0,1 0,0	-0,7 -0,7	-50 % -84 %	-4 % -51 %	0 % 116 %	-5 % 0 %	-33 % -46 %	
Heroin	Yngste Eldste	-8,6 -12,4	0,0 -1,6	-23,0 -12,9	-0,9 0,0	-4,8 -11,0	-59 % -68 %	-1 % -16 %	-94 % -68 %	-42 % 0 %	-47 % -64 %	
Opiater	Yngste Eldste	-0,9 -2,7	0,1 3,9	-15,0 -5,2	-0,7 0,0	-0,7 -2,5	-33 % -63 %	11 % 3233 %	-100 % -78 %	-36 % 0 %	-30 % -57 %	
Dempende	Yngste Eldste	-5,5 -5,1	1,5 -0,6	-0,5 -3,2	-5,1 0,0	-3,0 -3,9	-54 % -48 %	34 % -5 %	-5 % -27 %	-78 % 0 %	-39 % -35 %	
Amfetamin	Yngste Eldste	-3,0 -2,9	-2,2 -1,2	2,5 0,4	-8,4 0,0	-3,4 -1,6	-58 % -88 %	-59 % -58 %	0 % 53 %	-89 % 0 %	-65 % -70 %	
Cannabis	Yngste Eldste	-5,7 -2,6	-2,3 1,2	-5,0 0,9	-18,4 0,0	-6,3 -0,9	-50 % -36 %	-18 % 20 %	-45 % 17 %	-82 % 0 %	-47 % -15 %	
Psysiske plager	Yngste Eldste	-2,8 -3,4	-5,3 -5,8	8,0 6,4	-6,0 0,0	-4,0 -0,6	-22 % -34 %	-39 % -44 %	114 % 84 %	-48 % 0 %	-30 % -6 %	
Somatiske plager	Yngste Eldste	-0,4 -1,9	0,0 -2,0	-0,5 0,8	2,3 0,0	0,1 -1,0	-6 % -24 %	-1 % -28 %	-6 % 7 %	85 % 0 %	1 % -12 %	
Kriminalitet	Yngste Eldste	-7,2 -6,0	-3,3 -2,7	-6,0 -6,2	-10,1 0,0	-6,3 -5,6	-62 % -65 %	-57 % -75 %	-71 % -69 %	-88 % 0 %	-65 % -67 %	
Dager i arbeid	Yngste Eldste	3,6 1,2	-1,0 1,0	0,0 1,9	3,6 0,0	2,0 1,6	125 % 24 %	-8 % 29 %	0 % 342 %	290 % 0 %	32 % 47 %	

Tabell 44. Endring på noen indikatorer etter tiltakstype og type stoffmisbruk.

	Endring i antall dager						Endring i prosent					
	Heroin Bruker?	Døgn	PUT	MAR	Ung	Tot.	Døgn	PUT	MAR	Ung	Tot.	
Dager med narkotika	Nei	-18,2	-2,7	16,3	-40,0	-11,9	-57%	-11%	99%	-86%	-40%	
	Ja	-38,0	4,0	-40,9	-59,5	-33,7	-57%	6%	-58%	-58%	-50%	
Alkohol (beruselse)	Nei	-3,4	-0,4	1,0	-0,7	-1,4	-70%	-20%	300%	-37%	-49%	
	Ja	-0,8	-0,1	1,0	3,0	-0,2	-62%	-7%	100%	1200%	-21%	
Heroin	Nei	1,1	1,9	5,0	0,0	1,6	0%	0%	0%	0%	0%	
	Ja	-14,9	-5,8	-17,9	-5,5	-14,3	-66%	-25%	-74%	-42%	-62%	
Opiater	Nei	-2,0	0,7	-0,1	-1,3	-0,6	-70%	126%	-3%	-100%	-38%	
	Ja	-1,8	2,4	-6,9	2,0	-2,3	-46%	143%	-85%	36%	-50%	
Dempende	Nei	-1,9	-0,8	6,4	-3,3	-0,9	-41%	-17%	183%	-74%	-21%	
	Ja	-6,6	4,5	-5,6	-14,3	-5,1	-52%	42%	-40%	-83%	-40%	
Amfetamin	Nei	-5,6	-3,3	3,1	-8,3	-4,3	-83%	-79%	0%	-96%	-80%	
	Ja	-1,9	1,1	-0,2	-8,8	-1,3	-60%	78%	-28%	-67%	-49%	
Cannabis	Nei	-4,8	-1,6	-1,1	-18,1	-5,1	-51%	-15%	-27%	-86%	-45%	
	Ja	-3,8	-0,6	1,2	-20,0	-2,6	-42%	-5%	20%	-67%	-29%	
Psykiske plager	Nei	-4,4	-8,7	6,5	-4,8	-5,3	-35%	-57%	58%	-42%	-39%	
	Ja	-2,6	1,8	6,4	-12,3	-0,3	-24%	20%	97%	-65%	-3%	
Somatiske plager	Nei	-0,1	0,1	4,2	1,7	0,6	-2%	1%	45%	52%	9%	
	Ja	-1,6	-2,0	-0,1	5,3	-1,2	-21%	-32%	-1%	0%	-15%	
Kriminalitet	Nei	-4,2	-1,1	2,5	-9,7	-3,1	-71%	-36%	0%	-92%	-64%	
	Ja	-7,5	-7,8	-8,4	-12,3	-7,8	-62%	-75%	-75%	-74%	-67%	
Dager i arbeid	Nei	4,6	-1,1	1,2	5,0	2,2	92%	-8%	0%	0%	30%	
	Ja	1,5	1,0	2,0	-3,0	1,6	40%	20%	301%	-40%	49%	

Referanser

Ainslie, G. Picoeconomics. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

Alnæs R, Torgersen S. Clinical differentiation between major depression only, major depression with panic disorder and panic disorder only. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989a, 79, 370-377.

Alnæs R, Torgersen S. Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989b, 79, 11-18.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (3rd ed), Washington, 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (3rd ed, rev), Washington, 1987.

Andresen K, Jentoft N. Nytte-kostnadsanalyse av legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige i Vest-Agder, Agderforskning, FOU rapport 8, 2002.

Anglin MD, Hser YI. Treatment of drug abuse. I: Torony M. and Wilson (eds): Crime and justice, Chicago University Press, 1990.

Arner O, Lauritzen G, Waal H, Amundsen A. Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. SIFA-rapport nr.3/95, Oslo, 1995.

Aspler R, Harding W. Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: Current status and recommendations for future research. NIDA, Drug Abuse Service Research Series no.1, 1991.

Bale RN, Van Stone WW, Kuldau JM, Engelsing TMJ, Elashoff RM, Zarcone VP. Therapeutic communities versus methadone maintenance. A

prospective controlled study of narcotic addiction treatment: Design and on year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 179-193.

Berg JE. Drug abuse at home. Can we estimate the parental suffering as a financial loss? Oslo, Institute of General Practice and Community Medicine (upublisert manus).

Bergmark A, Björling B, Grönbladh L, Olsson B, Oscarsson L, Segraeus V. Klienter i institutionell narkomanvård. BAK-prosjektet, Pedagogiska institutionen, Uppsala Universitet, 1989.

Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company, US, 1998.

Bretteville-Jensen AL, Ødegård E. Injeksjonsmisbrukere i Norge. SIFA-rapport nr. 4/99, Oslo, 1999.

Brewin CR, Andrews B, Gotlieb IH. Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 1993, 113, 82-98.

Butler SF, Gaulier B, Haller D. Assessment of axis II personality disorders among female substance abusers. *Psychological Reports*, 1991, 68, 1344-1346.

Byqvist S. Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män. Missbruksförlopp och kriminalitet. Thesis, Stockholms Universitet, Stockholm, 1997.

Craig RJ, Weinberg D. Assessing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992, 9, 249-255.

Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 1974, 19, 1-15.

Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. SIFA-rapport nr. 5/97, SIFA, Oslo, 1997.

Finch E, Gossop M, Henkinson K, Taylor C, Farrell M, Strang J. Patients' preferences and randomised trials. *Lancet*, 1994, 344, 688-689.

French MT. Economic evaluation of drug abuse treatment programs: Methodology and findings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1995, 21, 111-135

Gastfriend DR, McLellan AT. Treatment matching. Theoretic basis and practical implications. *Medical Clinics of North America*, 1997, 81, 945-966.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Edwards C, Lehmann P, Wilson A, Segar G. The national treatment outcome research study in the United Kingdom: Six-month follow-up outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1997, 11, 324-337.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Lehmann P, Edwards C, Wilson A, Segar G. Substance abuse, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: Intake data from the National Treatment Outcome Study (NTORS). *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173, 166-171.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Treatment retention and one-year outcomes for residential programs in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 1999, 57, 89-98.

Gossop M, Marsden J, Stewart D. NTORS After Five Years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake. National Addiction Centre, London, 2001.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Change and stability of change after treatment of drug misuse: two year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study. *Addictive Behaviors*, 2002, 27, 155-166.

Gramlich EM. A guide to benefit-cost analysis. 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1990.

Grønn Erik. Nytte-Kostnadsanalyse. Bedriftøkonomenes Forlag, Oslo, 1991.

Gutzwiler F, Steffen T (red). Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Karger, Basel, 2000.

Hall SM. Clinical trials in drug treatment: Methodology. I: FM Tims & JP Ludford (red) Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects. NIDA Research Monograph 51, Government Printing Office, Washington DC, 1984, 29-41.

Handlingsplanen mot stoffmisbruk (1988-1992). Helse- og Sosialdepartementet, Oslo, 1988.

Harwood HJ, Kallinis S, Liu C. The cost and components of substance abuse treatment. National Evaluation Data Services (NEDS), CSAT/The Lewin Group, 2001.

Hausman DM, McPherson MS. Economic analysis and moral philosophy. Cambridge University Press, Cambridge, 1996.

Healey A, Knapp J, Astin J, Gossop M, Marsden J, Steward D, Lehmann P, Godfrey C. 1998. Economic burden of drug dependency. British Journal of Psychiatry, 1998, 173, 160-165.

Heitun OG. De psykiatriske ungdomsteamene. Sentralrådet for narkotikaproblemer, Oslo, 1988.

Hendriks VM. Addiction and psychopathology: A multidimensional approach to clinical practise. Thesis, European Addiction Research Institute, Rotterdam, 1990.

Hodgins DC, El-Guebaly N. More data on Addiction Severity Index. Reliability and validity with the Mentally III substance abuser. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992, 180, 197-201.

Holsten F. Forløpet ved stoffmisbruk hos ungdom. En etterundersøkelse. Doktoravhandling, SIFA, Oslo, 1984.

Hser YI, Anglin MD, Powers K. A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 1993, 50, 577-584.

Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 1997, 11, 261-278.

Kleber HD. The best should not be the enemy of the good. *Addiction*, 2002, 97, 660-661.

Kokkevi A, Hartgers C. European Addiction Severity Index EuropASI, Cost A6, 1994.

Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Sammensatte problemer og separate systemer. *Norsk Epidemiologi*, 2002, 12, 309-318.

Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 2003, 9, 8-17.

Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 1997, 14, 43-63.

Layard PRG, Glaister S. Cost-benefit analysis. 2nd ed. NY: Cambridge University Press, Cambridge, England, New York, 1994.

Leonhard C, Mulvey K, Gastfriend DR, Shwartz M. The Addiction Severity Index. A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, 18, 129-135.

Lie G. Selbu-ungdommene før, under og etter hjelpetilørighet til kollektivet. En retrospektiv forløpsundersøkelse. HEMIL-rapport nr. 1, HEMIL-senteret, Universitet i Bergen, 1999.

Maisto SA, Sobell LC, Sobell MB. Corroboration of drug abusers' self-reports through the use of multiple data sources. *American Journal of Drug and Alcohol Research*, 1982-83, 9, 301-308.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, 168, 26-33.

Millon T. Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. National Computer Systems, Minneapolis, 1987.

Mot Rusgift. Hva koster medikamentassistert rehabilitering. Usignert faktaoversikt. 2001, 67, 27.

Moum T. Quality of life and health in the general population. Thesis, University of Oslo, 1992.

Myklebust V. Veksthuset Møre og Romsdal. Rekruttering og behandlingsavbrot i institusjon for stoffmisbrukarar. Møreforskning, Volda, 1994.

Neisser U. Memory observed: Remembering in natural contexts. Freeman, San Fransisco, 1982.

Nyborg K. Some Norwegian Politicians' Use of Cost-Benefit Analysis. *Public Choice*, 1998, 95, 381-401.

Nyborg K. Miljø og nytte-kostnadsanalyse. Noen prinsipielle vurderinger.

Frisch-senteret, Rapport nr. 5, 2002.

Nytte-kostnadsanalyser: prinsipper for lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor. NOU 1997:27, Oslo.

Olio KA. Truth in memory. *American Psychologist*, 1994, 49, 442-443.

Pedersen Uffe M. Stofmisbrukere etter behandling. Delrapport 5, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 1999.

Ravndal E, Hammer T, Vaglum P. Arbeid istedenfor rus? Om arbeidstrening, arbeid og rusmiddelbruk. Universitetsforlaget, Oslo, 1984.

Ravndal E. Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study. Thesis, Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo, 1994.

Ravndal E, Vaglum P. Why Do Drug Abusers Leave the Therapeutic Community? Problems with Attachment and Identification in a Hierarchical Therapeutic Community. *Nordic Journal of Psychiatry*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1994, supplement 33, 48, 4-55.

Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome: a prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1998, 15, 1-8.

Ravndal E, Vaglum P. Bruk av behandlingstiltak blant stoffmisbrukere over en 5-årsperiode. En prospektiv undersøkelse av en hjelpsøkende kohort. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 2001, 18, 153-162.

Rokkan TT, Brandtsberg-Dahl A. Tyrili 10 år etter – en evaluering av Frankmotunet. Tyrili skriftserie nr. 6, Tyrili FoU, Oslo, 2003.

Rosenbaum, Paul R., and Donald B. Rubin. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983, 70 (1), 41-55.

Rusmidler i Norge, 2003.

Rundskriv nr. 1-44/93, Helse- og sosialdepartementet, 1993.

Rustiltak.no. En landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelmissbrukere, SIRUS, Oslo, 2003.

Schanche Andresen A, Waal H. Behandlingskollektiv, Universitetsforlaget, Oslo, 1978.

Schippers G. Reform of the Dutch substance abuse treatment system (1998-2003). Paper presented at the 8th EASAR Conference, The Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam, 2002.

Simpson DD. National treatment system evaluation based on the DARP follow-up research. I: F Tims & J Ludford (red) Drug abuse evaluation: Strategies, progress and prospects. NIDA Research Monograph 51, Government Printing Office, Washington DC, 1984, 29-41.

Skretting A. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 1. SIFA-rapport nr. 4/97, SIFA, Oslo, 1997.

Sobell LC, Sobell MB. Can we do without alcohol abusers' self-reports? The Behavior Therapist, 1986, 7, 141-146.

Stang J. Ungdom på drift. Universitetsforlaget, Oslo, 1976.

Stigler SM. Statistics on the table: The history of statistical concepts and methods. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1999.

The ADSS Cost Study: Costs of Substance Abuse Treatment in the Specialty Sector. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies (DHHS Publication No. SMA 03-3762, Analytic Series A-20), Rockville, MD, 2003.

Tjersland OA. Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikkollektivet. Sosial- og helsedepartementet, Oslo, 1995.

Torgersen S, Alnæs R. The Relationship between the MCMI personality scales and DSM-III, axis II. *Journal of Personality Assessment*, 1990, 55, 698-707.

Vaglum P. Unge stoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn. Universitetsforlaget, Oslo, 1979.

Waal H, Schanche Andresen A, Kaada AK. Kollektiver, hverdag og virkninger. Universitetsforlaget, Oslo, 1981.

Waal H, Krook AL, Welle-Strand G, Espegren O, Hole R, Lazaridis KB et al. En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 2001, 19, 2301-2305.

Williams LM. Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62, 1167-1176.

Østby L. Et annerledes liv. En brukerevaluering av prosjektet metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt. Oslo fylkeskommunale Rusmiddelsekretariat, 1994.

SIRUS rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

- 1/2001. Horverak, Øyvind, Sturla Nordlund og Ingeborg Rossow: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. 48 s. Oslo 2001.
- 2/2001. Axelsen, Niels Kristian: *Skjenking i grenseland. Strategier, tiltak og lovgivning mot økonomisk kriminalitet i skjenkesteder i de nordiske land*. 119 s. Oslo 2001.
- 3/2001. Watten, Reidulf og Helge Waal: *Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD)*. 62 s. Oslo 2001.
- 4/2001. Lund, Ingeborg: *Fra monopol til konkurranse. Restaurantbransjen og alkoholleverandørene etter EØS-avtalen*. 81 s. Oslo 2001.
- 1/2002. Ugland, Trygve: *Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. (Publisert i samarbeid med ARENA. ARENA-report No 3/2002) 254 s. Oslo 2002.
- 2/2002 Horverak, Øyvind: *Selvbetjente vinmonopolutsalg. En evaluering*. 85 s. Oslo 2002
- 3/2002 Hauge, Ragnar og Reidun Johanne B. L. Lohiniva: *Bevillingssystemet som alkoholpolitisk virkemiddel. En evaluering av endringene i alkoholloven i 1997*. 165 s. Oslo 2002.
- 4/2002 Johansen, Nicolay B.: *Tillit og svik i narkomiljøet*. 208 s. Oslo 2002.

- 1/2003 Berg, Elin: *Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. 116 s. Oslo 2003.
- 2/2003 Lund, Ingeborg & Sturla Nordlund: *Pengespill og pengespillproblemer i Norge*. 128 s. Oslo 2003.
- 3/2003 Melberg, Hans Olav & Øyvind Omholt Alver: *Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene*. 94 s. Oslo 2003.
- 4/2003 Melberg, Hans Olav, Grethe Lauritzen & Edle Ravndal: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmissbrukere i behandling*. Oslo 2003.

Rapportene kan bestilles fra instituttet.