

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

Klientkartleggingsdata.

Rapport for 2008.

Erik Iversen¹, Grethe Lauritzen², Astrid Skretting² og Arvid Skutle¹

¹ *Stiftelsen Bergensklinikkene*

² *Statens institutt for rusmiddelforskning*

1. Innledning

Som ledd i det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltak for rusmiddelmissbrukere har Stiftelsen Bergensklinikkene fra 1997 bistått det tidligere Rusmiddeldirektoratet og fra 2001 Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) med å implementere og drive klientkartleggingssystemet. Denne rapporten gjelder data for 1.1. – 31.12. 2008, og er den siste rapporten fra dette systemet. Fra 1.1 2009 rapporterer tiltakene ventelistedata og aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR). En stor del av klientkartleggingsvariablene er tatt inn i datasettet som skal rapporteres til NPR.

2. Om klientkartleggingssystemet

2.1 Systemets målsetning

Formålet med pasient/klientkartleggingssystemet kan sammenfattes i 5 punkter:

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

Klientkartleggingssystemet besto i 2008 av: Klientkartleggingsskjema, veileder, og elektronisk programvare for dataregistrering og opptelling.

2.2 Klientkartleggingsskjemaet og veileder

Formålet med Klientkartleggingsskjemaet har vært å sikre sammenlignbare data for henvendelser og inntak ved alle behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere.

2.2.1 Skjemaet

Klientkartleggingsskjemaet var utarbeidet med tanke på:

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

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

2.2.2 Elektronisk dataregistrering

I 1999 ble det inngått avtale mellom Rusmiddeldirektoratet og firmaet HK-data om innkjøp og distribusjon av dataprogrammet ELEKKTRA. Avtalen ble fra 2001 overtatt av SIRUS.

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

2.2.3 Veilederen

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

2.2.4 Brukersamlinger og -støtte

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

SIRUS har, sammen med Stiftelsen Bergensklinikkene og kompetansesentrene i rusfeltet, gitt støtte til brukerne av klientkartleggingsskjemaet. Kontaktpersoner har vært oppført i veilederen.

3. Metode

3.1 Deltakelse

Utgangspunktet for deltakelse i klientkartleggingssystemet har vært at tiltaket inngikk i tiltaksdatabasen i regi av SIRUS.

Det er blitt omfattende endringer i nasjonal rapportering fra rusfeltet fra 2009. Tiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil fra 2009 rapportere aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR). For tiltak som ligger inn under kommunal forvaltning er det per i dag ikke et system for å videreføre rapporteringen. Året 2008 er således det siste det registreres og rapporteres data i pasient- og klientkartleggingsformatet.

Innsamlingen av data for 2008 startet ved at det i siste uke av februar måned 2009 per brev ble sendt ut oppfordring om å gjennomføre telling av klientkartleggingsdata, og sende denne til Stiftelsen Bergensklinikkene. Vedlagt brevet fulgte veiledning om hvordan man tar ut tellingen fra ELEKKTRA, og hvordan man forholder seg dersom man ikke bruker ELEKKTRA/Rusdata.

Når tabeller med data ble mottatt fra tiltakene, ble disse ført inn i tilrettelagt SPSS-fil. Stiftelsen Bergensklinikkene mottok de siste tellingene som inngår i den foreliggende rapporten for 2008 den 8. oktober 2009. Da hadde 106 tiltak levert tellinger for 2008 (tabell 1). Dette er en nedgang fra 2007-tellingen, og skyldes i hovedsak at flere tiltak i Helse Sør-Øst hadde byttet til pasientadministrative datasystemer som ikke støtter Pasient- og klientkartleggingsskjema.

Siden deltakelse i dokumentasjonssystemet og bruk av klientkartleggingsskjema ikke var pålagt fra aktuell myndighet, kunne det enkelte tiltak reservere seg. Deltakelsen i pasient- og klientkartleggingen varierte også på andre måter fra ett år til et annet. Det har også vært grunn til å tro at det var variasjoner i tiltakene i mellom når det gjelder hvor stor andel av henvendelsene og inntakene som ble dekket av klientkartleggingen, og i hvor stor grad hele kartleggingsskjemaet ble brukt for alle klienter.

Tabell 1. Deltakelse 1998 til 2008

År	Tiltak som har levert	Registrerte tiltak	Prosent som har levert	Antall henvendelser	Antall inntak	Antall avslutninger
1998	110	-	-	18 115	13 541	10 956
1999	110	196	56	20 426	15 700	12 634
2000	113	205	55	26 462	18 981	15 738
2001	106	188	56	23 280	17 850	9 213
2002	115	186	62	29 034	20 504	12 995
2003	106	178	60	28 126	19 656	13 948
2004	107	168	63	34 740	24 485	15 441
2005	97	172	56	30 764	20 030	13 231
2006	98	168	58	31 495	21 987	13 250
2007	113	168	67	37 197	24 123	14 837
2008	106	*	*	34 952	24 422	15 889

* Det er ikke oppdatert oversikt over tiltak for 2008

3.2 Dataenes begrensninger

3.2.1 Tiltakenes deltakelse

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

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

endringer etter rusreformen har derfor ført til at noen tiltak, som tidligere har levert tellinger, ikke har kunnet gjøre dette for 2005, 2006, 2007 og 2008, i økende antall for hvert år.

Dokumentasjonssystemet har frem til nå hatt identifikator på tiltaksnivå. Identifikasjonsnummeret har også vært kode for behandlingstype. Dette innebærer at tiltak som gir flere typer behandlingstilbud ikke har levert tall fordelt på forskjellige behandlingstyper.

3.2.2 Problemet med aggregerte data

Klientkartleggingssystemet baserte seg på tellinger av antall henvendelser, inntak og avslutninger fra hvert enkelt tiltak. Grunnenhet i datamatriksen har således vært det enkelte tiltak (aggregert datamatrise). Dette innebærer at alle tall i det følgende representerer **antall henvendelser/inntak/avslutninger**, eller prosentvise antall henvendelser/inntak/avslutninger. Da samme klient kan ha stått for flere henvendelser, inntak og/eller avslutninger, vil det si at det **ikke** er mulig, slik systemet har fungert, å ta ut tall for antall personer som har henvendt seg, vært inntatt i behandlings- eller i omsorgstiltak, eller har avsluttet behandling/opphold.

Klientkartleggingsskjema består av tre deler; opplysninger som foreligger ved henvendelsen, opplysninger som hentes inn ved inntak i tiltaket, og opplysninger som gjelder avslutning. Tallgrunlaget fra disse tre delene er alltid ulike. Dette skyldes flere forhold. En grunn er at mange henvendelser som registreres ikke fører til inntak i behandling (viderehenvist, avslått, pasienten/klienten ombestemmer seg). En annen grunn er at henvendelse, inntak og avslutning for mange pasienter/klienter ikke nødvendigvis blir registrert i samme kalenderår. En del kontakter kan også strekke seg over flere år. I en aggregert datamatrise kan det ikke trekkes forbindelser mellom enkeltvariabler, som dato for henvendelse, behandlingsstart, og behandlingsslutt. Det at systemet baserer seg på aggregerte data innebærer også at variabler **ikke kan sammenlignes på individnivå**. De enkelte variabler kan bare sees fordelt på kjønn, geografisk enhet (region eller fylke) og tiltakstype. En kan også se variablene fordelt over kombinasjoner av kjønn, geografisk enhet og tiltakstype.

De ovennevnte forhold må legges til grunn når tall og figurer i de følgende deler av rapporten leses. Ved en overgang til individdata, som er implementert fra 2009, og med innføring av avdelingskoder for klassifisering av behandlingstyper, vil vi gjennom NPR stå overfor andre og mer detaljerte muligheter for analyser av materialet. Når det gjelder tiltakenes bruk av egne data fra klientkartleggingen, gjelder ikke de begrensningene som er beskrevet over.

I det følgende presenterer vi resultater fra klientkartleggingssystemet. Vi legger hovedvekten på tellingen fra 2008, men vil også i noen grad sammenlikne med data fra 1998 til 2007. Først vil vi se på de registrerte henvendelser, med vekt på beskrivelse av kjønn, alder, formålet med og resultat av henvendelsene. Så vil vi beskrive sosiale forhold, rusmiddelproblemer og andre relaterte problemer for pasient-/klienten som ble tatt inn i behandlings-/omsorgstiltak. Til slutt vil vi se på noen forhold ved avslutning. Vi vil igjen minne om at det ikke er antall individer data relaterer seg til. Antall henvendelser, inntak og avslutninger vil være større enn antall pasienter/klienter, da det kan forekomme mer enn én henvendelse, ett inntak eller én avslutning per individ.

De fleste figurer og tabeller blir fremstilt uten at "ukjent/uregistrert" er tatt med. Totalen varierer derfor fra figur til figur. Tabell 2 gir oversikt over omfanget av ukjente/uregistrerte for enkelte spørsmål. Det er gjennomgående mindre andel uregistrerte sammenliknet med tidligere, og det er en noe mindre andel uregistrerte i 2008 enn i 2007. Det er fremdeles en klar tendens til at ukjente og uregistrerte øker for spørsmål utover i skjemaet.

Tabell 2. Ukjent og uregistrerte for utvalgte variabler 2008, prosent

Variabel	Ukjent	Uregistrert	Til sammen
Alder	0	0,6	0,6
Formål henvendelse	0	1,5	1,5
Høyeste utdanning	8	14	22
Yrkesstatus	3	14	17
Viktigste inntekt	5	14	19
Angst siste 4 uker	11	16	27
Mest brukte rusmiddel	2	19	21

4.0 Data fra rapporteringen

4.1 Henvendelser

Tabell 3 viser utviklingen i antall henvendelser fordelt på kompetansesenterregion fra 1998 til 2008. Den registrerte økningen fra år til år skyldes i hovedsak større stabilitet i registreringene og deltakelsen. Der det enkelte år har vært nedgang, skyldes dette i de fleste tilfellene at enkelttiltak ikke har kunnet levere et år. Den store nedgangen i region Øst fra 2000 til 2001 skyldtes at Rusmiddeletaten i Oslo året 2001 endret opptellingssystem fra å telle alle aktive henvendelser til å telle kun nye henvendelser gjennom året, og at et akutt-tiltak ikke kunne levere tall for 2001. Nedgangen fra 2004 til 2005/6 henger sammen med tiltak som ikke kunne levere på grunn av omorganiseringer. Alle regionene unntatt Øst har høyere antall henvendelser i 2008 enn tidligere. Nedgangen i region Øst skyldes lavere antall for Rusmiddeletaten, samt at flere tiltak i Akershus samt Sykehuset Innlandet byttet til pasientadministrativt system som ikke støttet klientkartleggingssystemet.

Tabell 3. Antall henvendelser etter region 1998 til 2008

Region**	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nord	283	836	678	833	861	863	1.021	846	477	1.293	1.976
Midt	425	443	1.373	1.878	2.174	2.288	2.805	3.225	2.770	3.284	3.501
Vest	2.262	2.652	3.868	4.101	4.538	4.360	4.910	4.289	5.083	5.074	5.270
Sør	2.228	3.647	3.109	1.843	3.286	3.933	4.264	1.388	1.963	4.716	5.471
Øst	12.917	12.848	17.433	13.477	16.848	16.682	21.214	20.857	20.386	21.960	17.797
Evangeliesenteret*	-	-	-	1.148	1.327	-	526	159	816	870	937
Hele landet	18.115	20.426	26.462	23.280	29.034	28.126	34.740	30.764	31.495	37.197	34.952

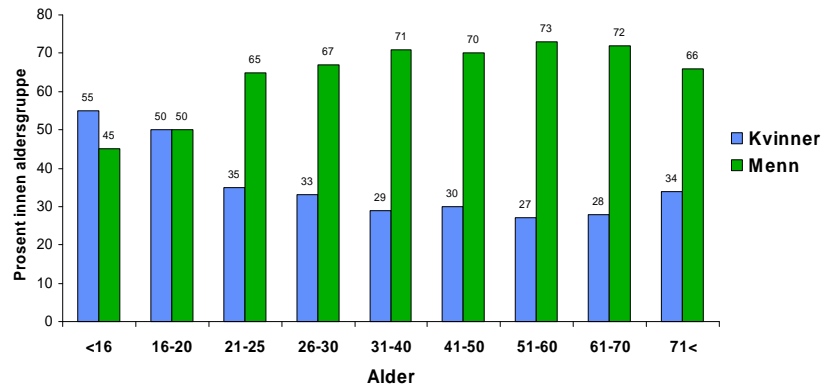
* Evangeliesenteret regnes her som én organisasjon, selv om det driver virksomhet på flere steder i landet

** Region "Øst" består av Oslo, Akershus, Hedmark og Oppland, De øvrige fylkene i Helse Sør Øst er under region "Sør".

For 2008 varierte antallet rapporterte henvendelser fra enkelttiltak fra 6 til 2565, med i alt 34.952 henvendelser. Av disse var 69,5 % menn og 30,5 % kvinner. Kjønnfordelingen har vært omtrent den samme i årene fra 1998 til 2008.

Figur 1a viser kjønnfordelingen i 2008 i ulike aldersgrupper. Det fremgår at andelen kvinner i yngre aldersgrupper er høyere enn det vi finner for de eldre aldersgruppene. I 2008 var det eksempelvis 50 prosent kvinner og 50 prosent menn i aldersgruppen 16 til 20 år, mens det i aldersgruppen 51 til 60 år var 27 prosent kvinner og 73 prosent menn. Den samme tendensen har vist seg de foregående årene.

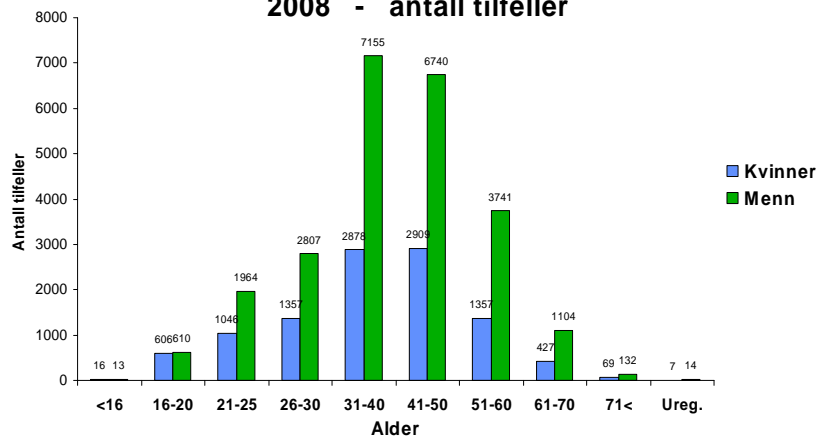
Figur 1a. Henvendelser etter alder og kjønn - 2008 - prosent innen aldersgruppe



N=34931 uten uregistrerte (Kvinner: 10665; Menn: 24266)

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

Figur 1b. Henvendelser etter alder og kjønn 2008 - antall tilfeller

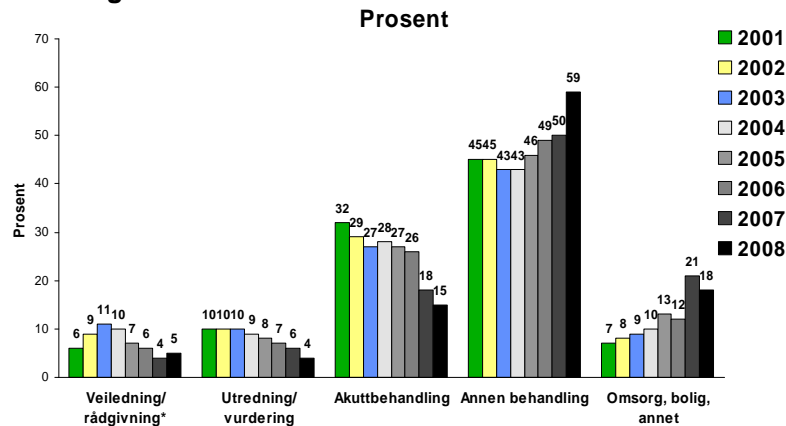


N=34952 (Kvinner: 10672; Menn: 24280)

Figur 2 viser den prosentvise fordeling av formål med henvendelsene i årene fra 2001 til 2008. Figuren må tolkes rent beskrivende, fordi forskjeller i hvilke tiltak som inngår i de forskjellige år, gjør at en ikke kan tolke endring fra år til år som klare uttrykk for trender. Dette gjelder alle sammenlikninger mellom år i de følgende tabeller og figurer. De store endringene i kategorien "omsorg etc." skyldes en økning i tellingene fra Rusmiddeletaten i Oslo fra 6300 i 2006 til 8500 i

2007 og tilbake til 6400 i 2008. Nedgangen i akuttbehandling og økningen i "annen behandling" (som er samlebetegnelse for legemiddelassistert rehabilitering (LAR), poliklinisk behandling, og annen døgnbehandling enn avrusning) ser ut som å være en trend over flere år, og kan tenkes å ha sammenheng med opptrappingen som har vært på LAR.

Figur 2. Formål med henvendelsene 2001-2008



N= 22440 / 27564 / 26913 / 33756 / 30192 / 30526 / 36578 / 33544

I tabell 4 vises prosentvis resultat av henvendelsene for årene 1998 til 2008. Ved revisjonen i 2001 ble kategorien "Intet vedtak, manglende opplysninger" utelatt, mens "Annet" ble utelatt ved revisjonen i 2002. Ved revisjonen i 2005 ble benevnelsene endret slik: "Inntak" til "Inntak med dato", "Venteliste" til "Inntak uten dato", "Videreformidlet" til "Avslått med videreformidling", "Avslått" til "Avslått uten videreformidling". Kategorien "Dødsfall" ble lagt til.

Tabell 4. Resultat av henvendelsen. Prosent

År	Intet vedtak	Inntak	Avslått	Videreform.	Venteliste	Trukket	Annet	Ureg.
1998	5	74	5	1	12	2	2	--
1999	4	70	4	1	16	2	1	2
2000	4	62	7	1	20	2	2	2
2001	--	64	7	1	18	2	5	3
2002	--	64	7	2	17	3	2	5
2003	--	65	7	1	17	3	--	6
2004	--	67	9	2	14	4	--	3
2005	--	62	21	2	7	5	--	2
		Inntak m. dato	Avslått	Med videref.	Inntak u. dato	Trukket	Dødsfall	Ureg.
2006	--	67	12	2	12	4	0	3
2007	--	61	18	1	13	3	0	4
2008	--	66	10	1	16	3	0	4

henvisninger. Dette fremgår i tabell 4 fra året 2005. Nytt skjema, med nye begreper, var innført fra 2006. Dødsfall i tiden mellom henvendelse og tidspunkt for inntak forekom i 12 tilfeller i 2008.

Tre punkter i Klientkartleggingsskjemaet etterspør tidligere inntak i behandlings-/omsorgstiltak. Av det samlede antall *henvendelser* i 2008 var det 48 prosent som hadde vært inntatt ved samme tiltak tidligere, noe lavere andel for kvinner (46 prosent) enn for menn (49 prosent). Av det samlede antall *inntak* i behandlings-/omsorgstiltak, hadde 78 prosent tidligere vært inntatt i tiltak for rusmiddelmissbrukere (76% kvinner og 79% menn). Videre hadde 75 prosent av kvinnene og 61 prosent av mennene tidligere mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer, som er bortimot uendret fra 2007.

4.2 Inntak i behandlings-/omsorgstiltak

I 2008 ble det registrert til sammen 24.422 inntak i behandlings-/omsorgstiltak, hvorav 69 prosent var menn og 31 prosent kvinner, samme prosentandeler som i 2006 og 2007.

I de følgende tabeller og figurer vil totaltallet variere mellom de forskjellige variabler, noe som skyldes ulik grad av ukjente/uregistrerte (se tabell 2).

Tabell 5. Lovgrunnlag for inntak 2006, 2007 og 2008.

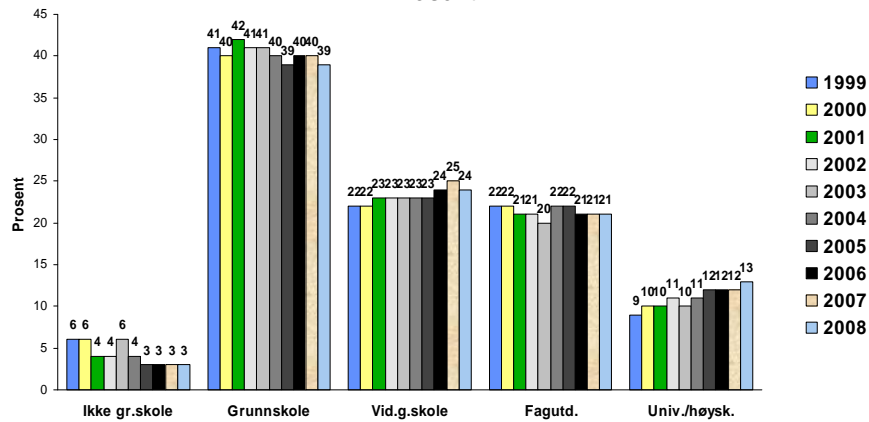
	2006		2007		2008	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig (LOST § 6-1; LSHTj §3-12; henvist fra lege + annet)	18.579	94	21.925	94	22600	96
LOST § 6-2	108	1	103	0	94	0
LOST § 6-2a	36	0	50	0	35	0
LOST § 6-3	188	1	178	1	152	1
Psykisk helsevern §§ 2-1; 2-2; 3-1/8	614	3	798	3	431	2
Barnevern §§ 4-24; 4-26; 4-4	35	0	33	0	20	0
Straffegjennomfør. loven §§ 12, 43	139	1	158	1	142	1
Straffeloven § 53	13	0	7	0	3	0
Sum	19.712	100	23.252	99	23.477	100

I klientkartleggingsskjemaet registreres lovgrunnlag for inntak. Registreringene ble endret ved revisjonen i 2005, som følge av lovendringer i forbindelse med rusreformen i 2004. De vesentligste endringene skjedde i hjemmelsgrunnlaget for frivillige behandlinger, ved at sosialkontor fikk hjemmel til å henvise til frivillige behandlinger i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og leger fikk direkte henvisningsrett til samme. Som det framgår av tabell 5 er det altoverveiende grunnlaget for inntak i behandlings-/omsorgstiltak basert på frivillighet. Størst andel av disse er inntak på bakgrunn av henvisninger fra sosialkontor til spesialisthelsetjenesten. Av de 614 behandlingene som er hjemlet i Lov om psykisk helsevern er 415 frivillige.

Når det gjelder tvangsbehandling under LOST 6.2 og LOST 6.3 ("frivillig tvang") er det en større andel kvinner (for 6.2.a er det kun kvinner), mens det for behandlinger under Straffegjennomføringsloven er en klart større andel menn.

Figurene 3 til 5 viser noen sentrale bakgrunnsvariabler for pasientene/klientene som er tatt inn i behandlings-/omsorgstiltak i årene 1999 til 2008.

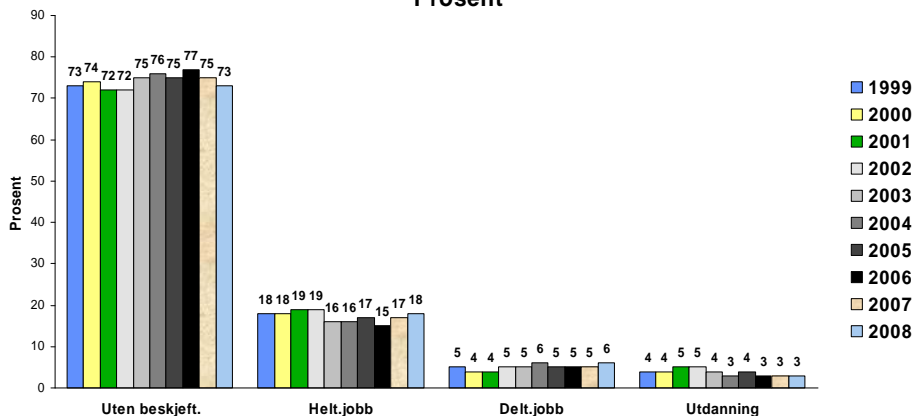
Figur 3. Høyeste fullførte utdanning 1999 - 2008
Prosent



N = 12048 / 14978 / 13132 / 17096 / 15543 / 18975 / 16467 / 17059 / 18674 / 18255

I figur 3 vises høyeste fullførte utdanning. Det er liten forskjell fra år til år. Den største gruppen, omkring 40 prosent, utgjøres av dem som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Bildet er likt for kvinner og menn, med en tendens til at en noe større andel kvinner enn menn har grunnskole, videregående skole og universitet/høyskole som høyeste utdanning, mens en noe større andel menn enn kvinner har fagutdanning som høyeste utdanning. Det har vært en økning i andelen med høyere utdanning siden registreringene startet i 1999.

Figur 4. Yrkesstatus 1999 - 2008
Prosent

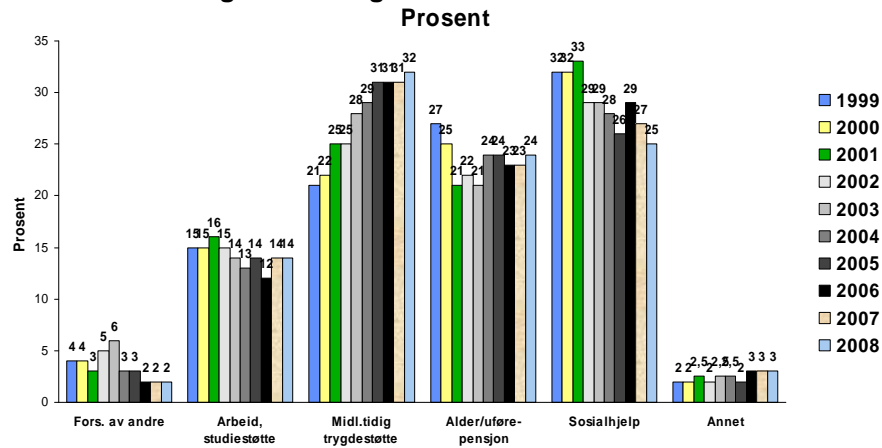


N = 14209 / 16878 / 14258 / 16671 / 16812 / 20562 / 17790 / 18214 / 19920 / 19327

Når det gjelder yrkesstatus viser figur 4 at 73 prosent av pasientene/klientene i 2008 var uten beskjeftigelse, altså verken i arbeid eller under utdanning. Denne andelen har holdt seg stabilt rundt 75 prosent siden 1999. Andelen som var i heltidsjobb var 18 prosent. Bildet er ganske likt

fra år til år. Det er en tendens til at en noe større andel menn enn kvinner er i heltidsjobb, og at en noe større andel kvinner enn menn er i deltidsjobb og under utdanning.

Figur 5. Viktigste inntekt 1999 - 2008



N = 14563 / 16760 / 13741 / 16597 / 16629 / 20154 / 17069 / 17490 / 19215 / 19218

Figur 5 gir et bilde av de viktigste inntektskildene for pasientene/klientene under behandling i rusfeltet. Her er flere av kategoriene i klientkartleggings skjemaet slått sammen. Dette gjelder arbeidsinntekt og studiestøtte, da dette er inntekt knyttet til egen beskjeftigelse. Dagpenger, sykepenger, attføring og rehabiliteringspenger er slått sammen til "midlertidig trygdestøtte", til forskjell fra alders-/uførepensjon. Til sist har vi slått sammen sosialhjelp og støtte til enslig forsørger. Som det fremgår av figuren, var sosialhjelp (her inkludert støtte til enslig forsørger) den viktigste inntektskilden for den største gruppen de første årene, i perioden 1999 til 2003, mens en forskyvning fra sosialhjelp til midlertidig trygdestøtte har gjort midlertidige trygdeytelser til den største inntektstypen de senere årene. Denne tendensen fortsetter i 2008. De små endringene fra år til år kan vanskelig tolkes ut fra dette datagrunnlaget, da det forekommer forskjeller i tiltaksgrunnlaget og pasientutvalget fra år til år. Det er svært små kjønnsforskjeller når det gjelder viktigste inntekt. Opplysningene om inntekt må også sees i lys av at det ikke spørres etter eventuell illegal inntekt. Det kan tenkes at slik inntekt for noen blir ført som "Annet", men i mange tilfeller er det sannsynlig at slik inntekt forblir uregistrert.

De sosiale bakgrunnsvariablene tegner fortsatt et bilde av en gruppe problembrukere som ikke har arbeid og derfor i stor grad er avhengig av offentlig støtte. I så mange som 3203 (17 %) av inntakene var det registrert "uten stabil bostedssituasjon" de siste fire ukene før behandlingsstart. Det er imidlertid grunn til å tro at mange av disse har bodd på hospits eller i institusjon, men 1463 var registrert uten bolig når hospits, institusjon og bolig hos andre ikke inngikk i tallet.

Av kvinner som ble tatt inn i tiltakene, var i underkant av tre prosent registrert gravide. Totalt utgjorde dette 152 inntak i 2008. Spørsmål om graviditet var ukjent ved 594 inntak.

I 76 % av inntakene bodde pasienten/klienten ikke i parforhold. I tretten prosent av tilfellene var det registrert at pasienten/klienten var gift eller i partnerskap. I 2254 tilfeller, knappe 12 prosent, oppga pasientene/klientene at de bodde sammen med barn under 18 år. Dette var ukjent i 865 tilfeller.

Tabell 6 viser i hvor stor andel av inntakene pasienten/klienten hadde utenlandsk statsborgerskap eller var av utenlandsk herkomst. Dette gjaldt en større andel i tiltak i Oslo-regionen enn i resten av landet. Det var også noe større andel menn enn kvinner som hadde utenlandsk bakgrunn i Oslo enn i resten av landet. Kategoriene i tabell 6 er ikke gjensidig utelukkende.+

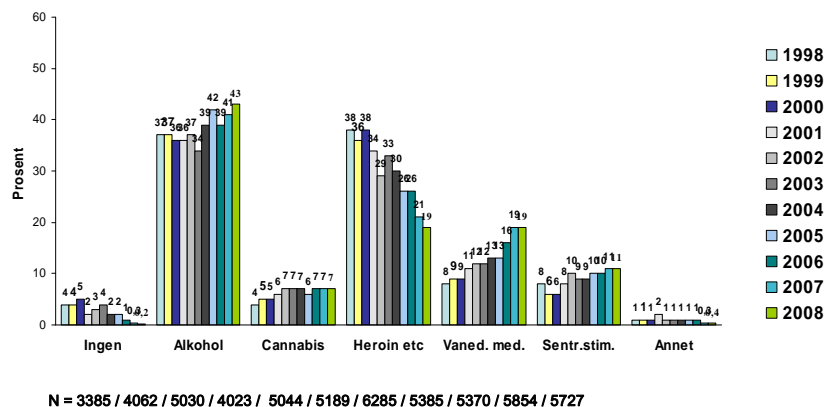
Tabell 6. Andel inntak der pasienten/klienten hadde utenlandsk statsborgerskap/herkomst, 2008, prosent.

<i>Oslo og resten av landet</i>	<i>Landet</i>	<i>Oslo</i>
Utenlandsk statsborgerskap	3	4
Eget fødeland utenfor Norge	5	10
Mors fødeland utenfor Norge	5	11
Fars fødeland utenfor Norge	6	12

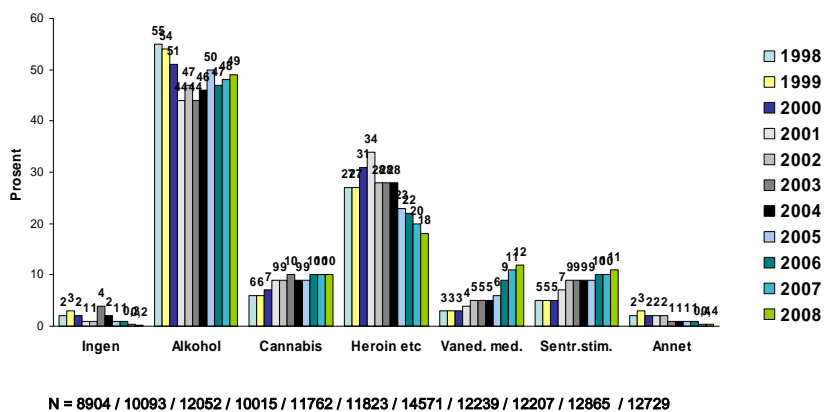
4.3 Type rusmiddel

Selv om det er grunn til å tro at ”mest brukte rusmiddel” er relativt entydig registrert, kan det tidligere ha vært noe forskjellig registreringspraksis med hensyn til legemidler inneholdende opioider. Disse kan være registrert under både ”Heroin/andre opiater” og under ”Vanedannende medikamenter” (i følge Veilederen er imidlertid riktig registrering for disse legemidlene ”Vanedannende medikamenter”) frem til 2007. Dette problemet ble stort sett borte ved overgangen til siste (”rød”) utgave av skjema, som var tatt i bruk av så godt som alle deltakende tiltak fra 2007, fordi disse da registreres som egne kategorier. Når det gjelder de to tiltakene som fremdeles rapporterte i "gammelt" format for 2008, er "vanedannende medikament" plassert under "Andre vanedannende medikament", mens "Sentralstimulerende midler er plassert under "Amfetamin". Figurene 6 og 7 viser mest brukte rusmiddel for årene 1998 til 2008 separat for kvinner og menn.

Figur 6. Mest brukte rusmiddel - 1998 - 2008
Kvinner

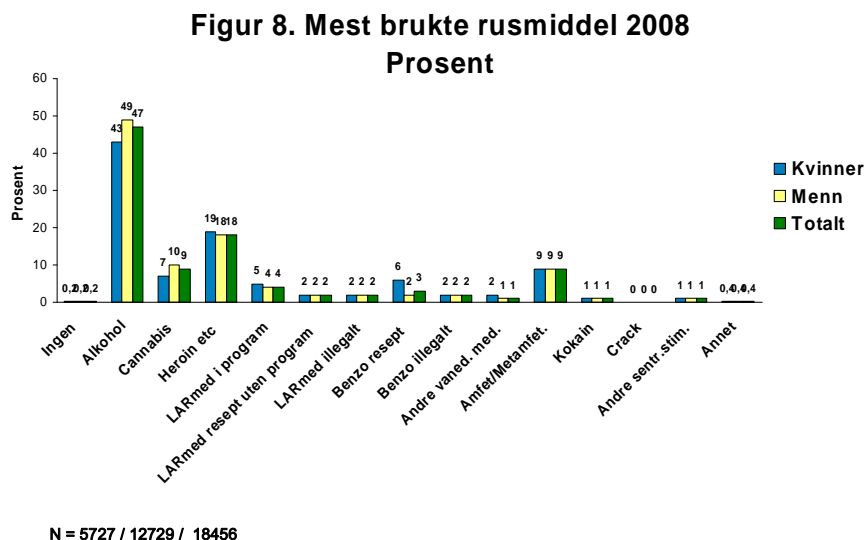


Figur 7. Mest brukte rusmiddel - 1998 - 2008
Menn



”Ingen” rusmidler gjelder et mindre antall pasienter/klienter som oppgir at de ikke har brukt rusmidler siste 6 måneder, men som oppsøker behandlings-/omsorgstiltak for å unngå tilbakefall. Denne kategorien har gått sterkt ned siden rusreformen. Blant kvinner har andelen som oppgir alkohol som mest brukte rusmiddel, tidligere vært omtrent jevnstor med andelen som oppgir å bruke heroin (i 2003 henholdsvis 34 og 33 prosent), mens det i 2004, 2005, 2006, 2007 og 2008 var en større andel kvinner som oppga alkohol (hhv. 39, 42, 39, 41 og 43 prosent) enn heroin (hhv. 30, 26, 26, 21 og 19 prosent) som mest brukte rusmiddel. Blant menn blir alkohol oppgitt som mest brukte rusmiddel av 49 prosent i 2008, mens 18 prosent oppgir heroin. I 2004 var tilsvarende tall 46 og 28 prosent, mens de i 2007 var henholdsvis 48 og 20 prosent. For begge kjønn må nedgangen i andel med heroin og oppgangen i andelen med vanedannende medikament som mest brukte rusmiddel (virkestoff/medikament) sees i sammenheng med LAR og LAR-legemidler. Cannabis viste en økning som mest brukte rusmiddel fra 1998 til 2002/2003, men har siden da ligget stabilt på en andel på omtrent sju prosent for kvinner og ti prosent for menn. For amfetamin/metamfetamin har det også vært økning siden 1998, og andelen ligger nå på 11 % for begge kjønn.

I 2008 leverte alle tiltakene bortsett fra to i korrekt format, slik at vanedannende medikamenter kan spesifiseres bedre. Figur 8 viser direkte prosentvis sammenlikning mellom kvinner og menn når det gjelder mest brukte rusmiddel i 2008. Det er størst kjønnsforskjell når det gjelder alkohol og vanedannende legemidler.



For kvinner hadde ni prosent LAR-medikament som mest brukte substans (fem prosent innen LAR-program, og to prosent på resept utenfor LAR), åtte prosent hadde benzodiazepiner som mest brukte substans (seks prosent på resept), og to prosent oppga andre legemidler. Blant mennene var det åtte prosent som oppga LAR-medikament som mest brukte substans, fire prosent innen LAR-program, og to prosent på resept utenfor LAR. Fire prosent av mennene hadde benzodiazepiner som mest brukte rusmiddel.

"Andre" rusmidler (LSD, ecstasy, løsemidler, rødsprit og 'annet' er i figurene 6 til 8 kategorisert under "annet") lå stabilt fra 2007 til 2008, med 72 tilfeller begge årene. I 2006 var "annet" mest

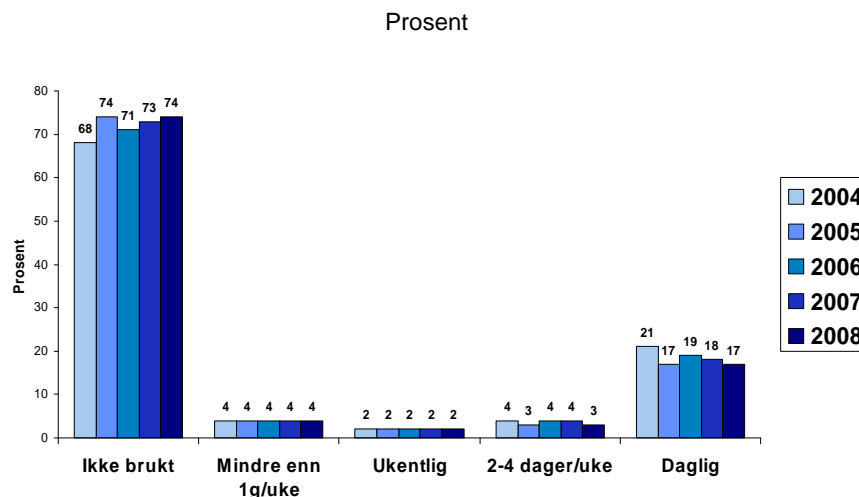
brukte rusmiddel i 132 tilfeller. Ecstasy var oppgitt som mest brukte rusmiddel i 14 tilfeller i 1998, var oppe i 82 tilfeller i 2000, og er nå nede i 13 tilfeller i 2007 og 17 tilfeller i 2008. Det har ellers vært en jevn og tydelig reduksjon siden 1998 i antall som oppgir rødsprit som mest brukte rusmiddel, kun 8 tilfeller i 2008, mot 194 i 1998.

I 40 prosent av inntakene ble det rapportert bruk av bare ett rusmiddel. Sjekk i datagrunnlag fra enkelttiltak viser at dette i overveiende grad gjelder personer som oppgir alkohol, og i mindre grad vanedannende medikament, som mest brukte rusmiddel.

Vanedannende medikamenter var ”nest mest brukte rusmiddel” for størst andel inntak også i 2008, med 25 prosent, en nedgang fra 30 % i 2007. Deretter kom cannabis (17 prosent) og sentralstimulerende midler (13 prosent). Dette er det samme bildet som vi har sett tidligere. Alkohol og heroin er sjeldnere oppgitt som nest mest brukte rusmiddel, med henholdsvis 7 og 5 prosent.

Figur 9 viser at daglig (eller nesten daglig) sprøytebruk var vanligst hos det store flertallet av de 26 prosent av tilfellene hvor det ble oppgitt bruk av sprøyter siste fire uker før behandlingsstart. Det er her viktig å huske på at datagrunnlaget omfatter så vel primære alkohol- som narkotikabrukere. Det var en liten forskjell mellom de som kom til behandlings- og omsorgstiltak i Oslo-regionen og i resten av landet. I Oslo-regionen hadde klientene brukt sprøyte i 29 prosent av inntakene (29 prosent i 2005, 36 prosent i 2006, og 32 prosent i 2007), mens dette i resten av landet gjaldt 24 prosent (26 prosent i 2005, 24 prosent i 2006, og 22 prosent i 2007). Daglig sprøytebruk gjaldt 20 prosent i Oslo, mot 14 prosent i landet forøvrig.

Figur 9. Sprøytebruk 2004, 2005, 2006, 2007 og 2008

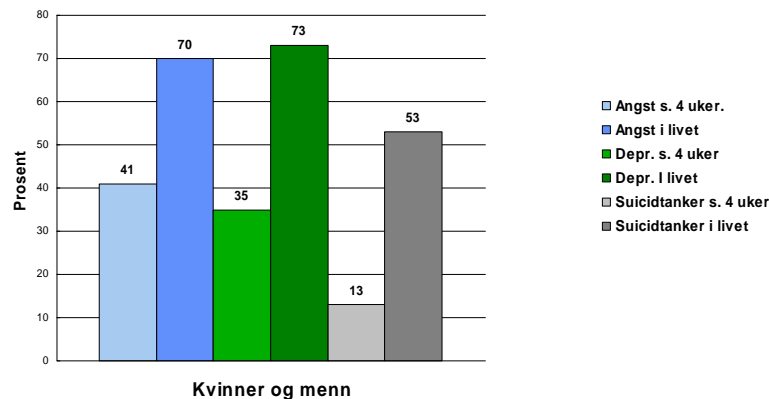


N = 17874 / 15405 / 16437 / 17633 / 17354

4.4 Psykiske vansker

Spørsmålene som retter seg mot psykiske problemer er de som synes vanskeligst å få svar på. En grunn er at ansatte i rusfeltets forskjellige tiltak har svært forskjellig bakgrunn og forutsetning for å forholde seg til psykisk problematikk, fra de helt ufaglærte til behandlere med høy spesialkompetanse.

Figur 10. Prosent som oppgir å ha hatt alvorlig angst, depresjon, og tanker om å ta livet sitt. 2008.



Basert på N = 16175 - 17235

Figur 10 viser prosentandel av pasientene/klientene som i 2008 oppga å ha hatt alvorlige, lengrevarende vansker som angst, depresjon og tanker om å ta sitt liv. Figuren baserer seg på de ca 70% av inntakene der denne informasjonen foreligger. Det spørres om slike vansker i løpet av de siste fire uker, og i løpet av livet. Andelen som rapporterer angst, depresjon og tanker om å ta livet sitt er høy, både når det gjelder tidsrommet siste fire uker og i løpet av livet. Størst andel, 73 prosent (78 prosent for kvinner og 71 prosent for menn), oppgir å ha hatt alvorlig depresjon i løpet av livet. Over 50 prosent har hatt selvmordstanker. Det er også en stor andel som oppgir psykiske vansker i løpet av de siste fire uker før inntak, henholdsvis 35 og 41 prosent når det gjelder depresjon og angst, og 13 prosent når det gjelder selvmordstanker. Generelt er det en tendens til at en noe større andel kvinner enn menn oppgir slik problematikk, uten at forskjellene kan sies å være store. Det er svært små variasjoner for rapporterte psykiske vansker fra år til år.

I 2008 oppga trettifem prosent å ha gjort forsøk på å ta sitt eget liv (tilsvarende tall var i 2006 og 2007 36 prosent). Femten prosent hadde gjort dette ved å ta overdose, 12 prosent hadde prøvd på annen måte, mens nesten 8 prosent hadde prøvd både ved overdose og på annen måte. Her er en relativt stor forskjell mellom kvinner og menn. Mens 31 prosent av menn hadde gjort selvmordsforsøk, gjaldt dette 41 prosent for kvinner. Denne kjønnsforskjellen oppsto der forsøkene involverte overdose (se tabell 7).

Tabell 7. Forsøk på å ta sitt eget liv noen gang, fordelt på kjønn. 2008. Prosent

	Kvinner	Menn	Totalt
Ved overdose	19	13	15
På annen måte	12	12	12
Både ved overdose og på annen måte	11	6	8
Totalt	42	31	35

4.5 Andre helseproblemer

Når det gjelder kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet, var slike problemer registrert i 44 prosent av tilfellene hos kvinner og i 41 prosent av tilfellene hos menn i 2008, likt 2007, og en svak økning fra 2006. Det registreres også forekomst av blodsmittevirusene Hepatitt B, Hepatitt C og HIV. Pasientene/klientene blir spurt om de *vet* at de er bærere av angjeldende blodsmittevirus. Det kan se ut som om det de siste årene har vært en liten endring (se tabell 8), selv om det er mulig at tilfeldige endringer i klientgruppene som kommer til behandling de enkelte år forårsaker slike endringer i registrerte problemer, noe som særlig kan slå ut for sjeldne tilstander.

Tabell 8. Bærer av blodsmittevirus. Prosent

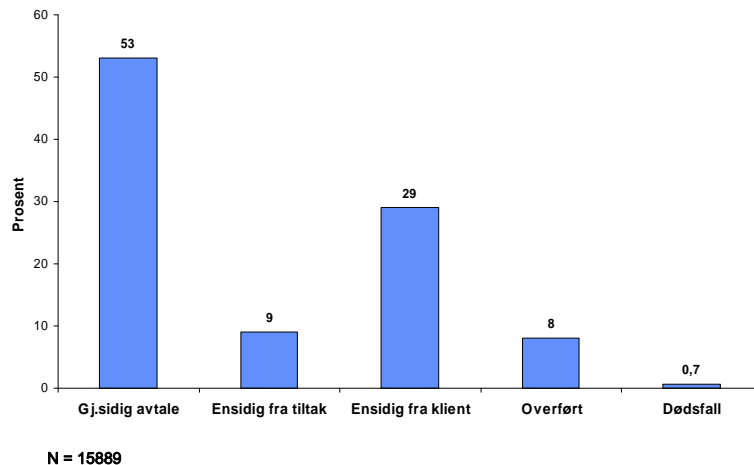
	2006		2007		2008	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Hepatitt B	12	11	10	10	9	9
Hepatitt C	38	34	33	32	31	30
HIV	6	3	4	3	3	3

4.6 Avslutninger

Det ble i 2008 registrert 15 889 avslutninger fra behandlings-/omsorgstiltak. Tilsvarende tall for 2007 var 14 837, for 2006 13250, og for 2005 13231 avslutninger (se tabell 1).

Figur 11 viser fordelingen av avslutningsmåte blant pasienter/klienter fra de 106 tiltakene som leverte tellinger i 2008. Den vanligste avslutningsmåten var ved gjensidig avtale mellom klient og tiltak (53 prosent). Ensidig avslutning fra klientens side skjedde i 29 prosent av avslutningene, en liten nedgang fra 2007 og 2006, da denne prosenten var hhv. 30 og 33. I nesten to tredeler av tilfellene hvor klient avsluttet ensidig ble dette gjort ved at de ga melding til tiltaket/behandler, mens vel en tredel var "drop-out". Ensidig avslutning fra tiltakets side skjedde i åtte prosent av tilfellene. Det var svært lik kjønnsfordeling på de forskjellige avslutningsmåtene.

Figur 11. Avslutningsmåte, 2008
Prosent.



I 2008 var det registrert avtale om oppfølging i regi av eget tiltak i 3 042 avslutninger. Avtale om oppfølging fra kommunal helse- og sosialtjeneste var registrert i 5039 avslutninger, mens avtale om oppfølging med spesialisthelsetjenester var registrert i 4 115 avslutninger. Det var mellom 3 og 8 prosent større andel kvinner enn menn, som avsluttet med avtale om disse formene for oppfølging.

5. Sluttkommentarer

På bakgrunn av innsamlete data for årene fra 1998 til 2008 gis et bilde av omfanget av henvendelser og inntak, samt hvilke pasienter/klienter som er tatt inn i behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelproblemer. Til sammen 171 forskjellige tiltak har gjennom årene levert inn registreringer som danner grunnlag for disse oversiktene. Noen tiltak har levert for alle årene, mens andre tiltak bare har levert for enkelte år. Oversiktene forteller **ikke** hvor mange individer som inngår i antall henvendelser, inntak og avslutninger, da data bare forligger på aggregert nivå, noe som medfører at det ikke er mulig å kontrollere for dobbelttelling.

Data viser at andelen kvinner som etterspør behandling er klart større i yngre enn i eldre aldersgrupper. Det største antallet henvendelser kommer fra aldersgruppen 31 til 50 år.

Vi ser at en stor andel av dem som tas inn i behandlings-/omsorgstiltak er en gruppe med små økonomiske ressurser. Mange er uten fast bolig. Et stort flertall er uten arbeid og avhengig av offentlig støtte. Det har vært en forskyvning fra sosialhjelp til midlertidig trygdestøtte, noe som har gjort midlertidige trygdeytelser til den største inntektstypen de senere årene. Dette synes imidlertid ikke å virke som incentiv for større grad av yrkesaktivitet.

Alkohol og heroin dominerer som mest brukte rusmiddel for både kvinner og menn. Det har vært en klar tendens til nedgang i heroin som det mest brukte rusmiddelet ved inntak, de siste årene. En av de sannsynlige faktorene bak denne utviklingen er økningen i bruk av Metadon, Subutex og Subuxone i legemiddelassisterte rehabiliteringstiltak. Det har de siste årene vært en sterk nedgang i antallet tilfeller hvor ecstasy og rødsprit er registrert som mest brukte rusmiddel.

Det framgår også at det er en klar og stabil tendens til at klientene som tas inn i tiltak for rusmiddelmisbrukere har alvorlige psykiske vansker, her registrert som angst, depresjon og selvmordsforsøk. Rusmiddeloverdoser oppgis som hyppigste form for selvmordsforsøk.

Dette er den siste rapporten fra det nasjonale klientkartleggingssystemet som SIRUS har hatt ansvaret for. SIRUS har bidratt til at rapportering av pasientdata fra rusmiddelbehandling går inn i Norsk Pasientregister (NPR) på linje med data fra somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. NPR er fra 2009 godkjent som et kryptert, individbasert register. Det gir muligheter for langt mer nøyaktige oversikter over pasienter i rusmiddelbehandling og hvilke spesialisthelsetjenester de beveger seg mellom. Datatilfanget vil fra 2010, ved dette nasjonale klient/pasient kartleggings systemets opphør, imidlertid ikke omfatte tiltak utenfor de spesialiserte helsetjenestene.

Vedlegg: ***TILTAK SOM HAR LEVERT TELLING PER 8.10.2009***

Nord

Finnmarkskollektivet
Klinikk Nord

Sigma Nord

UNN samlet (for Færingen terapeutiske samfunn, LAR Nord, Ruspoliklinikken UNN, Tromsklinikken)

Nordlandsklinikken

Midt:

PUT / VORT Innherred
 PUT / VORT Namdal

BUE stiftelsen Langørjan gård
 Frelsesarmeen Furulund
 Kvamsgrindkollektivet
 Lade behandlingssenter
 LAR-Midt
 Nidarosklinikken
 Sørums gård

Veksthuset Møre og Romsdal
 Vestmo behandlingssenter

Vest

Blå Kors poliklinikk (Basissenteret) Sandnes
 Duedalen rehabiliteringssenter
 FA-BO
 Haugaland A-senter
 Karmsund ABR senter
 Rogaland A-senter
 Syd-Vest (tidl. Veiviseren, Haugesund)

Askøy Blå Kors Klinikk
 Floenkollektivet
 Stiftelsen Bergensklinikkene

Nordfjord VPP

Sør

Loland behandlingssenter

Borgestadklinikken
 Samtun
 PUT Skien

Bragernes behandlingssenter

Alfa i Vestfold
 Stiftelsen Finnerud Gård

Øst

Rusmiddeletaten, Oslo kommune:
 Bjørnerud rehabiliteringssenter
 Blindern Rehabiliteringssenter

Botiltaket under Steensløkka
 Bryn
 Bygdøy Rehabiliteringssenter
 Dalsbergstien
 Haugenstua Rehabiliteringssenter
 Hovin Vernehjem
 Ila hybelhus
 Josefines hus
 Karlsborg Rehabiliteringssenter
 Lassonløkken Rehabiliteringssenter
 Liakollen Rehabiliteringssenter
 Markus Thranes hus
 MAR Oslo (Rusmiddeletaten)
 Oscar
 Sjøstrand omsorgssenter
 Stensløkka ressurscenter
 Syningom omsorgssenter
 Thereses hus
 Treningsleilighetene
 Vestli
 Villa Mar Bygdøy alle

Spesialisthelsetjenesten (TSB) i Oslo:

AFX
 Akuttinstitusjonen Montebello
 Akuttinstitusjonen Storgata
 Akuttinstitusjonen Ullevål
 A-sentret, Oslo
 Blå Kors Senter
 H7 (Holmenveien 7)
 Incognito klinikk
 MAR Øst (MARIO)
 Origosenteret
 P22
 Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken
 Trasoppklinikken
 Tyrilistiftelsen
 Ullvin beh.inst
 Veksthuset (Oslo)

Andre i Oslo:

Evangeliesenteret
 Frelsesarmeen Oslo Den Åpne Dør
 Frelsesarmeen Oslo Fagerborg bo- og omsorgssenter
 Frelsesarmeen Oslo Heimen bo- og trening
 KBM Enga
 Østråt omsorg

Kimerudstiftelsen

Mørk Gård
Riisby behandlingssenter
Veslelien

Frognenheten
Håpets dør
Sosialmedisinsk klinikk Sandvika
Stiftelsen Solliakollektivet
Åsenheten

Sosialmedisinsk poliklinikk Askim
Sosialmedisinsk poliklinikk Fredrikstad
Sosialmedisinsk poliklinikk Halden
Sosialmedisinsk poliklinikk Moss
Sosialmedisinsk poliklinikk Sarpsborg
Sykehuset Østfold, avd. Veum
Østfoldklinikken, tre seksjoner
Phoenix Haga

Biri treningscenter
Blå Kors Eina
DPS Gjøvik
Stiftelsen Fredheim
Stiftelsen Renåvangen
Stiftelsen Valdresklinikken
Vangseter