

Ingeborg Rossow, Astrid Skretting og Arvid Amundsen

FRA STRAFF TIL VARM SENG

Beskrivelse av

- utviklingstrekk i tiltak for rusmiddelmisbrukere og
- klienter ved en avrusningsstasjon gjennom 25 år

Fra straff til varm seng

Beskrivelse av

- utviklingstrekk i tiltak for rusmiddelmisbrukere

og

-klienter ved en avrusningsstasjon gjennom 25 år

Ingeborg Rossow

Astrid Skretting

Arvid Amundsen

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Oslo 1998

ISBN 82-7171-218-7

FORORD

Denne undersøkelsen har flere utspring. Et viktig incitament var en uformell forespørsel fra en ansatt ved Akuttinstitusjonen i Storgata i Oslo ("Rusa"), om SIFA kunne ha interesse av å se nærmere på om det kan ha skjedd en endring i bruk av rusmidler blant tiltakets klienter siden etableringen i 1972, slik de ansatte mente å ha observert. Fra SIFA's side var det også ønskelig å få mer oppdatert kunnskap omkring de mer utslåtte alkoholmisbrukerne.

Undersøkelsen har omfattet en systematisering av opplysninger som i utgangspunktet ikke var samlet inn til forskningsformål, og overføring av store datamengder fra papirjournaler til datafiler. Både for å kunne sikre en best mulig kvalitet på data og for å kunne foreta rimelige fortolkninger av resultatene, har vi vært avhengig av et langvarig, nært og godt samarbeid med de ansatte ved Akuttinstitusjonen i Storgata.

Gjennom de årene som undersøkelsen har pågått, har ledelsen og ansatte ved Akuttinstitusjonen i Storgata vært svært velvillige og imøtekomende. Vi har fått mange verdifulle innspill og kommentarer underveis i arbeidet med rapporten. Vi vil takke alle ansatte ved "Rusa" som har bidratt til dette arbeidet ved å overføre journaldata til EDB-filer, og en særlig takk til Ellen Wennberg og Tormod Aares for et særdeles godt og hyggelig samarbeid.

Vi vil også takke våre kolleger på SIFA for mange nyttige innspill til en tidligere versjon av denne rapporten.

Oslo, desember 1998

Ingeborg Rossow, Astrid Skretting og Arvid Amundsen

INNHold

1. INNLEDNING.....	7
2. TILTAK FOR RUSMIDDELMISBRUKERE I NORGE - KORT OM UTVIKLINGSTREKK.....	10
Straffeloven - Fattigloven.....	10
Tvangsbestemmelser	10
Kursted, klinikker - tilsynshjem.....	13
Vernehjem - avrusningsstasjoner.....	14
Fylkeskommunene overtar ansvaret.....	16
Utviklingen i Oslo.....	19
3. AKKUTTILTAK I OSLO.....	22
"Rusa".....	23
Avrusningsstasjonen Lakkegt - Skarpsno - Montebello.....	24
Andre akuttiltak.....	25
Misbrukerghetto.....	26
Forskjeller i standard	27
4. KLIENTER VED "RUSA" - DATAGRUNNLAG.....	31
Om overføringen av informasjon.....	32
Mulige feil i data.....	33
Innleggelser og klienter, - to analysenivåer.....	35
5. SOSIODEMOGRAFISKE FORHOLD.....	38
Kjønn og alder.....	38
Bolig og inntekt.....	44
6. RUSMIDDELPROFIL.....	51
Bruk av vanedannende medikamenter og narkotika.....	51
Hva uttrykker endringen i misbruksprofil?	61
Bruk av løsemidler og substituttsprit.....	65

7. OM INNLEGGELSENE.....	69
Varighet.....	69
Innleggelser	70
Tilstand ved innleggelse.....	75
Avbrutte behandlingsopphold.....	76
Hvor går klientene?.....	80
9. "SVINGDØRS"-KLIENTER?.....	83
Gjengangere i de enkelte år.....	85
Bruk av ressurser.....	91
10. OPPSUMMERING OG UTSYN.....	96
REFERANSER.....	100
VEDLEGG.....	105

1. INNLEDNING

Gjennom de siste ti-årene har det skjedd vesentlige endringer i omsorgs- og behandlingstiltakene for rusmiddelmisbrukere. Det er trolig at dette har hatt betydning for omfang og sammensetning av den gruppen av tunge klienter som man primært finner innenfor lavterskeltiltakene, men vi mangler så langt dokumentasjon på dette.

Forskningsfokus på tunge rusmiddelmisbrukere har vært skiftende. På 1970-tallet var det betydelig forskningsinteresse for de mer utslåtte alkoholmisbrukerne, slik det bl a framkommer av rapportene til Odd Ramsøy og medarbeidere (Ramsøy et al 1978). Gjennom 1980-og 1990-årene har norsk forskning omkring alkoholmisbrukere i større grad fokusert på klienter innenfor behandlingsapparatet. Eksempler på dette er arbeidene til Per Krogh (1988) og Fanny Duckert (1993). Når det gjelder de mer marginaliserte og mest utslåtte misbrukerne, synes imidlertid forskningsinteressen i de siste par ti-årene primært å ha vært rettet mot stoffmisbrukere, og det finnes lite nyere norsk forskning omkring tunge alkoholmisbrukere.

Akuttinstitusjonen i Storgata i Oslo ("Rusa"/ Avrusningstasjonen i Storgata) er et tiltak som tar imot tunge alkoholmisbrukere til avrusning. Fra starten i 1972 og fram til nå har det vært flere tusen innleggelser per år, og opplysninger omkring innleggelsene og klientene gjennom hele driftsperioden har gitt en sjelden mulighet for å beskrive en del kjennetegn ved de mer utslåtte alkoholmisbrukerne og mulige endringer over tid.

De studier som tidligere har vært gjort med utgangspunkt i Akuttinstitusjonen i Storgata, skriver seg fra de første driftsårene. Dels har de

tatt for seg "Rusa" som organisasjon, dels har det vært undersøkelser av innlagte klienter (Ramsøy og Semmingsen, 1974; Ramsøy og medarbeidere, 1978; Aasland og Heimgård, 1978; Krogh og Ravndal, 1979).

Ved å benytte tilgjengelige data omkring innleggelsene ved denne avrusningsstasjonen gjennom 25-årsperioden fra starten i 1972 fram til og med 1996, vil vi i denne rapporten søke å belyse følgende problemstillinger:

1. Vi vil se på eventuelle endringer i klientsammensetning og bruk av rusmidler i lys av utviklingen innen rusmiddelomsorgen i Oslo. Rapporten gir derfor først en kortfattet beskrivelse av utviklingstrekk i tiltak for rusmiddelmissbrukere og "Rusas" plass i dette bildet. Selv om "Rusa" i all hovedsak har vært innrettet mot alkoholmissbrukere, har også bruk av de fleste andre typer rusmidler vært inne i bildet. Eksempelvis har mange alkoholmissbrukere et illegalt forbruk av psykofarmaka i tillegg til alkohol. I de senere år rapporterer "Rusa" at en også har hatt mer kontakt enn tidligere med stoff- og blandingsmissbrukere. Det kan derfor være av interesse å prøve å dokumentere i hvilken grad det har skjedd noen endring i bruk av rusmidler blant tiltakets klienter over tid.

2. Avrusningsstasjonen har to overordnede målsettinger for virksomheten, - den ene er å gi mulighet for avrusning under medisinsk betryggende forhold, den andre er å formidle kontakt videre i tiltaksapparatet. Vi ønsket derfor også å se på i hvilken grad avrusningsstasjonen fungerer som en formidlingsinstans til videre behandling eller andre hjelpetiltak.

3. Et gjennomgående trekk ved tiltak innenfor rusmiddelomsorgen er at en del klienter kommer tilbake mange ganger og blir storforbrukere av ressursene. Vi vil i denne rapporten også se på i hvilken grad man har slike “svingdørsklienter” ved “Rusa”, og hva som kjennetegner de stadig tilbakevendende klientene.

For å kunne beskrive virksomheten ved Akuttinstitusjonen i Storgata og mulige endringer i omfang og kjennetegn ved klientene i lys av utviklingen av tiltaks- og omsorgsapparatet for rusmiddelmisbrukere, vil vi først gi en kort beskrivelse av hvordan dette har utviklet seg, med særlig vekt på bakgrunnen for opprettelsen av avrusingsstasjoner og endringene i det øvrige tiltaksapparatet etter at “Rusa” startet sin virksomhet.

2. TILTAK FOR RUSMIDDELMISBRUKERE I NORGE - KORT OM UTVIKLINGSTREKK

Straffeloven - Fattigloven

Rusmiddelomsorgen er av relativt ny dato. Selv om bruk av alkohol og andre rusmidler gjennom tidene har ført til ulike typer medisinske og sosiale problemer, er det først gjennom de siste 100 år søkelyset har vært satt på de mer sosialmedisinske sidene ved misbruk av rusmidler. Fram til århundreskiftet var det rettsvesenet og fattigvesenet som sto til rådighet. Det var også tilløp til privat forpleining av bemedlete alkoholmisbrukere (Bønes, 1977). Det var imidlertid de strafferettslige tiltak som dominerte når samfunnet fant det nødvendig å gripe inn overfor alkoholmisbrukere som ble definert som problematiske (St.meld.nr.69 (1991-92)). I praksis dreide det seg stort sett om de mest ekstreme utslag av alkoholmisbruk, de som på ulike måter virket forstyrrende for offentligheten. Det var eksempelvis bestemmelser om beruselse som medførte ordensproblemer i offentlige forsamlinger som rettssal, kirke osv. Det var videre lovregler rettet mot beruselse for offentlig ansatte i tjenesten. Enkelte byer hadde også bestemmelser i politivedtektene om straff for beruselse på offentlig sted. Med hjemmel i fattiglovene av 1863 kunne "de som henga seg til drukkenskap og av denne grunn ikke kunne ernære seg" straffes med fengsel og innsettelse i tvangsarbeid.

Tvangsbestemmelser

I år 1900 kom lov om løsgjengeri, betleri og drukkenskap (den såkalte løsgjengerloven). Den ga mulighet for å idømme bøter eller fengselsstraff for offentlig beruselse og for forstyrrelser på offentlig sted med bakgrunn i beruselse. Loven ga videre adgang til å idømme "dem som jevnlig misbrukte berusende drikk" til tvangsinnleggelse på

kuranstalt eller i tvangsarbeidshus for et tidsrom av inntil 3 år. Den "nye" løsgjengerloven ble ikke lagt inn under straffeloven fordi en blant annet ville understreke at tvangsarbeid mer skulle oppfattes som behandling enn som straff. For en nærmere drøfting av tvangsarbeid, vises eksempelvis til Nils Christie: Tvangsarbeid og alkoholbruk (Christie 1960).

I 1932 fikk vi så edruskapsloven som ga mulighet for å tvangsplassere alkoholmisbrukere på sykehus eller kuranstalt i inntil to år (§§6 og 7). Loven trådte først i kraft i 1939. Edruskapsloven ga også mulighet til å holde tilbake klienter som frivillig søkte behandling (§16). Varigheten av oppholdet var begrenset til 30 dager etter vedtak i edruskapsnemnda. Etter tilråding av sykehusets ansvarlige lege var det adgang for nemnda til å forlenge oppholdet med inntil 30 dager om gangen. Det var imidlertid ikke anledning for nemnda til å pålegge et sykehusopphold på mer enn til sammen 90 dager i løpet av ett år. Opprinnelig var edruskapsloven bare beregnet for alkoholmisbrukere, men ble i 1957 utvidet til også å gjelde misbrukere av narkotiske stoffer. Edruskapslovens bestemmelser om tvangsplassering i sykehus ble imidlertid brukt i liten grad (NOU 1972:17). På 1980-tallet dreide det seg om ca 14-15 tilfeller i året (Ot.prp. Nr 29, 1990-91). Dette hadde etter alt å dømme sin bakgrunn i at sykehusene var lite innstilt på å ta i mot klienter som skulle legges inn på tvang.

Bestemmelsen om fengsel og tvangsarbeid (§18) i løsgjengerloven ble ikke opphevet før 1. juli 1970, da et enstemmig Storting vedtok at tvangsarbeidsordningen skulle falle bort og at offentlig beruselse - dersom vedkommende ikke forstyrret den offentlige ro og orden - skulle avkriminaliseres (NOU 1972: 17). Loven inneholdt fremdeles forbud mot å drikke alkohol på offentlig sted utenom skjenkesteder. Politiet

fikk også adgang til å sette en beruset person i arrest eller i sykeavdeling (avrusningsstasjon) til han eller hun blir edru. Under Stortingets behandling ble det lagt vekt på at en opphevelse av de nevnte straffebestemmelsene, innebar at det måtte settes inn hjelpetiltak for alkoholmisbrukere som tidligere ble dømt til tvangsarbeid.

Edruskapsloven ble i 1993 avløst av lov om sosiale tjenester. Loven slår fast at som hovedregel skal behandling av rusmiddelmisbrukere baseres på frivillighet. Paragraf 6.3 i lov om sosiale tjenester gir imidlertid institusjonene adgang til å sette som vilkår at misbrukeren undertegner en "kontrakt" som gir institusjonen anledning til tilbakeholdelse av klienten i tre uker. Bestemmelsen kan sees på som en form for frivillig tvang. I tilfeller der situasjonen blir bedømt dithen at misbrukeren utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare gjennom et omfattende og vedvarende misbruk, og frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige, gir §6.2 anledning til å fremme sak for den såkalte fylkesnemnda for sosiale saker om tilbakeholdelse i institusjon i inntil tre måneder. Bestemmelsen om å ta i bruk tvang eller tilbakeholdelse, kan imidlertid ikke gjøres gjeldende dersom argumentet kun er at misbrukeren er til plage for andre. I slike tilfeller må en eventuelt ta i bruk straffelovens bestemmelser. I Stortingets behandling av loven ble det lagt stor vekt på mulighetene til å gripe inn overfor gravide rusmiddelmisbrukere. Da det senere kom fram at § 6.2 bare kunne anvendes i saker der det var misbrukerens egen helse som ble vurdert til å være truet, ble loven utvidet i 1996. Etter bestemmelsen i §6.2a gir hensynet til fosteret adgang til å holde gravide tilbake i institusjon fram til fødsel, hvis det vurderes som nødvendig.

Når det gjelder unge misbrukere, ga lov om barnevern av 1953 - §16.3, adgang til at ungdom med atferdsproblemer, deriblant misbruk av

rusmidler, kunne tas inn til behandling i institusjon uten eget samtykke. Det var ingen tidsbegrensning for hvor lenge et slikt institusjonsopphold kunne vare, og vedtaket kunne gjøres gjeldende utover myndighetsalder. Den nye barnevernsloven som ble gjort gjeldende i 1993, gir en begrensning på at vedtaket bare kan gjelde for inntil ett år. Vedtaket kan likevel forlenges etter beslutning av fylkesnemnda. Den nye barnevernsloven gir imidlertid ikke adgang til å gjøre vedtaket gjeldende utover myndighetsalder, det vil si etter fylte 18 år.

Gjennom dette århundret har det således vært ulike oppfatninger om hvordan samfunnet skal forholde seg til misbrukere av alkohol og andre rusmidler. Som vi har sett har tvangsaspektet stått sentralt. Mens det tidligere var misbrukere av alkohol som sto i sentrum for ulike tiltak, har den offentlige diskusjonen i de senere år i hovedsak vært knyttet til stoffmisbrukere og hvorvidt bruk av tvangstiltak er etisk og behandlingsmessig forsvarlig overfor denne gruppen (Järvinen og Skretting 1994, Skretting 1995).

Det offentlige engasjement var i utgangspunktet konsentrert om ulike typer tvangstiltak overfor de med mest synlige alkoholproblemer. Når det gjelder en mer allmenn innsats for å hjelpe mennesker med alkoholproblemer, var det i første rekke ulike kristne og humanitære organisasjoner som tok initiativ til forskjellige tiltak innen det vi i dag vil kalle tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere.

Kursted, klinikker - tilsynshjem

Blå Kors startet det første kurstedet på Eina i 1909. Legeforeningen etablerte Ørje kursted i 1910. Også staten engasjerte seg imidlertid ved at den på 1920-tallet overtok Ørje kursted og opprettet Bjørnebekk kursted i 1930. På 1950-tallet etablerte Anonyme Alkoholikere flere A-

klinikker rundt om i landet. A-klinikkene var medisinsk orientert i sin behandling. Omtrent samtidig (1953) ble det etablert en type tiltak som fikk betegnelsen tilsynshjem. Disse var beregnet på å gi klienter som hadde vært i behandling, en lettere overgang fra institusjon til samfunnsliv. Det var forutsatt at klientene skulle betale deler av oppholdet på tilsynshjem selv, for å venne seg til å betale for eget livsopphold.

Vernehjem - avrusningsstasjoner

Samtidig med at offentlig beruselse ble avkriminalisert (1970), ble det vedtatt en ny bestemmelse om at en beruset person kunne innlegges i sykeavdeling til han/hun blir edru, i stedet for å settes i arrest (løsgjengerlovens nye §21). Det ble også tatt inn en bestemmelse om at forhørsretten kunne fastsette at personen som var i sykeavdeling, kunne holdes tilbake i inntil en uke til observasjon. Det forelå imidlertid ingen slike sykeavdelinger. Sosialdepartementet oppnevnte derfor i mai 1970 et utvalg, det såkalte Birkelundutvalget, som blant annet skulle vurdere opprettelse av slike enheter (NOU 1972:17). Utvalget skulle videre vurdere opprettelse av arbeidshjem (pleie- og sykehjem) for alkoholister som ikke egner seg for kurativ behandling på behandlingsinstitusjon under alkoholistsorgen. Utover dette skulle utvalget vurdere en særskilt avdeling på Bjørnebekk kursted, gi en oversikt over utbyggingsbehovet når det gjaldt ulike former for institusjoner, vurdere det administrative og organisatoriske ansvar for utbygging og drift, samt utrede og gi en vurdering av finansieringsordningene for de ulike institusjoner.

Det å etablere egne sykeavdelinger for alkoholmisbrukere, ble av utvalget sett på som et relativt ambisiøst forslag som ikke ville la seg realisere på kort sikt. Utvalget avga derfor en foreløpig innstilling i juni

1970, der det ble foreslått opprettelse av to nye typer institusjoner, de såkalte vernehjem og avrusningsstasjoner. Vernehjemmene var i første omgang ment som et frivillig alternativ for klienter som etter den tidligere bestemmelsen i løsgjengerloven ble plassert i tvangsarbeid på Opstad, og som en nå mente trengte et vernet botilbud. Vernehjemmene tok derfor først og fremst sikte på å være et tilbud for hjemløse og uføre alkoholikere som det var lite realistisk skulle kunne føres tilbake til samfunnet ved hjelp av behandling og attføring. Tanken var at klientene kunne bo på vernehjemmene livet ut om de skulle ønske det.

Gruppen av hjemløse og uføre alkoholikere ble på det tidspunkt anslått til å omfatte 4-5000 (NOU 1972:17). Det ble på relativt kort tid etablert omkring 30 vernehjem, både ved at tidligere arbeidshjem (tilbud til eldre utbrente alkoholikere, etablert på 1960-tallet) ble omgjort til vernehjem, og gjennom etablering av nye institusjoner. Utbyggingen av vernehjem ble gitt høy prioritet og på det meste (1981/82) var det over 1100 vernehjemsplasser (St.meld.nr 69 (1991-92)). Etter hvert møtte imidlertid vernehjemmene kritikk ved at de i praksis ikke representerte noe nytt innen alkoholistsorgen, men i stor grad videreførte tradisjonene fra de gamle arbeidshjemmene (Amundsen, 1976). I dag har man en mer uttalt målsetting om rehabilitering, og de tidligere vernehjemmene er inngått i en omstrukturering og kalles i dag rehabiliterings- og omsorgsboliger.

Under arbeidet med Birkelundutvalgets foreløpige tilråding, ble det klart at med de høye krav om standard som måtte stilles til en sykehusavdeling etter § 21.1 i løsgjengerloven, ville det ta tid før det kunne etableres noen sykehusavdeling som kunne være alternativ til drukkenskapsarrestene (NOU 1972:17). Det ble derfor foreslått å prøve

ut en annen løsning som utvalget kalte "avrusningsstasjon". I Birkelundutvalgets innstilling sies det:

"Avrusningsstasjonens første oppgave er naturligvis å ha omsorg for de anholdte mens de er beruset. Det behandlings-tilbud som må gis, begrenser seg til akutt behandling som er uomgjengelig nødvendig. Når klienten er edru, skal han tilbys rådgivning ved kvalifisert personell. Stasjonen skal - utenom det stasjonens personale kan yte - formidle kontakt til fagfolk eller til institusjoner som en måtte ønske å samarbeide med."

Avrusningsstasjonenes primære oppgave skulle med andre ord være å gi omsorg og akutt behandling så lenge personen var beruset. I motsetning til politiets drukkenskapsarrester var ideen allerede fra starten at en avrusningsstasjon skulle gi klientene den nødvendige medisinske hjelp i forbindelse med avrusning. Når klienten så ble edru, skulle det gis tilbud om rådgivning og formidling til institusjon som kunne gi mer langsiktig behandling. Allerede høsten 1970 ble det satt i gang forsøksdrift i Oslo med en slik avrusningsstasjon (se kap 2). I løpet av 1970-tallet ble det etablert i alt 11 avrusningsstasjoner i de største byene, med til sammen 260 plasser (Kjølstad, 1990).

Fylkeskommunene overtar ansvaret

Det offentlige engasjementet innen alkoholistsorgen skjøt fart på 1970-tallet og antall plasser i institusjon økte fra 1 276 i 1970 til 2 767 i 1982 (St.meld.nr.69 (1991-92)). Fra 1985 fikk fylkeskommunene et ansvar for døgnbehandlingsinstitusjonene samtidig som kvalitetskravene til behandling økte (lov om fylkeskommunalt ansvar for

alkoholistinstitusjonene m.v. av 30. mars 1984). Fra midten av 1980-tallet ble det også gjort omfattende forsøk med omorganisering og utbygging av tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere. I samarbeid med Nordland og Østfold fylkeskommune gjennomførte eksempelvis Sosialdepartementet et fem-årig prøveprosjekt der formålet var å bygge ut tiltak for rusmiddelmisbrukere i nærmiljøet. Som en følge av manglende behandlingsskapasitet for stoffmisbrukere, noe som framsto som et stort problem i forbindelse med HIV/AIDS-epidemien, iverksatte Sosialdepartementet i 1989 en omfattende handlingsplan mot stoffmisbruk. Som et resultat av handlingsplanen ble det på landsbasis etablert omkring 300 nye behandlingssplasser i døgninstitusjon for stoffmisbrukere (St.meld.nr.69 (1991-92)). Det har ellers funnet sted en forskyvning mot mer poliklinisk behandling, noe som igjen har gitt økt behandlingsskapasitet.

Tradisjonelt var alkoholistsorgen organisert som en statlig særomsorg, mens tiltak for stoffmisbrukere stort sett har vært en del av sosial- og helsetjenesten i kommunene. Fram til regionaliseringen av alkoholistsorgen i 1985 hadde staten også en egen overlege for alkoholistsorgen som hadde ansvar for innleggelser på klinikker og kurhjem. Overlegen som var tilknyttet Statens edruskapsdirektorat, forvaltet også eventuelle tvangstiltak med hjemmel i Edruskapsloven av 1932. Videre ble de aller fleste innleggelser i alkoholistsorgens institusjoner innrapportert til Edruskapsdirektoratet, slik at staten hadde et eget register over personer som hadde vært innlagt i institusjon for sine alkoholproblemer.

En viktig intensjon ved regionaliseringen av alkoholistsorgen, var at fylkeskommunene skulle ta et mer helhetlig ansvar for institusjonsbehandling av rusmiddelmisbrukere og at behandlingstiltak i mindre

grad skulle skille mellom alkoholmisbrukere og stoffmisbrukere. Stortingsmelding nr 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddel-misbrukere, slår endelig fast at:

“... behandlingen av alle typer rusmidler bør sees i sammenheng. Hjelpe-og behandlingstiltakene bør differensieres etter oppgaver og behov som i hovedsak knytter seg til alder, forhold til arbeidsliv, familie og sosialt nettverk”.

Lov om sosiale tjenester av 30. januar 1992, som trådte i kraft 1. januar 1993, legger opp til et nært og forpliktende samarbeid mellom fylkeskommuner og primærkommuner om tiltak for rusmiddelmisbrukere innen rammene for sosialtjenesten. Med den nye sosialtjenesteloven kan en således si at særomsorgen for rusmiddelmisbrukere endelig er avviklet. Videre skal tilbud til rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven skje i et samarbeid mellom kommunenes førstelinjetjenester og fylkeskommunenes annenlinjetjeneste. Det er i dag fylkeskommunene som har ansvaret for at det finnes et tilstrekkelig institusjonstilbud for å dekke behovet innen den enkelte fylkeskommune, enten ved at fylkeskommunen selv driver institusjoner eller ved at det inngås avtale om drift med institusjoner som eies av ulike organisasjoner eller stiftelser.

Utover de institusjonsplasser som inngår i de fylkeskommunale planer, finner en også et betydelig omfang institusjonsplasser som drives uten avtale. Langt på vei finansieres imidlertid også disse av det offentlige, ved at primærkommune og/eller fylkeskommune betaler for institusjonsoppholdet for den enkelte klient. Det fremste eksemplet her er de mange Evangeliesentrene i regi av Pinsebevegelsen. Etter vedtak

i Stortinget mottar imidlertid Evangeliesentrene også direkte tilskott gjennom Statsbudsjettet. Et annet utviklingstrekk innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere er etableringen av de mange behandlingsinstitusjoner basert på den såkalte Minnesotamodellen, som er vokst fram i løpet av det siste tiåret. Behandlingsoppholdet i disse institusjonene blir i all hovedsak finansiert utenom det offentlige, ved at det er klienten selv eller arbeidsgiver som betaler.

Utviklingen i Oslo

Tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere i Oslo har fulgt de samme hovedlinjer som landet for øvrig. Problemene knyttet til rusmiddelmisbrukere i Oslo har imidlertid alltid har vært større i omfang enn i andre kommuner. Dette har selvsagt sin bakgrunn i at Oslo er landets største kommune, og derfor alltid har hatt et langt større antall rusmiddelmisbrukere blant egne innbyggere. Av ulike grunner har imidlertid Oslo også alltid hatt en tilstrømning av folk fra landet for øvrig, og noen av disse har fått problemer og havnet i miljøer blant hjemløse og rusmiddel-misbrukere. Oslo har også hatt stor tiltrekningskraft på folk fra distriktene som i utgangspunktet har hatt ulike typer problemer, deriblant også rusmiddelmisbrukere. Dette har medført at Oslo alltid har hatt en uforholdsmessig stor andel av det vi gjerne kaller “tunge” rusmiddelmisbrukere, enten det nå gjelder alkohol eller andre stoffer. Oslo kommune hadde eksempelvis i mange år et eget sosialkontor “Herbergekretsen”, senere Sosialsentralen, for folk uten fast bopel. Sosialsentralen ble avviklet på midten av 80-tallet. De bostedsløse ble etter dette fordelt på sosialkontorene i bydelene ut fra fødselsdato. Kontoret for edruskapsvern i Oslo kommune administrerte innleggelser til statlige kursteder og til kommunale og private tilsynshjem.

I de største byene har husvilleherbergene gjennom mange år tatt hand om en stor andel av de mest forkomne rusmiddelmissbrukerne. Herbergene var et generelt tilbud til fattige som ikke hadde noe sted å bo, og de ble derfor et viktig tilbud for hjemløse alkoholikere. I Oslo var det private organisasjoner som tok initiativ til å reise husvilleherbergene i slutten av forrige århundre. Etter hvert ble imidlertid også Oslo kommune involvert. Utbyggingen skjøt fart i 1920-årene, og i 1928 ble det opprettet et eget kontor, Herbergesentralen, for å fordele sengeplasser. Tilværelsen på herbergene var kummerlig. På store sovesaler var det en blanding av ulike klientgrupper; unge og gamle, syke og friske, arbeidsløse og folk i arbeid. Å være tvunget til å bo på husvilleherberge var ingen lystelig tilværelse, og alkoholrus ble for mange et middel for å klare å holde ut (Johansen, 1970). Det største kommunale mannsherberget i Oslo lå i Christian Krohgs gt, det såkalte "Krohen". Det hadde på det meste 470 sengeplasser, mens Frelsesarmeens herberge i Urtegata var omtrent like stort med 400 senger. Videre drev også Oslo Indremisjon herbergevirksomhet. Oslo hadde egne herberger for kvinner med i underkant av 100 sengeplasser (NOU 1972:17). På det meste hadde Oslo omkring 1 200 herberge-plasser.

Det ble etter hvert reist en massiv kritikk mot herbergesystemet. Først og fremst fordi det ble sett på som en uverdigg måte å oppbevare rusmiddelmissbrukere. Herbergene klarte heller ikke å yte klientene noe annen hjelp enn det å gi tak over hodet. I et samarbeid mellom klienter og ansatte i alkoholistsorgen oppsto "Aksjonsgruppa for herbergister og uteliggere" på 1970-tallet. Aksjonsgruppa arbeidet for å bedre herbergistenes og uteliggernes sosiale posisjon. På 1980-tallet ble det klart at herbergesystemet sto for fall. Oslo kommune etablerte etter hvert mindre vernede bo- og omsorgsenheter for klientgruppen som

gjorde bruk av herbergene. De siste herbergeplassene i Oslo ble avviklet på slutten av 1980-tallet.

3. AKUTTILTAK I OSLO

Etter endringene i løsgjengerloven er det i Oslo etablert ulike akuttiltak for rusmiddelmissbrukere. Den eldste av disse er avrusningsstasjonen som i dag heter Akuttinstitusjonen i Storgata eller mer populært kalt "Rusa".

Ved hjelp av midler fra Sosialdepartementet ble det i løpet av tre uker høsten 1970 gjennomført et prøveprosjekt med avrusningsstasjon i Oslo. Prosjektet var et samarbeid mellom Oslo politikammer og Oslo kommune. Oslo Indremisjon stilte sitt nattherberge, som bar navnet Hotell Gjennomtrekk, til disposisjon for prøveprosjektet. Prosjektet gikk ut på at politiet skulle bringe hver tredje person som ble arrestert for ordensforstyrrelse på grunn av alkoholbruk, til avrusningsstasjonen på Hotell Gjennomtrekk. I de tre ukene forsøket varte, ble det til sammen foretatt 325 innleggelser fordelt på 246 forskjellige klienter, alle menn (Sundby et al 1971). Omkring 20% av de innlagte klientene var over 60 år, vel halvparten mellom 40 og 60, og rundt 25% var under 40 år. Flertallet hadde ikke regelmessig kontakt med familie. Eksempelvis var bare fire prosent gift. Det var et lite mindretall som var i regelmessig arbeid, mens flertallet levde av trygd/sosialstønad.

Etter den tre uker lange forsøksperioden fungerte Hotell Gjennomtrekk igjen som nattherberge, men fra august 1971 gjenopptok Oslo Indremisjon driften med en avrusningsstasjon i det samme lokalet (Gudjonsson, 1973). I løpet av det snauet året Hotell Gjennomtrekk fungerte som avrusningsstasjon i regi av Oslo Indremisjon, var det til sammen over 5000 innleggelser som representerte omkring 1000 forskjellige klienter, alle menn.

En undersøkelse av et utvalg på 307 klienter, viste en gjennomsnittsalder på 48 år. 16% var over 60 år, 26% i alderen 50-59 år, 41% i alderen 40-49 og 26% under 40 år (Gudjonsson 1973). Også i dette utvalget var det bare et lite mindretall som hadde kontakt med familie, bare 6% var gift. Klientene hadde gjennomgående dårlige helseforhold og en stor andel levde på trygd eller sosialhjelp. De aller fleste hadde et langvarig misbruk av både alkohol og medikamenter. Majoriteten hadde hatt flere opphold på alkoholistsorgens institusjoner. Bare 16% hadde egen bolig, 73% ble registrert å være uten fast bopel (UFB) eller bodde vanligvis på herberger for husville, og 6% bodde på institusjon.

“Rusa”

Oslo kommune åpnet sin første ordinære avrusningsstasjon 1. juli 1972, to år etter at endringene i løsgjengerloven trådte i kraft. Samtidig opphørte avrusningsstasjonen ved Hotell Gjennomtrekk. På folkemunne fikk virksomheten etter kort tid betegnelsen “Rusa”. Hotell Gjennomtrekk ble tatt i bruk som venteavdeling for avrusningsstasjonene i 1976 fram til denne ble flyttet til Holmenveien i 1985. En del klienter har oppholdt seg i venteavdeling i tidsrommet mellom avrusningen og evt. videre opphold på behandlingsinstitusjon eller i påvente av et botilbud.

“Rusa” har gjennom årene holdt til i midlertidige lokaler,- i det alt vesentlige brakker, - først på Ankertorget, så på to steder innenfor området av Storgata 36. Etter hvert ble brakkene svært nedslitte. I 1996, etter 25 års virksomhet, flyttet institusjonen endelig inn i permanente lokaler, og da i en restaurert, bevaringsverdig bygning på samme området som brakkene tidligere hadde stått. Inntaket av klienter skjer i hovedsak ved at berusede personer selv henvender seg på porten, og ber om plass. Hvorvidt den som henvender seg skal få plass eller

ikke vurderes av de ansatte der og da. Det er således ikke krav om henvisningsinstans og det er ikke ventetid for å få plass. Hvis det er ledig seng og klienten vurderes å være i behov av den hjelp "Rusa" kan gi, blir klienten tatt inn umiddelbart.

Kapasiteten ved "Rusa" har endret seg gjennom årene. Fra at det på 1970-tallet var til sammen 50 sengeplasser, er antallet på 1990-tallet redusert til 20. Dette avspeiler nok i stor grad nedgangen i behovet for denne typen akutt-tiltak.

Avrusningsstasjonen ble i de første årene fulgt av en forskergruppe under ledelse av Odd Ramsøy (Ramsøy og Semmingsen 1974, Ramsøy og medarbeidere 1978). Odd Ramsøy var leder for en gruppe studenter ved Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo som engasjerte seg aktivt i de hjemløse alkoholmisbrukeres situasjon. Forskergruppen hilste etableringen av avrusningsstasjoner velkommen. Ved siden av å systematisere data om innleggelser og klienter i de første driftsårene, fungerte forskergruppen også som en viktig støttespiller for de ansatte.

Avrusningsstasjonen Lakkegt - Skarpsno - Montebello

I utgangspunktet var tanken at politiet skulle bringe overstadig berusede personer til "Rusa" i stedet for å sette dem i fyllearresten. I tillegg ble det et stort press fra andre institusjoner som nå ikke lenger så det som sin oppgave å ta hånd om sterkt berusede personer. Ansatte på "Rusa" var imidlertid ikke alltid like positivt innstilt på å ta inn de klientene som politiet brakte inn. Etter hvert ble det mer og mer vanlig at berusede personer selv kom til "Rusa" for å be om plass, og etter kort tid ble dette den viktigste inntaksveien. Resultatet ble at politiet ofte ikke fikk plass til "sine" klienter, slik at de måtte bruke politiarresten til berusede personer de fant å måtte ta hånd om.

Høsten 1976 ble denne situasjonen avhjulpet ved at det ble åpnet en ny avrusningsstasjon med 35 senger, som i helhet ble reservert for klienter som ble innbrakt av politiet. Den nye avrusningsstasjonen, "Pol'tirusa", holdt i de første årene til i brakker i Lakkegata. Brakkene ble senere (1982) flyttet til Skarpsno. I dag holder denne avrusningsstasjonen til i permanente lokaler på Montebello - Akuttinstitusjonen Montebello - og tar i hovedsak imot klienter via Oppsøkende tjeneste og politiet, samt gjennom telefonhenvendelser.

Fordelingen av klienter mellom "Rusa" og Montebello har i noen grad skjedd etter visse retningslinjer, yngre og nyere klienter og kvinner blir oftere sendt via politiet eller Oppsøkende tjeneste til Montebello. Dersom klienten vurderes til å ha brukt andre stoffer enn alkohol, blir han eller hun likevel sendt til "Rusa", da Montebello bare tar i mot alkoholmisbrukere.

Andre akutttiltak

Avrusningsstasjonene var som nevnt først og fremst innrettet mot alkoholmisbrukere. Selv om det var flere av klientene som også misbrukte ulike medikamenter og en etter hvert også fikk kontakt med stoffmisbrukere, var det misbruket av alkohol som sto i fokus. Det ble lagt spesiell vekt på formidling av bostedsløse alkoholmisbrukere videre i tiltaksapparatet.

Etter hvert reiste det seg imidlertid også behov for et akuttiltak for stoffmisbrukere over 18 år. Når det gjaldt de yngre stoffmisbrukerne, ble det allerede på slutten av 1970-tallet etablert en akuttinstitusjon på Ullevål sykehus i regi av barnevernet. I 1987 åpnet Oslo kommune så Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere over 18 år ("Akutten"). I de første årene holdt "Akutten" til i Blå Kors gården tvers over gata for

“Rusa”. “Akutten” flyttet i 1992 til Ullevål sykehus der den nå har 20 plasser organisert i en mottaksavdeling og en utredningsavdeling. I mai 1993 ble det åpnet nok en akuttavdeling, M3, som nå holder til i Blå Kors gården. M3 har 12 plasser. Det kan også nevnes at Kontaktsenteret P22 som drives i privat, kristen regi, også fungerer som akuttiltak for rusmiddelmisbrukere i Oslo. Uteseksjonen som driver oppsøkende arbeid blant stoffmisbrukere i Oslo sentrum har i tillegg et natthjem som er åpent fem dager i uka. Det er også et eget natthjem for prostituerte i regi av Kirkens bymisjon. Det drives videre oppsøkende arbeid rettet mot prostituerte (Pro-senteret) og rusmiddelmisbrukere (Oppsøkende tjeneste).

Misbrukerghetto

“Rusa” befinner seg i et område av Oslo som både geografisk og sosialt gjennom mange år har vært preget av de mest nedkjørte rusmiddelmisbrukerne. Innenfor en relativt liten radius omkring krysset Hausmannsgate/Storgata og Nedre Tøyen fant en her de store herbergene, varmestuer, vernehjem osv i regi av Oslo kommune og humanitære religiøse organisasjoner. Herbergene ble avviklet på 1980-tallet. En har i stedet fått andre typer tiltak som i større grad tar sikte på å gi langtkomne alkoholmisbrukere omsorg og et mer verdig liv. Det er imidlertid fremdeles mange tiltak for rusmiddelmisbrukere på et konsentrert geografisk område, og gatebildet omkring Akuttinstitusjonen i Storgata er fortsatt preget av berusete personer. Også Rusmiddeletaten som har ansvaret for tiltakene på rusmiddelfeltet i Oslo kommune, ligger så og si midt i krysset Storgata/Hausmannsgate, mens det tidligere Rehabiliteringskontoret lå litt lenger borte i Storgata. Rusmiddeletaten i Oslo har derved en geografisk nærhet til sine klienter.

Forskjeller i standard

En interessant forskjell mellom behandlingstiltak innrettet på alkoholmisbrukere og tiltak innrettet på stoffmisbrukere, er forskjellen i bemanningsprofil og materiell standard for øvrig. Mens behandlingsinstitusjoner for alkoholmisbrukere i Oslo har vært å finne i til dels kummerlige lokaler, har de tilsvarende institusjoner for stoffmisbrukere i hovedsak hatt til dels høy standard. Videre har alkoholistomsorgen langt på vei har vært basert på arbeidskraft uten fagutdanning innenfor sosial- og helsefag, mens behandlingstiltak for stoffmisbrukere i langt større grad har stilt krav om slik profesjonell bakgrunn for sine ansatte. Bemanningen har gjennomgående også vært langt høyere i tiltak for stoffmisbrukere enn i tiltak for alkoholmisbrukere. På 1970-tallet hadde eksempelvis Akuttinstitusjonen i Storgata omkring 45 stillinger som skulle betjene 61 klienter (inkludert venteavdelingen). I underkant av 20 stillinger var innrettet på ansatte med helse-sosialfaglig utdanning, mens det var 17 stillinger for verneassistenter, der det ikke ble stilt krav om helse-eller sosialfaglig utdanning (Ramsøy et al 1978). Videre var 10 stillinger knyttet til kjøkken/kontor. Til sammenligning hadde Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere over 18 år, da den ble etablert på Ullevål i 1992, omkring 50 stillingshjemler og plass til 20 klienter (Akuttinstitusjonen, 1992). Til alle stillingene utenom kontorteknisk stab, forutsatte en her ulike typer helse- og sosialfaglig utdanning. Bemanningsfaktoren på "Akutten" var med andre ord 2,5 pr klient mens den på "Rusa" i utgangspunktet var omkring 0,75 per klient. Bemannings situasjonen på "Rusa" bedret seg noe fram til 1997 da det var 32,5 stillinger (hvorav 5,5 midlertidige engasjementer) til 20 klientplasser, dvs en bemanningsfaktor på 1,6 (Akuttinstitusjonen Storgata 1996). "Rusa" har imidlertid ingen fast lege- eller psykologstilling, mens "Akutten" i 1997 hadde fire lege- og tre psykologstillinger. Selv om bemanningen på "Rusa" er bedre i dag enn tidligere,

er det altså fremdeles stor forskjell mellom de to akutt tiltakene. Etter at Akuttinstitusjonen i Storgata flyttet inn i nye lokaler, er det imidlertid ikke lenger de store forskjellene i materiell standard mellom de to tiltakene. Det kan likevel nevnes at lokalene til "Rusa" er noe uhensiktsmessig med en fordeling på to plan, og med begrenset bemanning kan det derfor være vanskelig å holde oversikt over klientene.

At det til dels har vært og fremdeles er forskjeller mellom tiltak som er innrettet på alkoholmisbrukere og tiltak som er innrettet på stoffmisbrukere, kan eksempelvis illustreres med et utsagn i en avisreportasje der det framkommer at det ikke bare er tilfredshet med at Oslo-politikerne har slått sammen det såkalte "Overdoseteamet" som jobbet mot stoffmisbrukere og Oppsøkende tjeneste, som først og fremst rettet seg inn mot alkoholmisbrukere.

"Sammenslåingen var et resultat av et politisk vedtak, og ingen av de ansatte virker som om de egentlig er spesielt begeistret for koalisjonen. Vi skraper på yrkesmessige motsetninger. Årene har skapt unaturlige lønnsforskjeller mellom de som jobber med alkoholisererte versus narkomane. Pengene fordeles skeivt innenfor etaten og statusen for de som jobber med narkomane er høyere, sier de som er mest opptatt av alkoholistene. Overdoser gjør seg bedre på TV enn utslitte alkoholister som dør av leverskade"

(Klassekampen 13.06.98.)

Det kan være flere grunner til at det har vært slike forskjeller. Misbruk av alkohol og tiltak for alkoholmisbrukere har en relativt lang historie. Klientene har i stor grad vært godt voksne, og en målsetting om

rehabilitering har etter hvert blitt begrenset. Tiltakene har derfor i mange tilfeller tatt mer sikte på å gi misbrukerne tak over hodet, enten midlertidig eller mer permanent. Da problemene med misbruk av narkotiske stoffer for alvor framsto som et problem på slutten av 1960-tallet, ble det aktuelt å starte opp noe nytt. Misbrukerne som skulle gis behandling, var ungdom. Målsettingen med behandling og andre tiltak var allerede i utgangspunktet definert offensivt. De det gjaldt, skulle slutte å bruke narkotika. Det ble derfor lagt stor vekt på at de skulle få profesjonell hjelp og at standarden i behandlingstiltakene også ellers skulle være best mulig. Selv om det etter hvert viste seg å ikke være så enkelt, og at også stoffmisbrukerne etter hvert ble eldre, må målsettingen for behandling av stoffmisbrukere fremdeles sies å være mer offensiv enn det vi finner når det gjelder alkoholmisbrukere. Dette er etter alt å dømme én viktig grunn til at tiltak for stoffmisbrukere, i alle fall i Oslo, gjennomgående har langt høyere standard både bemanningsmessig og materielt enn tiltak som i hovedsak tar sikte på å nå alkoholmisbrukere. En annen viktig grunn kan være at tiltakene for alkoholmisbrukere og for stoffmisbrukere tradisjonelt har vært ulikt faglig forankret, og at det i dette har ligget ulike fagsyn på behandlings- og omsorgstiltak overfor rusmiddelmisbrukere.

Det hører også med til bildet at det for alkoholmisbrukere etterhvert er utviklet et relativt bredt og godt tilbud av ulike tiltak med lav inntaksterskel og hovedvekt på omsorg, mens en ikke har prioritert tilsvarende tiltak spesielt for stoffmisbrukere. Når det kliniske inntrykket er at stoffmisbrukere i økende grad synes å bruke noen av disse omsorgstiltakene som tidligere bare ble brukt av alkoholmisbrukere, kan denne ulikheten i utbygging av tiltak for de to gruppene av rusmiddel-misbrukere være én forklaring.

Ved å benytte data fra innleggelsene gjennom de mer enn 25 årene “Rusa” har vært drevet, ønsket vi altså å dokumentere hvorvidt det faktisk er skjedd endringer i klientsammensetning og bruk av rusmidler ved dette tiltaket i denne perioden. Videre ønsket vi å se på i hvilken grad avrusningstasjonen fungerer som en formidlingsinstans til videre behandling eller andre hjelpetiltak. Og endelig vil vi se på i hvilken grad man har stadig tilbakevendende klienter ved “Rusa”, og hva som kjennetegner disse “svingdørsklientene”.

4. KLIENTER VED “RUSA” - DATAGRUNNLAG

Helt fra oppstart i 1972, har “Rusa” ført arkiv over innleggelser for alle klienter. Hvordan opplysninger omkring hver enkelt innleggelse er registrert, har imidlertid endret seg noe gjennom årene. I den første tiårsperioden ble det ført enkle journaler med navn og fødselsdato for klienten samt dato for hver enkelt innleggelse og utskrivning. Journalen inneholdt i mange tilfeller også en beskrivelse av tilstanden ved innleggelse (beruselse og evt. andre forhold), mens andre ting (f eks hvilke rusmidler som ble brukt, boforhold, økonomiske forhold etc.) ofte ikke ble tatt med. Fra og med 1973 ble det tatt i bruk egne skjemaer for registrering av mer utfyllende informasjon om klienten ved hver enkelt innleggelse. Dette skjemaet har vært endret gjennom årene (i 1983, 1988, 1991, 1993, 1995 og 1996). Skjemaet som brukes per i dag er gjengitt i Vedlegg A. Det har til enhver tid vært den av de ansatte på vakt som har tatt imot klienten, som har ført journalen og inntaksskjemaet. Gjennom årene har det derfor vært svært mange forskjellige personer som har registrert informasjon omkring de mange klientene og innleggelserne.

Data fra hele dette arkivet er blitt overført til en datafil hvor opplysningene omkring hver enkelt innleggelse er blitt organisert etter et sett av variabler på et kodeskjema som er basert på den siste versjonen av innleggelsesskjemaet. Overføringen av data har i sin helhet vært foretatt av ansatte ved Akuttinstitusjonen i Storgata under veiledning av SIFA. Det er flere grunner til at overføringen av data er gjort av ansatte ved “Rusa”. Delvis dreier det seg om personidentifiserbar sensitiv informasjon, hvor de ansatte ved tiltaket i alle tilfelle har adgang til opplysningene, mens en i forskningsøyemed bare har bruk for opplysninger som ikke er identifiserbare. Dessuten er det snakk om et

arkiv som ikke kunne flyttes ut av institusjonen. Overføringen av informasjon fra kartotek til datafil måtte derfor skje i Akuttinstitusjonens lokaler. En annen viktig begrunnelse, er at de ansatte har grundig kjennskap til datagrunnlaget (journaler og inn-leggelsesskjema) og de har derved langt bedre forutsetninger for å trekke ut og fortolke de foreliggende opplysningene, slik at de kunne tilpasses det oppsatte kodeskjema.

Før en kunne overføre informasjon fra arkiv til datafil, ble det søkt Datatilsynet om adgang til å gjøre dette. Søknaden til Datatilsynet ble utarbeidet i samarbeid med Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i Bergen som bidro på en svært positiv måte. Datatilsynet avslo i første omgang søknaden under henvisning til at det i ettertid kunne foretas en såkalt "bakveis" identifisering av klientene. Datatilsynet påpekte også at det ikke var innhentet informert samtykke fra klientene. I en anke ble det presisert overfor Datatilsynet at det ville være praktisk umulig og etisk betenkelig å skulle innhente informert samtykke fra omkring 10 000 klienter, (hvorav mange er døde og mange har ukjent adresse) for å gjøre bruk av meget begrenset informasjon omkring avrusningoppholdene til forskningsformål. Videre ble det framholdt som usannsynlig at en på grunnlag av kjønn, alder og tidspunkt for innleggelse(r) til avrusning, skulle kunne foreta en "bakveis" identifisering av enkeltpersoner i et så stort materiale. Anken ble tatt til følge, og det ble gitt dispensasjon for opprettelse av personregister til forskningsformål.

Om overføringen av informasjon

Det ble installert tre PC'er på Akuttinstitusjonen i Storgata med programvare og en ferdig mal for innlegging av data (i programmet "FOSS"). Etter å ha fått opplæring, foretok en gruppe av de ansatte

dataoverføringen. Klientarkivet ble organisert på den måten at hver av de ansatte som deltok i dataoverføringen, fikk en serie løpenummer for klientene de skulle overføre data for (f eks løpenummerne fra 7000 tom 7999). Opplysninger om den enkelte klient er delvis å finne på skjema for den enkelte innleggelse, delvis i klientens journalmappe. For hver enkelt klient ble det så laget et løpenummer (som derved også identifiserte hvem som hadde overført data) og som i tillegg ble påført klientens journalmappe. Den enkelte innleggelse for hver klient ble ført som en enhet etter den samme kodebok (det samme sett med variabler). De aktuelle variablene var klientens løpenummer, kjønn og fødselsår, og for hver innleggelse dato for innleggelse og for utskrivning, hvem som foretok innleggelsen, bostedskommune, boforhold ved innleggelse, hovedinntektskilde, rusmiddelprofil (bruk av alkohol, "piller", narkotika, løsemidler, substituttsprit, og bruk av evt andre rusmidler), beruselse ved innleggelse, hvorvidt klienten var ferdig avrust ved utskrivning eller om behandlingen var avbrutt, samt hvorvidt klienten var henvist videre til andre behandlingsinstanser, et vernet botilbud eller annet. For alle disse variablene var svarene standardisert og gitt kodetall som skulle skrives inn i datafilen.

Mulige feil i data

Ved overføring av informasjon fra journaler og spørreskjema til datafiler, vil det foreligge mulighet for flere typer av feil. Ettersom selve arbeidet er ensformig og hele tiden krever høy konsentrasjon, vil det alltid være en fare for at det skjer "punch-feil" slik at feilaktige data legges inn. Et slikt eksempel i dette materialet er de registrerte datoene for innleggelse og utskrivning, hvor vi for omkring 100 klienter har fått registrert innleggingsdato på et senere tidspunkt enn utskrivningsdato. I en del slike tilfelle er det mulig å gå tilbake og sjekke data og korrigere feil, men det vil også kunne være feil i datafilen som ikke blir oppdaget.

Dersom det ikke er grunn til å tro at slike feil er systematiske, men at de er tilfeldig spredt, vil de imidlertid ha lite å si for beskrivelse av sammenhenger, forskjeller, trender osv. Når det gjelder slike mulige punchfeil, er det grunn til å anta at disse er tilfeldig spredt i det foreliggende materialet.

Overføringen fra journaler til datafil skulle i utgangspunktet dekke alle innleggelser for alle klienter ved Akuttinstitusjonen i Storgata, fra åpningen i 1972 til og med 1996. For noen klienter ble imidlertid en del innleggelsesskjema fjernet fra arkivene i 1993 pga plassmangel. Dette gjaldt for klienter med svært mange innleggelser og hvor innleggelsesskjema som var 10 år eller eldre ble makulert. Dette innebærer først og fremst at mer detaljert informasjon omkring disse innleggelsene mangler, mens registreringen av selve innleggelsene med dato for innleggelse og utskrivning fremdeles skal være i journalmappen, slik at disse opplysningene likevel skulle være overført.

Ramsøy og medarbeidere fulgte driften ved avrusningsstasjonen de første 4 1/2 årene, fra juli 1972 til og med 1976. For perioden 1-7-72 t.o.m. 31-5-74 hadde de registrert ialt 9 814 innleggelser fordelt på 2 683 klienter (hvorav 9,4% var kvinner). Dette er imidlertid noe høyere tall både når det gjelder antall innleggelser og antall klienter, enn de tallene vi får ut fra de overførte arkiv-data. De overførte data for denne perioden omfatter 8 164 innleggelser fordelt på 2 359 personer (dvs henholdsvis 83,2% av innleggelsene og 87,9% av antallet personer som Ramsøy og medarbeidere registrerte). I likhet med Ramsøy og medarbeidere finner vi en kvinneandel av klientene på ca 10%. I årsmeldingen for Akuttinstitusjonen i Storgata for 1993 angis det at det for dette året var til sammen 1 877 innleggelser. I det overførte datamaterialet er det registrert 1 852 innleggelser i 1993, hvilket utgjør

98,7% av "Rusa"'s egne tall. Den største forskjellen mellom det som må antas å være det fullstendige materiale og de data som er overført, synes å gjelde antall innleggelser, og særlig for den første perioden, slik at omfanget av innleggelser er mindre i det foreliggende materialet enn antall innleggelser som i realiteten har funnet sted.

Data som vi vil beskrive i det følgende, stammer med andre ord fra et utvalg klienter og et utvalg av innleggelsene ved Akuttinstitusjonen i Storgata gjennom perioden fra juli 1972 til og med 1996. Utvalget omfatter riktignok størstedelen av innleggelsene og de aller fleste klientene. Det er vanskelig å si hvorvidt utvalget representerer noen systematiske skjevheter i forhold det totale antall klienter og innleggelser. Vi har imidlertid ikke funnet noe som tilsier at de feilkildene vi har kunnet registrere, på noen måte skulle kunne bidra til å gi et systematisk skjevt bilde.

Vi har analysert i alt 68 601 innleggelser i perioden 1972 tom 1996. Av disse innleggelsene utgjorde menn den klart største delen, - i alt 60 358, mens 8 243 innleggelser var kvinner. De fleste innleggelsene må sies å være kortvarige, - 62% var 0-2 dager, 27% var 3-7 dager og de aller fleste (94%) var av under 2 ukers varighet.

Innleggelser og klienter, - to analysenivåer

Datamaterialet er analysert enten med innleggelser eller med personer/klienter som enhet. Det vil framgå av figurteksten hvorvidt beregningene er foretatt på grunnlag av antall innleggelser, eller på grunnlag av antall klienter/personer. I en del tilfeller er det foretatt separate analyser for kvinner og menn. Til sammen var det 8 560 personer som sto for de nærmere 70 000 innleggelsene, 87% av disse var menn. Det er flere grunner til at vi har analysert data både med

innleggelser og personer som enhet i analysene. Ettersom mange klienter er gjengangere, dvs at de har hatt to, flere eller mange opphold på "Rusa" gjennom årene, gir beskrivelser med innleggelser og beskrivelser med klienter som enhet, noe ulike bilder. Dette kan kanskje best illustreres med følgende hypotetiske situasjon: Dersom en betydelig andel av klientene var de samme gjennom hele perioden og altså fortsatte å komme tilbake til "Rusa", ville klientmassen være preget av at en stor andel etterhvert ble betydelig eldre. Dette kommer fram ved å beskrive alder med innleggelse som enhet, men ikke dersom man beskriver alder med person som enhet, enten som alder ved første innleggelse eller som gjennomsnitt over alle innleggelser. Ved å analysere med innleggelse som enhet, kan vi altså beskrive "klientmassen" og evt endringer i denne over tid.

Som nevnt, har mange av klientene hatt flere opphold på "Rusa". Noe mindre enn halvparten av klientene hadde imidlertid bare en innleggelse (44%), og gjennomsnittlig antall innleggelser per person var åtte. Dette betyr at mange klienter hadde en eller få innleggelser, mens en liten gruppe hadde svært mange (maksimum var 643). Én av dem med svært mange innleggelser, hadde i perioder flere innleggelser i løpet av ett døgn.

Med en reduksjon i antall sengeplasser på "Rusa" på 1990-tallet, er også omfanget av innleggelser gått ned, - i vårt materiale fra 2 541 i 1972 til 1 395 i 1996. Kvinneandelen av innleggelser har vært lav i hele perioden, men har likevel steget noe fra 10% i 1972 til 16% i 1996.

For å se på eventuelle endringer vedrørende innleggelser og klienter over tid, har vi delt de 25 driftsårene vi har data for, inn i fem innleggelserperioder, 1972-76, 1977-81, 1982-86, 1987-91 og 1992-96. Da

materialet omfatter storparten av innleggelsene og klientene ved "Rusa" gjennom 25 år, er det ikke foretatt noen statistiske tester på de forskjeller som måtte framkomme. Utsagn fra de ansatte som illustrerer eller utdyper funnene, er gjengitt i kursiv og med anførselstegn.

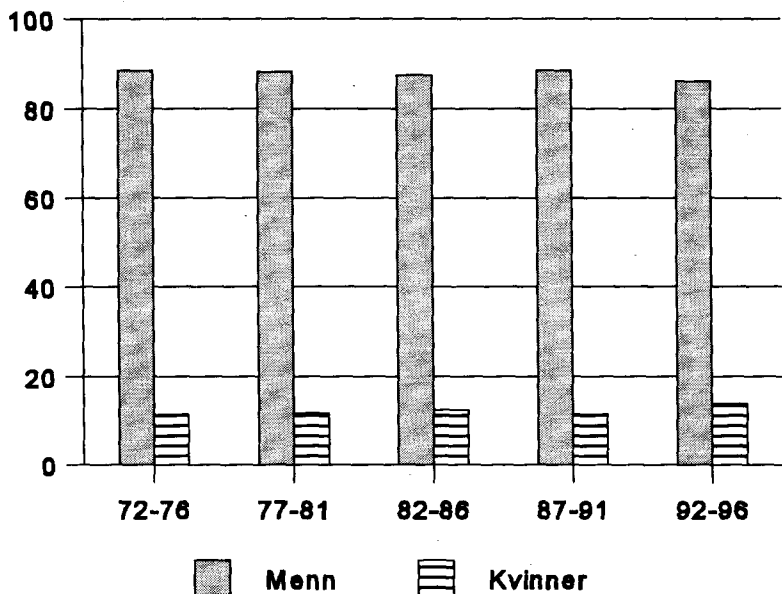
De tilgjengelige data vi har fra avrusningsstasjonen er, som nevnt, relativt sparsomme, de er ikke innsamlet til forskningsformål, og de oppfyller derved ikke helt de kravene vi vanligvis setter til datagrunnlag for forskning. På den annen side er opplysninger fra et tilnærmet fullstendig materiale over en 25 års periode svært verdifulle, fordi de gir en unik mulighet for å belyse de ovennevnte problemstillinger, som få, om noen andre, datamaterialer kan gjøre.

5. SOSIODEMOGRAFISKE FORHOLD

Kjønn og alder

I perioden fra de to avrusningsstasjonene for alkoholmisbrukere ble etablert på 1970-tallet, er antall avrusningsplasser for alkoholmisbrukere på 1990-tallet redusert fra til sammen 78 til 38 plasser. Dette ser imidlertid ikke ut til å ha medført økt press på de eksisterende akutt plassene, og det gjenspeiler nok at behovet for tiltaket er blitt redusert. I den samme perioden har det også skjedd en utbygging av ulike typer av botilbud for rusmiddelmisbrukere, og det kan derfor tenkes at dette har kompensert for nedbyggingen av de to avrusningsstasjonene. Det har også kommet til egne akutt tiltak for stoffmisbrukere. Med et mer begrenset tilbud til de mest utslåtte og forkomne misbrukerne, kunne man tenke seg at det ville skje endringer både i personalets prioritering av hvilke klienter som fikk tilbud om avrusningsopphold, og en endring i hvilke klienter som søkte om plass på "Rusa". Vi har i det følgende beskrevet fordelingen av innleggelser og klienter over 25-års perioden 1972-96, inndelt i 5-års perioder, etter kjønn, aldersgrupper, bo- og inntektsforhold. I det etterfølgende kapittel har vi også sett på mulige endringer i bruk av rusmidler.

Figur 1. Andel innleggelser som utgjøres av hhv menn og kvinner i de ulike innlegglesperiodene..

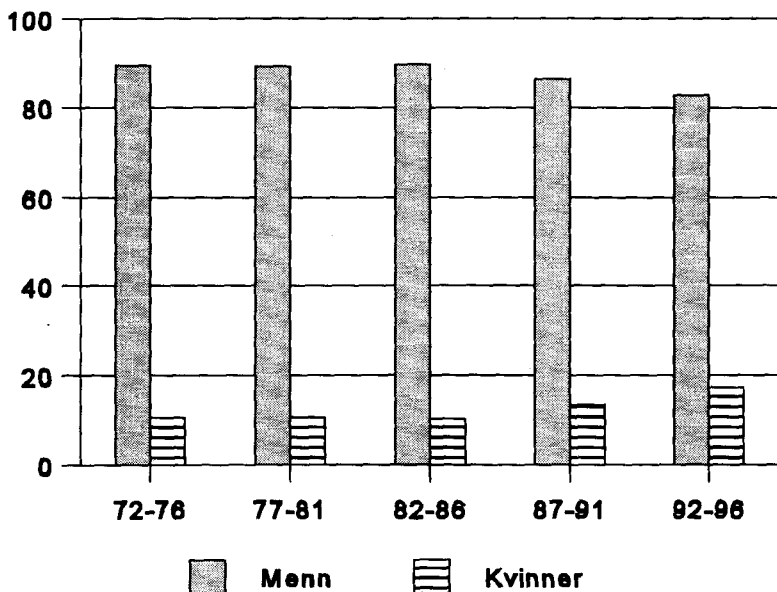


Som vi ser av figur 1, er det en overveiende andel av *innleggelsene* (i underkant av 90%) som utgjøres av menn. Andelen menn holder seg også ganske stabil gjennom hele 25-års-perioden, selv om vi ser en svak økning i kvinneandelen den siste 5-års perioden (fra 12% i perioden 1987-91 til 14% i perioden 1992-96).

Hvis vi derimot ser på kjønnsfordelingen blant antallet *klienter* for de samme 5-års periodene, blir bildet noe annerledes. I figur 2 ser vi kjønnsfordelingen blant klienter (antall personer) innlagt i de fem 5-års periodene. Vi ser da at det har vært en noe tydeligere økning i andelen kvinner i den siste delen av 1980-tallet og på 1990-tallet. Mens

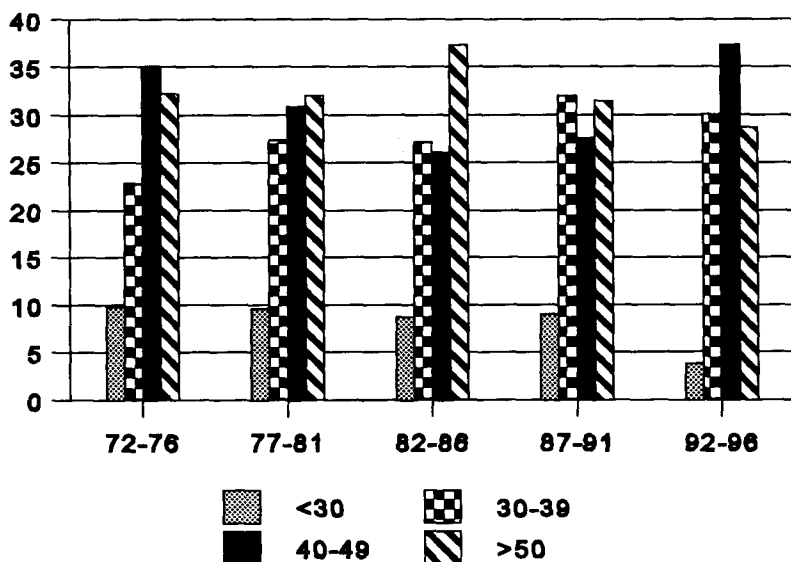
kvinneandelen var 10% blant alle innlagte personer i perioden 1982-86, var den steget til 17% i perioden 1992-96. Den noe større økningen i andelen kvinner når vi tar utgangspunkt i personer i stedet for innleggelser, innebærer at de kvinnelige klientene ved "Rusa" i gjennomsnitt har hatt en nedgang i antall innleggelser og således mindre omfang av såkalt "gjengangeri".

Figur 2. Andel menn og kvinner av antall klienter i de ulike innleggelsesperiodene.



Selv om det har vært en relativt liten endring i kvinneandelen blant klientene på "Rusa", kan det likevel synes som det har skjedd en viss økning av den samlede kvinneandelen blant klientene på de to avrusingsstasjonene i Oslo. Dette fordi andelen kvinner på Montebello har økt ganske mye, og andelen av kvinner på Montebello angis i dag å være ca. 30 prosent. Den relativt større økningen i kvinneandel på Montebello skyldes trolig at politiet og Oppsøkende tjeneste i stor grad benytter denne avrusningsstasjonen når det er snakk om kvinnelige klienter.

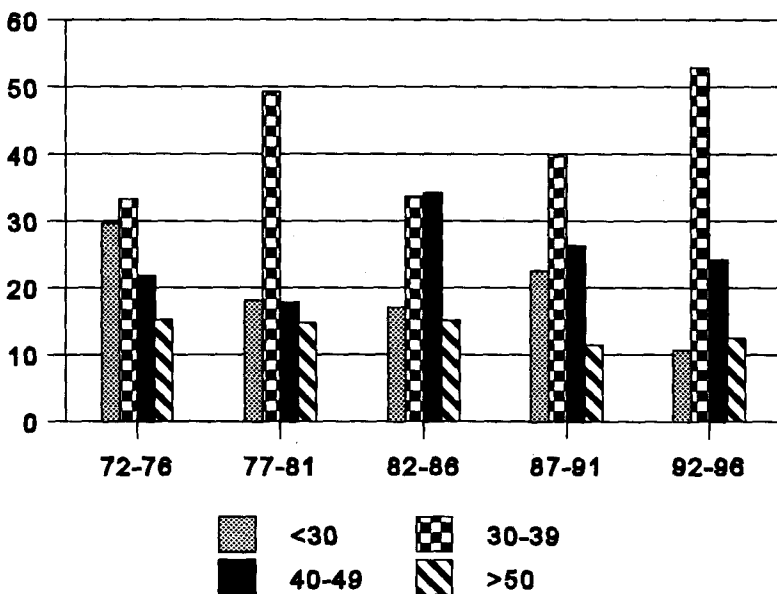
Figur 3. Aldersfordeling - innleggelser i de ulike periodene. Menn.



Figur 3 viser at mellom halvparten og to tredjedeler av de mannlige klientene som har vært innlagt, var i aldersgruppen 30-49 år, mindre enn

10% var under 30 år. Andelen av de yngste har sunket noe på 90-tallet, og det har også vært en synkende tendens blant de eldste (over 50 år) gjennom det siste ti-året. Det er imidlertid ikke noen svært tydelige endringer i alderssammensetningen blant de mannlige klientene gjennom disse 25 årene. Gjennom hele perioden har andelen under 30 år vært lav, og den er blitt enda lavere på 90-tallet.

Figur 4. Aldersfordeling - innleggelser i de ulike periodene. Kvinner.



Ser vi på aldersfordelingen blant de kvinnelige klientene, finner vi at kvinnene gjennomgående er noe yngre enn de mannlige klientene (figur 4). Også her ser vi en noe synkende tendens i den yngste aldersgruppen (de under 30 år). Det er også verdt å merke seg at andelen av kvinnelige klienter over 50 år gjennomgående er ganske lav (10-15%), og denne andelen er vesentlig lavere enn andelen over 50 år blant de mannlige klientene. Dette kan trolig sees i sammenheng med at livet som bostedsløs alkoholmisbruker er spesielt slitsomt for kvinner og beheftet med mye somatisk sykkelighet. Kvinnelige alkoholmisbrukere har trolig også en høyere forekomst av psykiatrisk co-morbiditet enn mannlige misbrukere (Helzer & Pryzbeck, 1988). Generelt har kvinner et langt lavere forbruk av alkohol enn menn. Dette er antakelig en viktig grunn til at kvinner som drikker "for mye" ofte får større problemer enn menn. Samfunnets fordømmelse av kvinner som misbruker rusmidler, er også jevnt over sterkere enn det som gjelder for menn (Järvinen & Rosenqvist 1991). Kvinnene i misbrukermiljøet blir i tillegg ofte utnyttet av menn ved at det eksempelvis forventes at rusmidler betales ved seksuelle tjenester (se f eks Stang, 1972). På den annen side mener de ansatte på "Rusa" å observere at kvinnelige misbrukere gjennomgående har et bedre nettverk enn det mannlige misbrukere har.

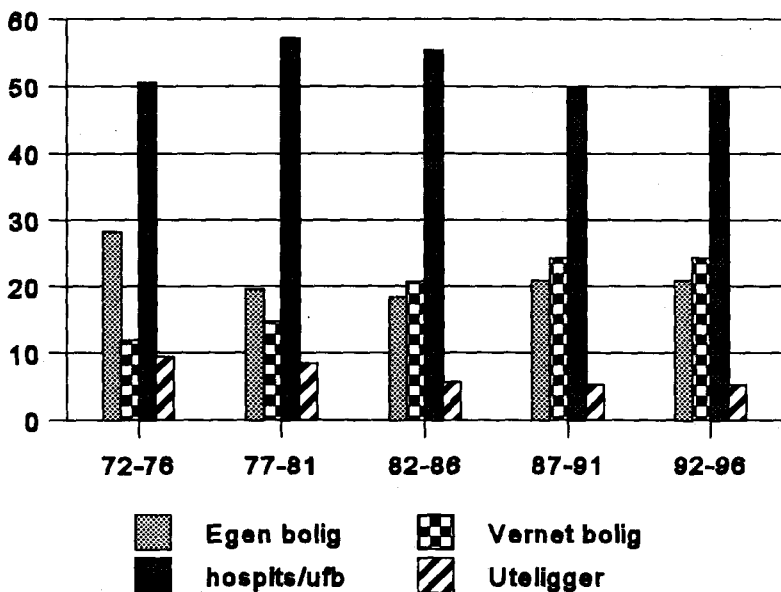
*"Kvinnene som kommer inn på "Rusa" har
ofte et bedre sosialt nettverk enn mennene,
og det hender oftere at de har en partner.
Mennene er veldig ofte svært sosialt isolerte".*

Dette er faktorer som kan tenkes å forklare hvorfor kvinner i større grad enn menn ser ut til å forsvinne fra gatemiljøet (og "Rusa") når de når en viss alder.

Bolig og inntekt

Klientenes boforhold ved innleggelse er registrert på innleggelses-skjema, og vi har foretatt en grovinndeling av kategoriene. For denne variabelen har vi gyldige observasjoner for ialt 48 501 innleggelser (71% av alle). Som vi ser av figur 5, var omfanget av mannlige klienter med egen bolig noe høyere i den første 5-årsperioden enn det som har vært tilfellet senere. Et inntrykk som formidles av de ansatte på "Rusa", er at mange av misbrukerne på 70-tallet hadde hatt en "vanlig" tilværelse med arbeid, egenstiftet familie og egen bolig, og i noen grad også

Figur 5. Prosentandel innleggelser med ulike boforhold i de ulike periodene. Menn (antall gyldige observasjoner = 42 846).



kunne gå tilbake til dette etter en (kortere eller lengre) periode med intensiv alkoholbruk. Vi ser videre at omfanget av uteliggere, dvs de som ikke bruker noen overnattingstilbud og er helt uten tak over hodet, er relativt lavt gjennom hele perioden og har vært noe lavere de siste 15 årene sammenliknet med de første 10 årene.

Avviklingen av herbergene og innskrenkningen i akutt-tilbudet for alkoholmisbrukere gjennom 25-års-perioden fra 1972 fram til i dag (se side 20), må sees i sammenheng med andre endringer i omsorgstilbudet for denne gruppen. Blant annet har det skjedd en betydelig utbygging av omsorgsboliger i denne perioden, noe som antakelig har bidratt til å redusere behovet for opphold på "Rusa". Ved behov for avrusning blir mange trolig værende i disse botilbudene. Vi ser likevel at det blant "Rusa"'s klienter, er en økende andel gjennom hele perioden som har et vernet botilbud, fra omkring 10% på begynnelsen av 70-tallet til nærmere 25% på midten av 90-tallet. Et viktig poeng er likevel at størstedelen av de mannlige klientene gjennom hele perioden har boforhold som må sies å være av midlertidig karakter.

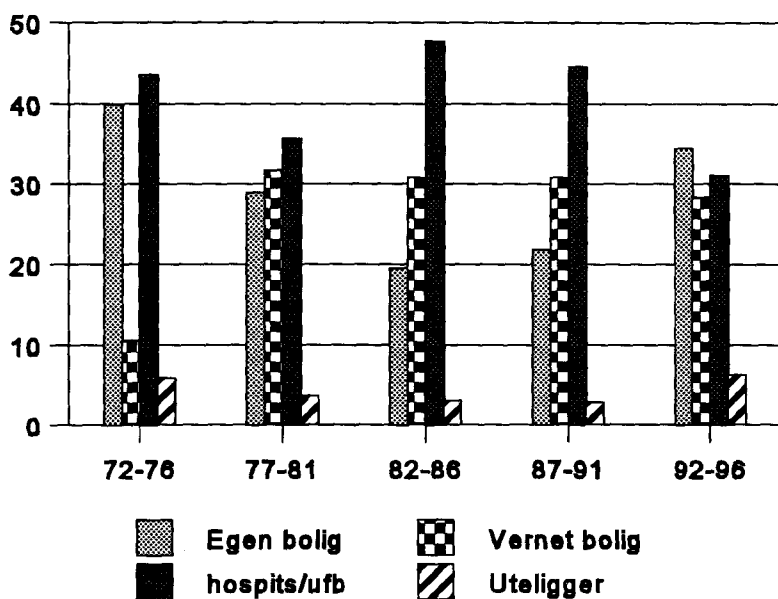
Den omfattende bruken av hospits er imidlertid slående gjennom hele perioden, og gir de ansatte på "Rusa" grunn til betenkeligheter:

*"Med tanke på utvikling av misbrukerkarrieren
kan det å bo på hospits i beste fall bidra til å
sementere misbruket, - alternativt virker det
ytterligere nedbrytende for misbrukeren."*

Også kvinnene har gjennom hele denne perioden i stor grad hatt midlertidige og tilfeldige boforhold (figur 6), men vi ser likevel at andelen som har egen bolig gjennomgående er høyere for kvinner enn

for menn. Dette gjelder særlig for de kvinnene som var klienter på 70-tallet og de som har vært innlagt nå på 90-tallet. Det at relativt

Figur 6. Prosentandel innleggelser med ulike boforhold i de ulike periodene. Kvinner (antall gyldige observasjoner = 5 655).



flere kvinnelige klienter oppgir å ha egen bolig kan ha flere forklaringer. Det kan blant annet henge sammen med at mange av kvinnene lever i parforhold hvor det er partner som har bolig. Boforholdet kan i så tilfelle være skjørt og ikke nødvendigvis uttrykk for stabile forhold over tid.

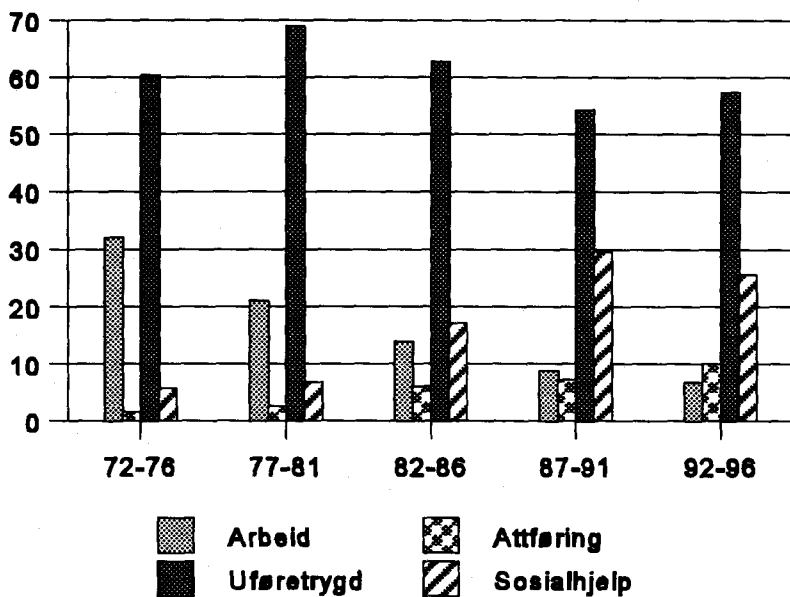
Vi har også sett på fordelingen av ulike hovedinntektskilder for klientene gjennom de ulike 5-års periodene. I likhet med beskrivelsen av klientenes boforhold er prosentgrunnlaget antall innleggelseser hvor inntektsforholdene er registrert (totalt antall gyldige observasjoner = 42 543) og ikke det totale antall innleggelseser. Selv om de refererte data ikke dekker alle innleggelsene i perioden, men bare de hvor den relevante informasjonen er gitt, gir det en beskrivelse av trender når det gjelder bo- og inntektsforhold for hovedtyngden av innleggelseser.

Vi ser av figur 7 at hovedtyngden av de mannlige klientene gjennom hele perioden har mottatt ulike trygdemidler. Dette er trolig i hovedsak uføretrygd ettersom relativt få har oppnådd vanlig alderspensjon.

“Mange av klientene på 70-tallet hadde krigserfaring, ofte som krigsseilere, men det var så godt som ingen som mottok krigsinvalidepensjon.”

Et interessant trekk er imidlertid, at andelen av mannlige klienter som har hatt arbeidsinntekt var relativt høy på 1970-tallet, mens den har sunket betydelig fram til 90-tallet. Motsvarende var andelen som mottok sosialhjelp, ganske lav på 1970-tallet, men har steget vesentlig på slutten av 1980- og på 1990-tallet.

Figur 7. Prosentandel av innleggelser med ulike inntektsforhold i de ulike perioder. Menn (antall gyldige observasjoner = 37 613).

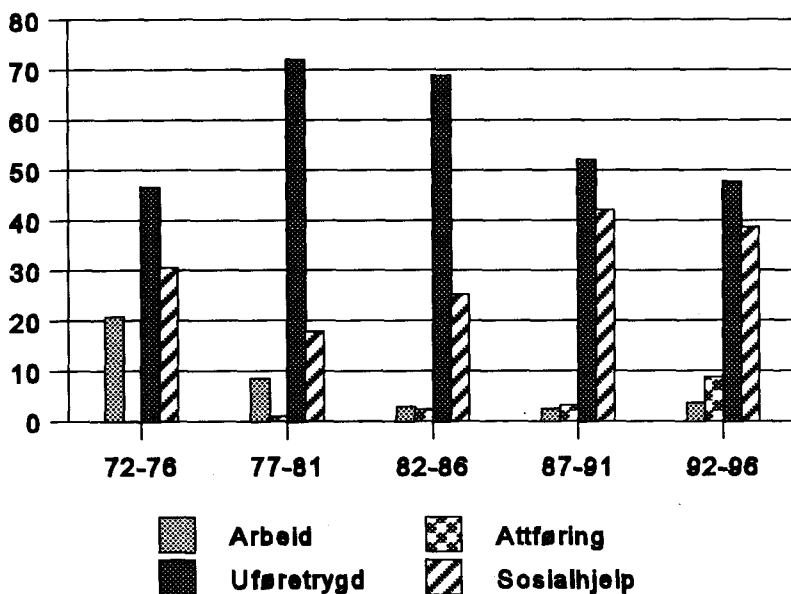


“Mange av klientene våre på 1970-tallet hadde nettopp en tilknytning til arbeidslivet før de kom til avrusning, og de hadde en målsetning om å komme tilbake i arbeid. Den gangen var det mer å spille på når det gjaldt muligheter for sysselsetting. For eksempel var det langt større muligheter når det gjaldt kortvarige arbeidsforhold der det ikke ble stilt spesielle krav til formell kompetanse. En del hadde ofte arbeid av en eller få dagers varighet,

*bl a på brygga med lasting og lossing av båter.
 Mange hadde også tradisjonelle håndverksyrker
 hvor drikking på arbeidsplassen var relativt
 vanlig og aksepten for alkoholbruk trolig var høy.”*

Når det gjelder de kvinnelige klientenes inntektsforhold, er hovedmønsteret mye av det samme som for menn: størstedelen av klientene har uføretrygd, det har vært en betydelig nedgang i andelen

Figur 8. Prosentandel av innleggelser med ulike inntektsforhold i de ulike perioder. Kvinner (antall gyldige observasjoner = 4 930).



av kvinner med arbeidsinntekt, og det har vært en betydelig økning i omfanget av sosialhjelpsmottagere, og da særlig det siste ti-året. Kvinnene har i mindre grad hatt arbeidsinntekt enn menn, også på 70-tallet. Andelen kvinner som mottok sosialhjelp har vært noe større enn den tilsvarende andel blant menn. Både blant menn og kvinner er det relativt få som har gått på attføringsmidler eller på arbeidsledighets-trygd.

“Blant de få som får attføringsmidler, er det imidlertid nesten ingen som er inne på et reelt attføringsopplegg.”

Både forholdene på arbeidsmarkedet og økningen i andel klienter som mottar ulike former for trygd reduserer sannsynligheten for at klientene skal kunne komme inn i (eller evt. komme tilbake til) en ordinær arbeidssituasjon.

6. RUSMIDDELPROFIL

Bruk av vanedannende medikamenter og narkotika

Et viktig siktemål med å analysere data fra innleggelsene på “Rusa”, har vært å beskrive klientenes bruk av andre rusmidler enn alkohol i årene tiltaket har vært i virksomhet. Vi ville søke å bekrefte eller avkrefte et klinisk inntrykk av at klientene i økende grad bruker andre rusmidler i tillegg til alkohol. En svakhet ved det foreliggende datamaterialet er som vi har nevnt, at slik informasjon ikke har vært samlet inn systematisk gjennom hele perioden, og at det derfor trolig er en under-rapportering om bruk av ulike rusmidler. Det er imidlertid likevel et svært omfattende materiale fra en sjeldent lang observasjonsperiode.

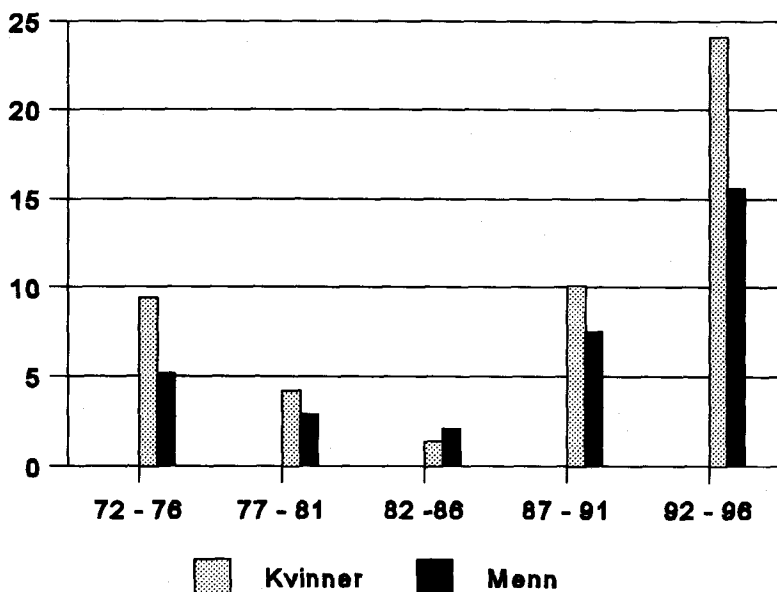
For å beskrive bruken av ulike rusmidler, har vi igjen delt observasjonstiden inn i 5-års intervaller og sett på kvinner og menn hver for seg. Vi har i første omgang sett spesielt på bruk av “piller” og bruk av narkotika. “Pillebruken” dreier seg trolig i det alt vesentlige om bruk av beroligende midler (benzodiazepiner eller benzodiazepinderivater som Valium etc.) eller Rohypnol og smertestillende preparater (primært kodeinholdige) som Paralgin Forte. Bruk av narkotika er i første rekke knyttet til opiatet (heroin) og i noen grad amfetamin. Det er trolig at en del av klientene også har brukt cannabis (hasj), men det er mer usikkert i hvilken grad dette er fanget opp ved inntak. Vi antar derfor at narkotikabruk i første rekke dreier seg om bruk av “tyngre” eller “hardere” stoffer.

Figurene 9 og 10 viser andelen der henholdsvis bruk av “piller” og narkotika er registrert ved innleggelse for menn og kvinner. For et flertall av innleggelsene finnes det imidlertid ikke opplysninger om slik

bruk, og det er derfor viktig å huske at disse tallene må betraktes som minimumstall.

Når det gjelder bruk av vanedannende medikamenter, er dette registrert for 733 av innleggelsene blant kvinnelige klienter og for 3 465 av innleggelsene blant mannlige klienter. Av figur 9 ser vi at andelen var høyere på 1970-tallet enn i første halvdel av 1980-tallet, og at den deretter har steget betraktelig. Den noe høyere andelen som ble registrert med pillebruk i den første 5-års perioden, kan sees i sammenheng med endringene i kontroll- og forskrivningspraksis i

Figur 9. Prosentandel av innleggelser hvor det er registrert bruk av "piller" blant kvinner og menn.

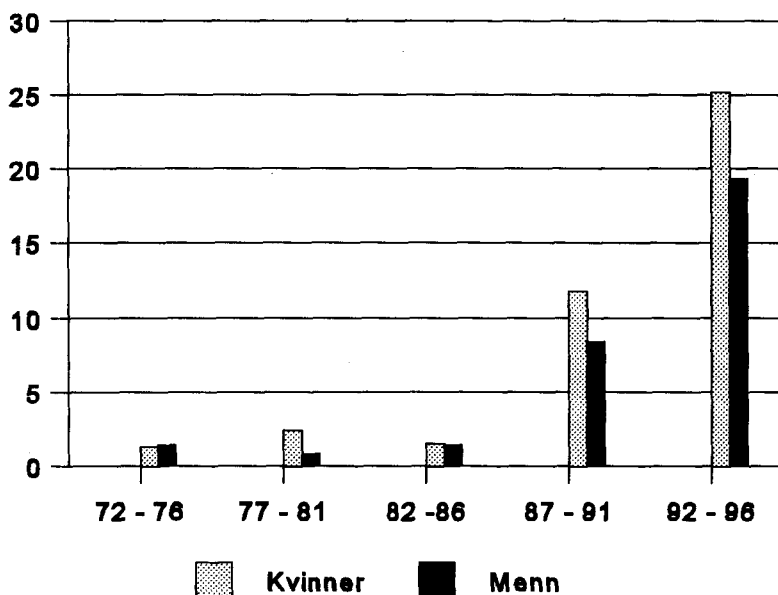


forhold til vanedannende medikamenter. På 1970-tallet ble en del medikamenter omklassifisert slik at forskrivning og kontroll med bruken ble strengere. Videre ble f eks bruken av barbiturater avtakende, og disse ble avregistrert i januar 1987, slik at de ikke lenger var i salg. Økningen i andelen med pillebruk som vi igjen ser på slutten av 80-tallet og nå på 90-tallet, har derimot skjedd i en periode hvor den legale tilgjengeligheten og det samlede forbruket av vanedannende og beroligende midler synes å ha vært lite endret, mens det på den annen side synes å ha oppstått et svart "pille"-marked (Smith-Solbakken og Tungland, 1996).

Av figur 9 ser vi også at andelen som bruker "piller", gjennomgående er høyere blant kvinner enn blant menn. I den siste 5-års perioden er det nærmere en fjerdedel av alle innleggelser av kvinnelige klienter hvor det er registrert bruk av "piller". Som allerede nevnt, må man ta i betraktning at dette er minimumstall. I sin innstruks om medikamentell behandling av klientene ved avrusningsstasjonen skriver overlege Ommundsen (1991) *"Mange av klientene er blandingsmisbrukere, konservativt anslått 40-50%. Benzodiazepiner/ alkohol er vanligste kombinasjon"*. Med hensyn til en høyere andel med "pillebrukere" blant kvinner, er dette parallelt til hva vi finner i studier fra den generelle befolkningen, som også viser at bruken av beroligende midler er høyere blant kvinner enn blant menn (Riskå et al 1993).

Når det gjelder bruk av narkotika, er det registrert slik bruk ved i alt 565 av innleggelsene blant kvinner og ved 2 813 av innleggelsene blant menn. Av figur 10 ser vi særlig en stigning fra siste halvdel av 1980-tallet og igjen er det en noe høyere andel blant kvinner enn blant menn. Gjennom 1970-årene og første halvdel av åtti-tallet ser vi at

Figur 10. Prosentandel av innleggelser hvor det er registrert bruk av narkotika blant kvinner og menn i de ulike innleggelsesperiodene.



andelen av innleggelser hvor det ble registrert bruk av narkotika, bare var på noen få prosent. I den siste ti-årsperioden er det imidlertid skjedd en betydelig økning i andelen med registrert narkotikabruk. Økningen har vært noe større blant kvinner enn blant menn. I den siste 5-års perioden ser vi at i en fjerdedel av innleggelsene blant kvinner og i en femtedel av innleggelsene blant menn ble det registrert bruk av narkotika. Vi vil igjen minne om at dette må være å betrakte som minimumstall.

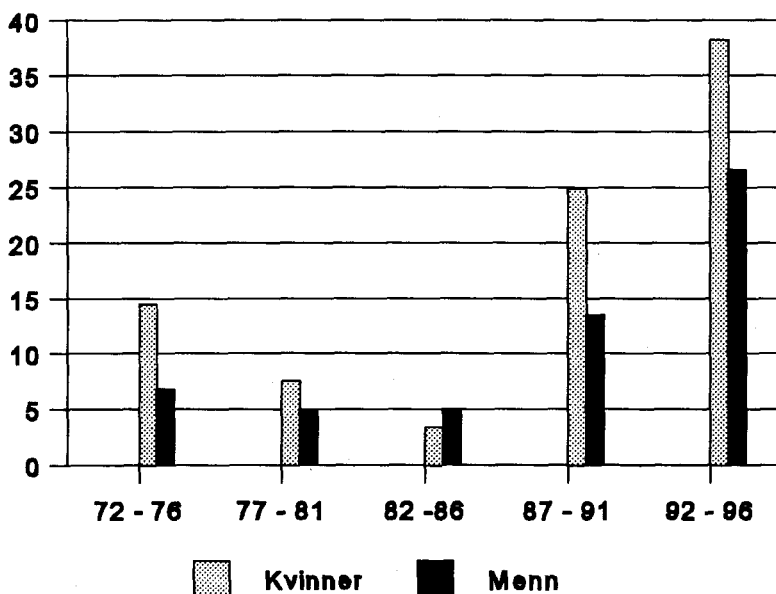
Ser vi på forekomsten av både “pillebruk” og narkotikabruk hvor vi har gyldige observasjoner for begge deler, finner vi at i nærmere to tredeler av innleggelser med “pillebruk” er det også registrert narkotikabruk, og i 80% av de innleggelsene hvor det er registrert narkotikabruk, er det også registrert bruk av “piller”. En rekke andre studier viser også at det er et betydelig omfang av bruk av beroligende midler blant stoffmisbrukere (se f eks Lauritzen et al, 1997).

Så langt bekrefter altså funnene et klinisk inntrykk av at det gjennom de siste 10-15 årene har vært en økende andel klienter ved “Rusa” som bruker andre rusmidler i tillegg til alkohol. Det kan imidlertid være av interesse å se hvorvidt denne økningen først og fremst må tilskrives nyrekruttering av klienter med et annet rusmiddelmønster, eller om det var de “gamle” klientene som hadde endret sitt bruksmønster. En tredje mulighet er om både nye og gamle klienter i større grad bruker andre rusmidler i tillegg til alkohol, enn hva som tidligere var tilfelle. For å kunne belyse slike mulige endringer, er det i de videre analysene av rusmiddelbruk tatt utgangspunkt i antall personer i stedet for i antall innleggelser. Figur 11 viser andelen personer/klienter som brukte “piller” ved første innleggelse, og figur 12 viser andelen personer/klienter som brukte narkotika ved første innleggelse. Ved å se på hvilke rusmidler som er registrert ved første gangs innleggelse, får vi et bilde av rusmiddelprofil i nyrekrutteringen av klienter til “Rusa” i de ulike fem-års periodene.

Som det framgår fra figurene har andelen av nye klienter med registrert bruk av “piller” og narkotika, steget betydelig det siste ti-året. I den siste fem-års perioden er det nærmere en tredjedel av de nye klientene hvor det er angitt bruk av “piller” og tilsvarende for “bruk” av narkotika. Når det gjelder bruk av “piller” blant nye klienter, ser vi at omfanget har øket

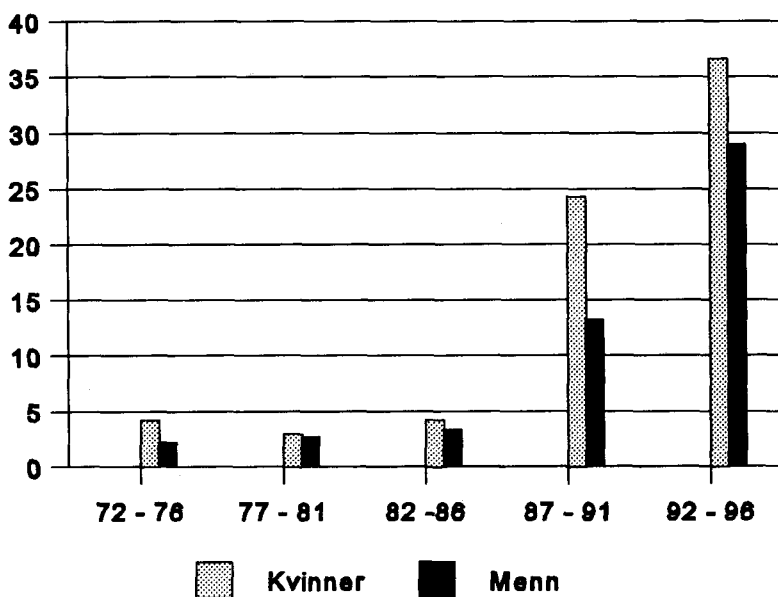
mest for kvinner, både i absolutte og relative tall (figur 11). Gjennom det siste ti-året kan vi se at det er en betydelig økning i andelen av klienter med registrert bruk av "piller", og økningen har vært noe større for kvinner enn for menn.

Figur 11. Prosentandel av klienter med registrert bruk av "piller" ved første innleggelse blant kvinner og menn i de ulike innleggsperiodene.



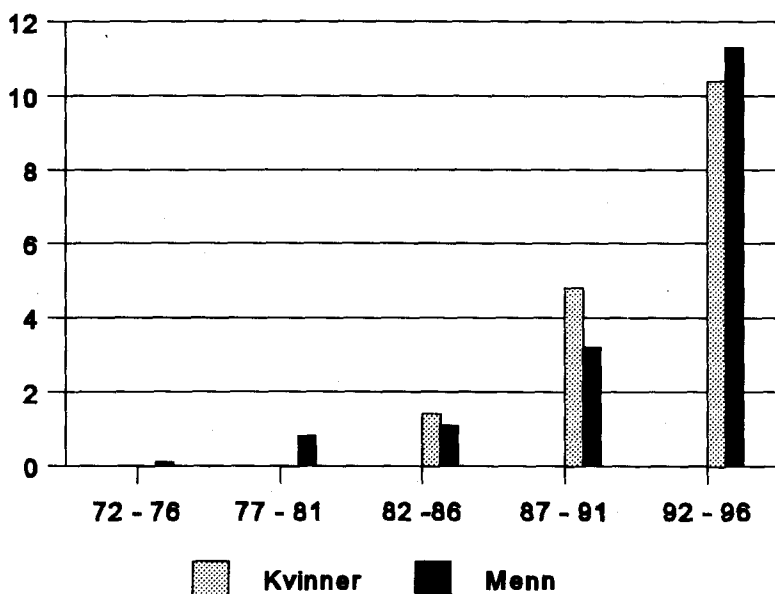
Når det gjelder bruk av narkotika hos klienter ved første gangs innleggelse (figur 12), ser vi at også dette har økt betydelig gjennom det siste ti-året, og at det i den siste fem-års perioden var i overkant av 30% av de nye klientene som brukte narkotika i tillegg til alkohol. Det er også relativt flere kvinner enn menn som er registrert som brukere av narkotika, og vi ser at andelen har økt mere blant kvinner enn blant menn.

Figur 12. Prosentandel av klienter hvor det er registrert bruk av narkotika ved første innleggelse blant kvinner og menn i de ulike innleggelsesperioder.



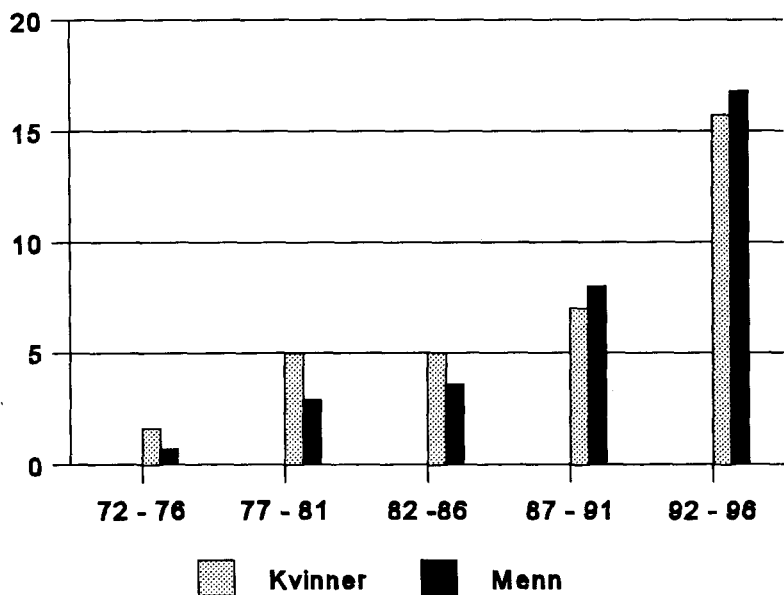
For å finne ut om det har skjedd noen endring i bruksmønster hos "gamle" klienter, har vi beskrevet andelen av personer som ikke brukte "piller" ved første innleggelse, men der bruk av "piller" ble registrert ved senere innleggelse (ny innleggelse ett år eller mer etter første innleggelse, figur 13). Vi går her ut fra at dette representerer klienter som tidligere "bare" var alkoholmisbrukere, men som så etter hvert også begynte å ruse seg på vanedannende medikamenter.

Figur 13. Prosentandel av klienter med første registrering av bruk av "piller" 1 år eller mer etter første innleggelse blant kvinner og menn i de ulike innleggelsesperioder.



Tilsvarende har vi gjort når det gjelder bruk av narkotika blant de "gamle" klientene som tidligere "bare" var registrert med misbruk av alkohol (figur 14).

Figur 14. Prosentandel av klienter med første registrering av bruk av narkotika 1 år eller mer etter første innleggelse blant kvinner og menn i de ulike innleggingsperioder.



Figurene 13 og 14 viser at det også er registrert flere brukere av "piller" og narkotika blant de klientene som tidligere "bare" var registrert med bruk av alkohol. Både antall brukere av "piller" og narkotika i den siste

fem-års perioden og økningen i antall med et slikt blandingsmisbruk blant de gamle klientene, er mindre enn blant “nykommerne”. Mens det blant nykommerne av klientene var registrert omlag en tredjedel som brukte “piller” og en tredjedel som brukte narkotika ved innleggelsene på 90-tallet, var den tilsvarende andelen som brukte henholdsvis “piller” og narkotika blant de “gamle” klientene, 11-16%. Det ser altså ut til at økningen i bruk av piller og narkotika blant klientene både skyldes en endring i bruksmønsteret hos “gamle” klienter og et tilsig av nye klienter med blandingsmisbruk. Det er imidlertid først og fremst blant de nye klientene vi finner en større andel brukere av “piller” og narkotika.

Av tabell 1 ser vi også at det gjennom hele perioden spesielt er i den yngste aldersgruppen at det er registrert bruk av narkotika, og at dette særlig forsterkes gjennom de siste ti årene.

Tabell 1. Andel av klienter med narkotikabruk etter aldersgruppe og periode (både menn og kvinner).

	1972-76	1977-81	1982-86	1987-91	1992-96
< 30 år	9%	9%	9%	34%	71%
30-39 år	2%	1%	2%	16%	41%
40-49 år	1%	0%	0%	3%	14%
50 år +	0%	0%	0%	0%	2%

Hva uttrykker endringen i misbruksprofil?

De foreliggende data bekrefter i stor grad et klinisk inntrykk om at bruken av rusmidler blant klientene på "Rusa" har endret seg i de senere år. Dette peker i retning av at de tradisjonelle tyngre alkoholmisbrukerne generelt sett bruker flere typer rusmidler i langt større grad enn tidligere. Økningen i andelen klienter som bruker andre rusmidler enn alkohol, synes først og fremst å kunne tilskrives nye klienter, men det ser også ut til at endringen i rusmiddelfprofil i noen grad gjelder for "gamle" klienter.

Det kan imidlertid diskuteres i hvilken grad den observerte økningen er et uttrykk for reelle endringer, eller i hvilken grad det er resultat av økt oppmerksomhet blant de ansatte omkring bruk av "piller" og narkotika, slik at man derved har fått en bedre rapportering av dette gjennom de seinere årene. Som tidligere nevnt er de data som ligger til grunn for undersøkelsen, ikke blitt samlet inn til forskningsformål. Dette innebærer blant annet at det ikke er snakk om systematiske observasjoner og standardiserte rutiner for registrering av opplysninger. "Rusa" ble etablert for å gi et tilbud til alkoholmisbrukere. Etter all sannsynlighet innebar dette at det ble viet mindre oppmerksomhet til eventuell bruk av andre rusmidler. Det kan således hevdes at noe av den observerte økningen kan være uttrykk for en generell økende oppmerksomhet i de senere år omkring bruk av andre rusmidler enn alkohol. Det kan videre hevdes at de ansatte ved "Rusa" har vært mer oppmerksomme når det gjelder nye klienter enn de som var kjent som alkoholmisbrukere fra tidligere opphold. At det er registrert en større andel av nye klienter som bruker flere typer rusmidler enn hva som er tilfellet for gamle klienter, kan derfor i noen grad tenkes å skyldes ulikheter i måten bruk av rusmidler er registrert på hos gamle og nye klienter. På den annen side vil vi også framheve at omfanget i

registreringen av bruk av "piller" var synkende gjennom de første 10-15 årene, for deretter å stige igjen. Det er ingen grunn til å anta at oppmerksomheten omkring "pillebruk" skulle være lavere på 80-tallet enn i den forutgående og etterfølgende perioden, noe som taler for at observasjonene i stor grad gjenspeiler reelle endringer. Mer systematiske registreringsrutiner i tida framover for kartlegging av rusmiddelbruk, både blant gamle og nye klienter, vil likevel være viktig med hensyn på å kunne bidra til å bekrefte eller avkrefte det bildet som framkommer i denne undersøkelsen.

Når det gjelder den observerte endringen i rusmiddelprofil, kan det også være relevant å trekke inn endringene i organiseringen av tiltak for rusmiddelmisbrukere. Som vi har vært inne på tidligere var tiltak for alkoholmisbrukere og tiltak for stoffmisbrukere i utgangspunktet organisert hver for seg. På midten av 1980-tallet ble det imidlertid tatt skritt til en tilnærming mellom de to tiltakssystemene, og i Stortingsmeldingen om rusmiddelomsorgen (St.meld.nr. 69 (1991-92)) ble det slått endelig fast at bruken av ulike rusmidler skulle sees i sammenheng. Med unntak av de psykiatriske ungdomsteamene (PUT) er således de fleste tiltakene for rusmiddelmisbrukere i Oslo kommune etter hvert lagt administrativt inn under Rusmiddeletaten. Dette innebærer imidlertid ikke at det er tilfeldig hvilke tiltak som i hovedsak tar imot alkoholmisbrukere og hvilke tiltak som i hovedsak tar i mot stoffmisbrukere. Tiltakene er fremdeles langt på vei "spesialiserte" mot de to hovedgruppene. Likevel er det en politisk og administrativ vilje til å se de ulike tiltakene som deler av et samlet tilbud til rusmiddelmisbrukere. Det kan tenkes at det er denne tilnærmingen som i noen grad kan gjenspeiles i de foreliggende data. Den observerte utviklingen i retning av et bredere spekter i bruk av rusmidler blant nye klienter ved "Rusa", kan derfor være uttrykk for at de tradisjonelle skillene mellom

tyngre, synlige alkoholmisbrukere og grupper av stoffmisbrukere er mindre tydelige enn tidligere. Etter som reorganiseringen av tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere kan sies å legge forholdene til rette for en tettere kontakt mellom alkoholmisbrukere og stoffmisbrukere, er det derfor ikke overraskende at de "tradisjonelle" alkoholmisbrukere i større grad også har begynt å bruke andre rusmidler. Av ulike grunner ser det ut til at det først og fremst er stoffmisbrukere som er kommet inn i tiltak som i utgangspunktet var tenkt for alkoholmisbrukere. En omfattende studie av stoffmisbrukere i behandling (Lauritzen et al, 1998) viste også at en betydelig andel av stoffmisbrukerne hadde et alkoholmisbruk i tillegg til misbruket av narkotika. Samlet peker dette altså i retning av et ganske omfattende blandingsmisbruk blant de tunge rusmiddelmisbrukerne, og at det tradisjonelle skillet mellom alkoholmisbrukere og stoffmisbrukere kan bli noe kunstig. Det er i mange tilfeller ikke snakk om enten misbruk av alkohol eller narkotika, men om et misbruk av begge deler.

Et annet relevant aspekt kan være boforholdene. Det kan være grunn til å anta at kontakten mellom tyngre alkoholmisbrukere og stoffmisbrukere på botiltak (hospitser og hybelhus) har bidratt til å øke tilgjengeligheten av narkotika (gjennom muligheten for å kjøpe og "hjelp" til å bruke) blant de mer tradisjonelle alkoholmisbrukerne. Dette har ikke alltid vært like lett for de tradisjonelle alkoholmisbrukerne å forholde seg til.

*"Noen av klientene våre vil ikke bo på enkelte
hospitser. Det er så mye stoffbruk og stoffsalg
der og press til å bruke".*

På samme måte kunne man tenkt seg at kontakten mellom de to misbrukergruppene medførte endringer i rusmiddelbruk blant

stoffmisbrukerne, ved at de øker sitt forbruk av alkohol. Etter det vi kjenner til foreligger det imidlertid ikke data som beskriver endringer i bruk av alkohol over tid blant stoffmisbrukere som fortsetter sin bruk av narkotika. Som sagt viser den nasjonale studien av stoffmisbrukere i behandling (Lauritzen et al, 1998) et betydelig omfang av alkoholmisbruk blant stoffmisbrukere tidlig på 90-tallet, men vi har ikke gode sammenliknbare data for å kunne si noe om hvorvidt dette har økt over tid. Studien til Ravndal og medarbeidere (1984) viste imidlertid at stoffmisbrukere hadde en tendens til å øke sitt forbruk av alkohol når de eventuelt sluttet med narkotiske stoffer.

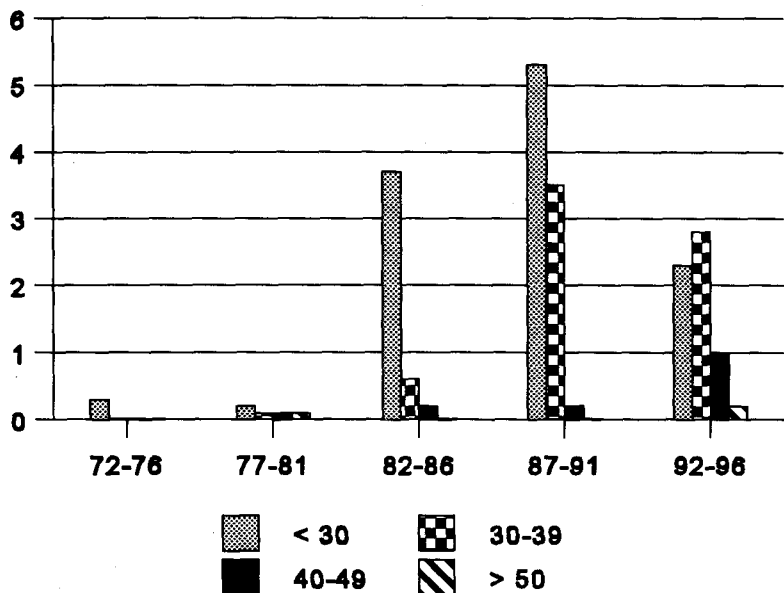
Siden bruken av "piller" og narkotika begynte å bli hyppigere registrert blant klientene på "Rusa" fra midten av 1980-tallet, ser det ut til at relativt flere kvinner enn menn har brukt slike stoffer. Som det framgår av figurene 11 og 12 er dette imidlertid bare tilfelle for nye klienter. Hvis vi ser på registrert bruk av "piller" og narkotika ved nye innleggelser ett år eller senere etter første gangs innleggelse (figur 13 og 14), finner vi at andelen i de senere år har vært noe større blant menn enn blant kvinner. Den relativt større økningen i bruk av andre rusmidler enn alkohol blant kvinner i de senere år, kan ha sammenheng med at flere kvinner som bruker andre typer rusmidler enn alkohol, har blitt tatt inn på "Rusa" enn tidligere. Dette faller sammen med at relativt flere kvinner enn menn har blitt tatt inn på "Rusa" i de senere år. Det er rimelig å se disse funnene i sammenheng med "fordelingspolitikken" som de to avrusingsstasjonene (Storgata og Montebello) har ført med hensyn til inntak i de seinere årene. På den ene siden er kvinnene i stor grad blitt sendt til Montebello. På den andre siden har alle klienter som bruker andre rusmidler enn alkohol blitt sendt til Storgata, noe som kan forklare den relativt høye andelen av narkotikabruk blant kvinner på "Rusa".

Bruk av løsemidler og substituttsprit

Som vi ser av figur 15, var omfanget av registrert sniffing av løsemidler (eller lim) begrenset. Ved 332 av innleggelsene blant de mannlige klientene og ved 92 av innleggelsene blant de kvinnelige klientene ble det registrert at klienten sniffet lim/løsemidler. Igjen må vi imidlertid regne med at dette er minimumstall, og at forekomsten av sniffing kan ha vært større blant "Rusa"'s klienter enn det som framkommer av disse tallene. Generelt sett er andelen som var registrert med bruk av løsemidler, høyere blant menn enn blant kvinner, med unntak av perioden 1987-91. Også i de årlige undersøkelsene om bruk av rusmidler blant ungdom finner vi at det er en noe større andel gutter enn jenter som har sniffet løsemidler (Skretting 1996). Ser vi på aldersfordelingen når det gjelder sniffing, finner vi at andelen er gjennomgående høyere i de yngre aldersgruppene (og da særlig blant klienter under 30 år) enn blant de eldre klientene (figur 15).

At det ser ut til å være en høyere forekomst av bruk av løsemidler blant de yngre klientgruppene, kan blant annet henge sammen med at rusmiddelmisbrukere i liten grad fortsetter å ruse seg på løsemidler pga av de omfattende organskadene bruken gjerne medfører. Sniffere kan også generelt sett sies å utgjøre bunnsjiktet i misbrukermiljøet (Fodstad 1996) og at misbrukere derfor også av slike grunner foretrekker andre mer "anerkjente" rusmidler. En forklaring på det lave innslaget av "sniffere" kan også være at mange av dem ikke kan eller vil bruke "Rusa".

Figur 15. Andel innleggelser med registrert bruk av løsemidler i ulike aldersgrupper i de ulike perioder.

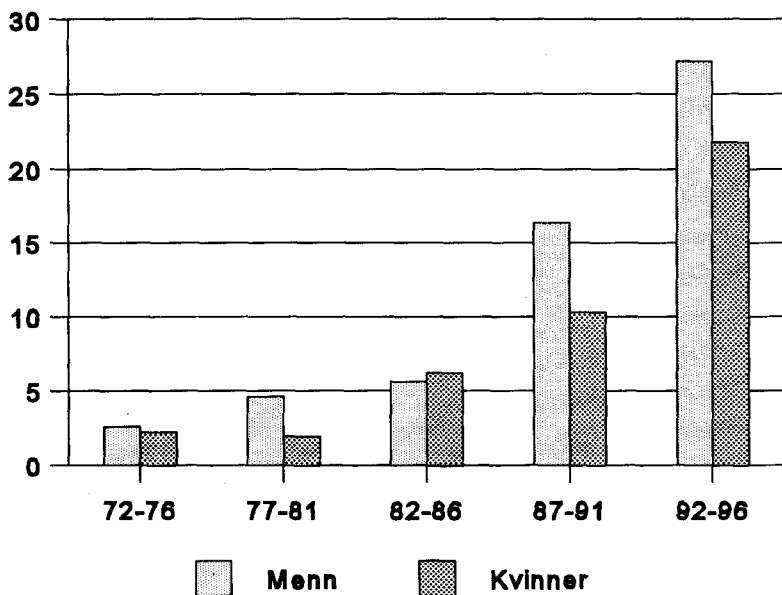


Snifferusen er kort. "Snifferne" trenger sniffekluten hvert kvarter, og de klarer derfor sjelden å være uten kluten lenge om gangen. - De lengter tilbake til kluten sin, og da klarer de ikke å bruke "Rusa".

Når det gjelder bruk av substituttsprit (dvs rødsprit, tresprit, spylevæske, politur, hårvann, kondensfjerner, osv.), er dette noe vi i Norge

tradisjonelt forbinder med de mest nedkjørte alkoholmisbrukerne. Igjen er data beheftet med samme type usikkerhet som vi har nevnt tidligere, når det gjelder opplysninger om bruk av rusmidler. Ved 5 478 av innleggelsene blant menn og ved 589 av innleggelsene blant kvinner, er det registrert at klienten har ruset seg på substituttsprit. Figur 16 viser andelen av innleggelser hvor det er registrert bruk av substitutt-sprit.

Figur 16. Andel innleggelser hvor det er registrert bruk av substituttsprit blant kvinner og menn i de ulike perioder.



Som en ser, er den registrerte andelen økt betydelig gjennom de siste 10-15 årene. Stort sett har andelen også vært høyere blant menn enn blant kvinner. Det ser imidlertid ikke ut til å være noen klare mønster når det gjelder bruk av substituttsprit i ulike aldersgrupper. Det er mange måter å bruke substituttsprit på:

“To av klientene var ute og drakk på en kafé og bestilte hver sin halvliter. Da ølet kom, helte de opp i det medbrakte hårvannet for å “sprite” opp ølet som dermed fikk en temmelig spesiell farge og lukt”.

Alkoholen kommer i de fleste tilfeller også fra kilder som medfører problemer av ulike slag:

“Det er ikke bare det at klientene ofte drikker substitutt-sprit av forskjellig slag. Generelt er det de drikker, sjelden kjøpt på polet. Ofte er det hjemmebrent og gaukesprit det går i. For mange blir derfor også trusler og mishandling i forbindelse med innkreving av gaukegjeld et betydelig problem”.

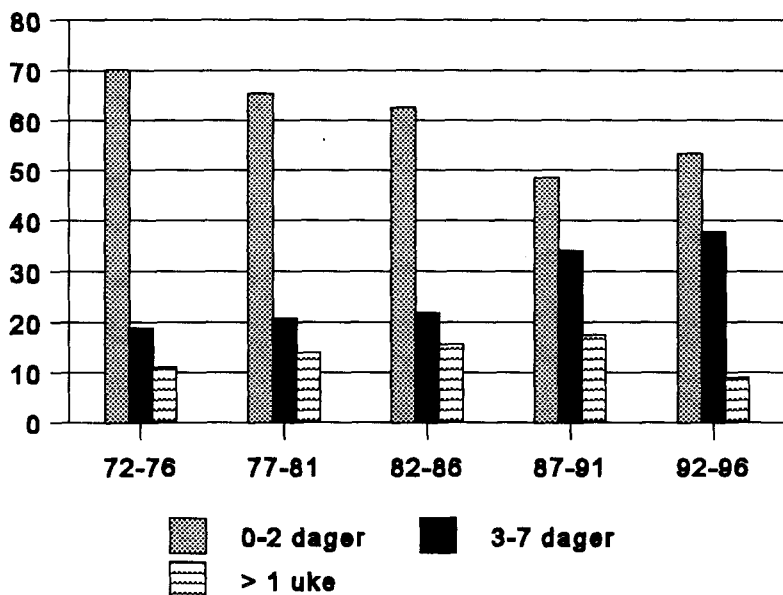
8. OM INNLEGGELSENE

Varighet

Som tidligere nevnt var den primære målsettingen med etablering av avrusingsstasjoner å gi klientene avrusning og en medisinsk vurdering. Siktemålet var også oppfølging og henvisning enten til videre behandling eller hjelp til bedre boforhold og sysselsetting. Oppholdet på selve avrusningsstasjonen var derfor i utgangspunktet bare ment å være av noen få dagers varighet. Gjennomgående har man regnet at et avrusningsopphold bør vare i 3 til 6 dager. Oppholdets lengde vil kunne variere med hvor mye og lenge klienten har drukket i tiden før innleggelse og hvilke problemer som følger når han eller hun blir edru. Avrusningsstasjonene i Oslo har imidlertid også hatt venteavdeling for klienter som skulle videre til andre tiltak. For klienter som har vært innom venteavdelingen har derfor innleggelsestiden naturlig nok vært noe lengre. Den oppholdstiden som vi her har beregnet for klientene, dekker imidlertid bare tiden på selve avrusingsstasjonen.

I tråd med intensjonene for denne type tiltak, finner vi at størstedelen av innleggelsene har vært kortvarige, men ofte kortere enn det man regner som nødvendig tid for en betryggende avrusning. I alt var 62% av innleggelsene av 0-2 dagers varighet, 27% av 3-7 dagers varighet og 11% av innleggelsene varte i mer enn en uke. Det var ingen vesentlige forskjeller på oppholdets lengde verken med hensyn til kjønn eller alder. Hvis vi derimot ser på lengden på innleggelsene i de fem ulike fem-års periodene, finner vi at andelen kortvarige innleggelser (0-2 dager) var klart høyest på 70-tallet, og at den deretter har sunket noe (figur 17). Omfanget av innleggelser på mer enn en ukes varighet, tenderer til å øke noe gjennom

Figur 17. Varighet på innleggelser i de ulike periodene, andel i prosent.



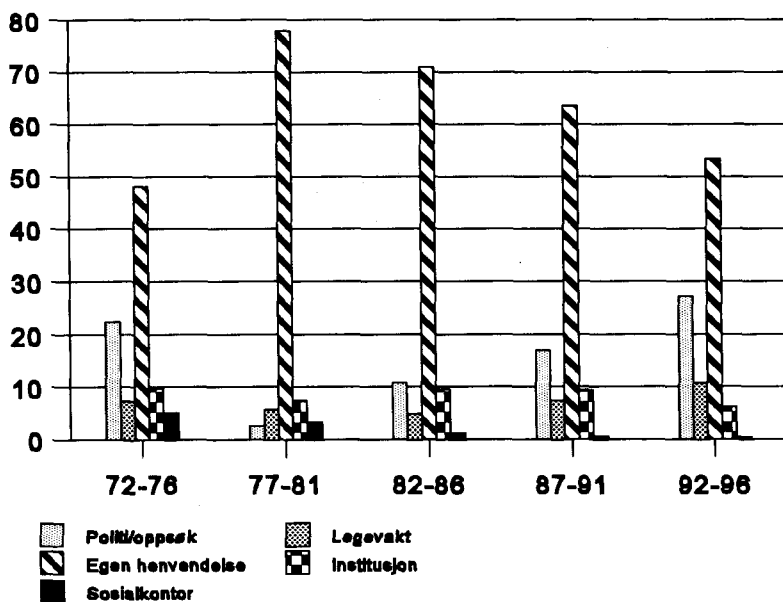
70- og 80-årene, men er så blitt lavere igjen på 90-tallet. I det siste tiåret har det vært en økning i innleggelser på 3-7 dagers varighet. Dette kan delvis sees i forbindelse med nedleggingen av venteavdelingen i 1990.

Innleggelser

Avrusningsstasjonene ble først og fremst opprettet som et alternativ til "fyllearresten" (NOU 17(1972-73)). I utgangspunktet var det meningen at politiet skulle kunne anbringe personer som var overstadig beruset på offentlig sted, på avrusningsstasjonen i stedet for å sette dem i arrest. Også andre tiltak disponerte sengeplasser, eksempelvis hadde Legevakten to senger til disposisjon for berusede personer med somatisk

tilleggsproblematikk. Etter hvert ble det imidlertid mer og mer vanlig at klientene selv henvendte seg om plass. “Rusa” var med hensikt plassert i det område av byen hvor det tradisjonelt har vært mange rusmiddelmisbrukere, noe som har medført at de i stor utstrekning har kunnet komme selv og be om innleggelse.

Figur 18. Henvendelsesinstanser for innleggelsene i de ulike perioder, andel i prosent.



Som vi ser av figur 18 har størstedelen av innleggelsene gjennom hele perioden vært såkalte egenhenvendelser, ved at klientene har kommet “på porten” og bedt om plass. Politiet og Oppsøkende tjeneste har

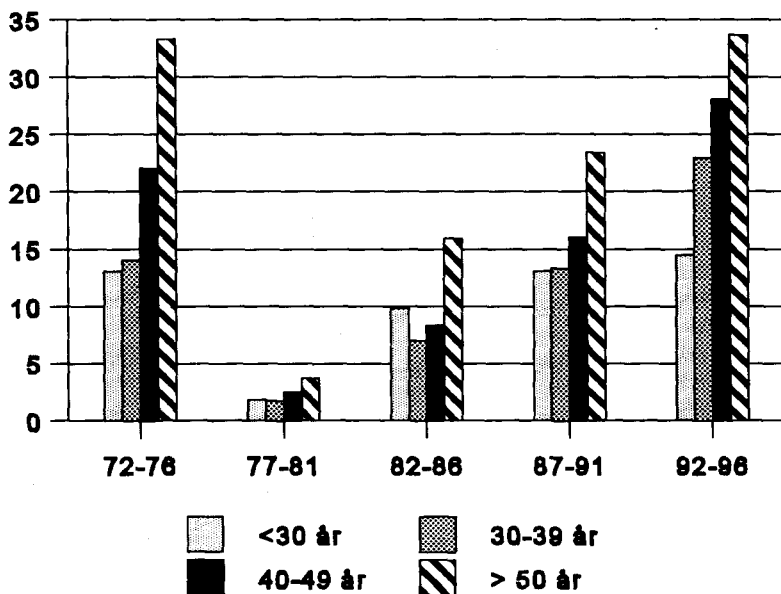
særlig i den første 5-årsperioden og det siste ti-året fått lagt inn en ganske betydelig andel av klientene. Ettersom Oppsøkende tjeneste i den form vi kjenner i dag, først ble etablert i 1982, var det stort sett politiet som sto for disse innleggelserne på 70-tallet, mens det etter dette har vært Oppsøkende tjeneste. Politiet må i dag mer sees på som et supplement til Oppsøkende tjeneste når det gjelder innleggelser. Legevakten har stått for omkring 5-10% av innleggelserne gjennom perioden.

Det ser ikke ut til å være noen forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder henvisningsinstans. Det ser derimot ut til å være noe ulikt for de ulike aldersgrupper og dette gjelder spesielt med hensyn til andel innleggelser henvist fra politi/Oppsøkende tjeneste og innleggelser hvor klienten selv kom til "Rusa" (figur 19 og 20). Figur 19 viser at andelen innleggelser etter henvisning fra politiet/Oppsøkende tjeneste, gjennomgående har vært høyest i den eldste aldersgruppen (de over 50 år). Både på 1970-tallet og igjen nå på 1990-tallet, ser vi at omlag en tredjedel av alle innleggelserne blant de eldste klientene er resultat av at politiet eller Oppsøkende tjeneste har kommet med klientene til "Rusa". En grunn til dette kan være at det er en større andel med mer slitne og forkomne misbrukere blant de eldste, og at disse derfor i større grad er mer synlige i gatebildet. Ettersom de fleste i denne gruppen har misbrukt rusmidler gjennom flere ti-år, er de etter alt å dømme også best kjent av politi/Oppsøkende tjeneste.

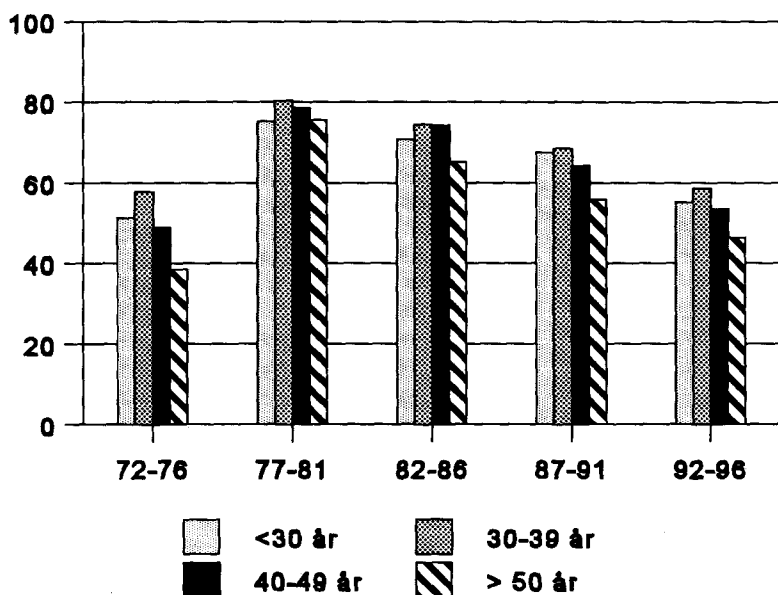
Innleggelse (kanskje mer eller mindre mot sin vilje) til Akutt-institusjonen via politiet eller Oppsøkende tjeneste ser også ut til å ha en viss betydning for hvor lenge, eller snarere hvor kortvarig, klientene blir ved "Rusa". Av alle innleggelser via politiet/ Oppsøkende tjeneste var det 65% som varte i 0-1 døgn (dvs at disse i stor grad skrev seg ut like etterpå, eller bare ble over natta), mens det blant dem som ble innlagt

etter å ha henvendt seg selv, var en noe lavere andel (50%) som skrev seg ut samme døgn eller døgnet etter.

Figur 19. Andel innleggelser via politi/Oppsøkende tjeneste innenfor ulike aldersgrupper og perioder.



Figur 20. Andel innleggelser via egenhenvendelser i ulike aldersgrupper og perioder.



Nærmest som et speilbilde av figur 19, ser vi i figur 20 at andelen innleggelser hvor klienten selv har kommet og bedt om plass, gjennomgående er noe lavere i aldersgruppen over 50 år enn den er blant de yngre klientene. De største forskjellene i andelen egenhenvendelser, er imidlertid ikke mellom aldersgrupper, men mellom de ulike periodene, ved at det ser ut til å ha vært noe færre egenhenvendelser i den første og siste fem-års periode. Som det framgikk av figur 18 var det i disse to periodene en større andel innleggelser via politi/Oppsøkende enn i de mellomliggende.

Tilstand ved innleggelse

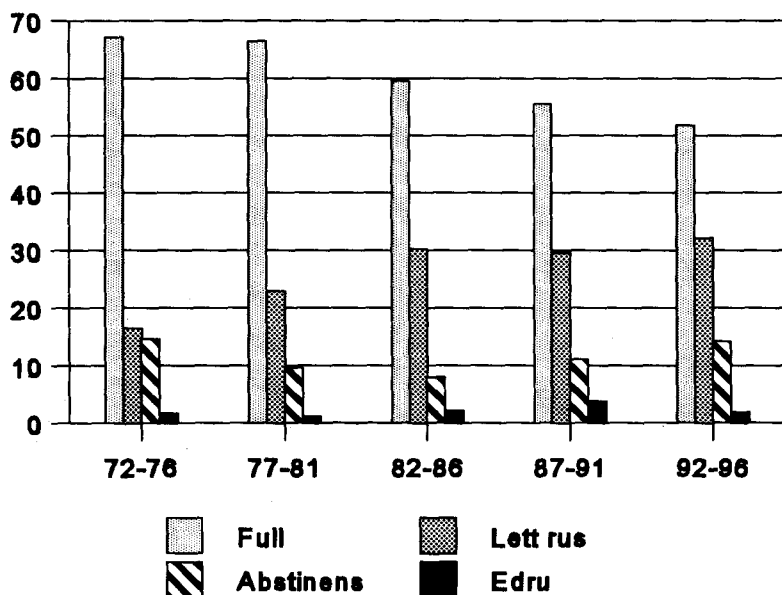
Ettersom dette dreier seg om innleggelser ved et avrusningstiltak, vil en gå ut fra at den langt største andelen av klienter er tydelig beruset ved innleggelse. Det er imidlertid ikke alltid tilfelle. Det kan eksempelvis hende at klientene ber om plass i påvente av å komme inn i behandlings- eller botiltak, klienten kan være redd for å havne på "fylla" og derfor ber om å få bli skjermet for en periode.

Figur 21 gir et bilde at de relative endringene i forholdet mellom ulike grader av beruselse hos klienten ved innleggelse der vi har slike opplysninger. Som vi ser, har det skjedd en gradvis forskyvning over tid, ved at en synkende andel av klientene har vært vurdert som "fulle" ved inntak, mens en økende andel har vært vurdert å ha "lettere rus". De ansatte mener her at vurdering av "full" i forhold til "lettere rus" kan være knyttet til bruk av ulike typer av rusmidler, - klienter på en blanding av flere rusmidler kan nok i større grad ha blitt vurdert i kategorien "lettere rus" (dvs at rusen på "piller"/stoff er mindre synlig), mens de rene alkoholmisbrukerne som "bare er fulle", har en mer synlig rus og derfor lettere kan ha kommet i kategorien "full". Ved stor pågang av klienter til "Rusa" har man prioritert klientene etter følgende kriterier:

- stor/farlig grad av dagsberuselse,
- lengre tids nedslittethet,
- sterke abstinensplager,
- behov for skjermingsopphold,
- kriseinntak ved fare for å miste nettverk, arbeid eller bolig.

Nedgangen i andelen "fulle" klienter kan derfor delvis sees i sammenheng med endringen i klientenes misbruksprofil, men også i forhold til en nedgang i presset på inntak av klienter.

Figur 21. Andel innleggelser med ulik beruselsesgrad i de ulike perioder.



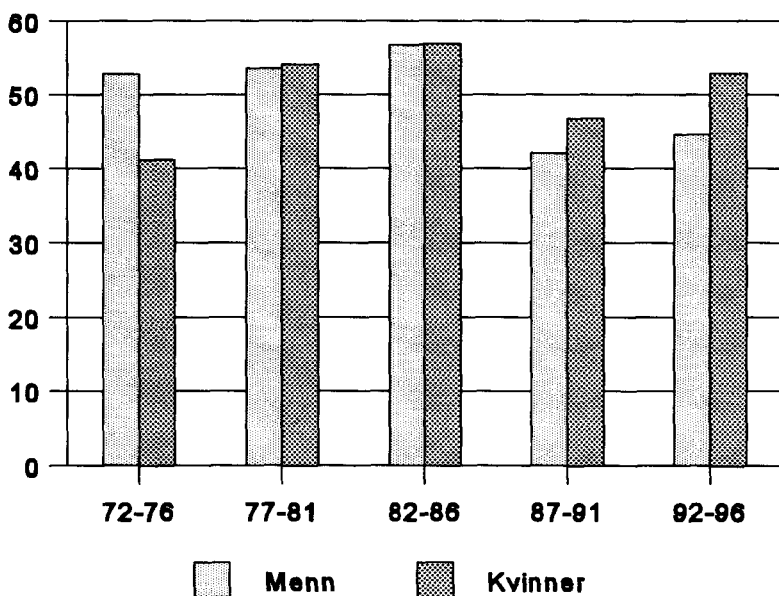
Avbrutte behandlingsopphold

Som vi tidligere har sett (figur 17), er en stor andel av innleggelsene av kort varighet, dvs fra 0 - 2 dager. (Oppholdets varighet er regnet som differansen mellom ut-dato og inn-dato. Det vil si at klienter som kommer inn på kvelden og forlater stasjonen på morgenen dagen etter, får beregnet 1 dags opphold, mens klienter som kommer inn og går ut igjen i løpet av samme dag, får beregnet 0 dagers opphold). Det må antas at relativt mange av disse klientene har vært inne i for kort tid til å bli det en gjerne kaller ferdig avrust. Av figur 22 ser vi at omfanget av

avbrutte behandlinger (at klientene skriver seg ut selv før de ansatte mener det bør skje) også er betydelig. Omkring halvparten av alle innleggelsene resulterer i avbrutte behandlingsopphold der klienten ikke kan sies å være ferdig med avrusning. Det kan være mange grunner til dette. I de fleste tilfeller kan det vel være slik at lysten til å drikke videre tar overhånd og at en derfor skriver seg ut. Det kan også være snakk om å få en seng for en natt eller to, uten at en nødvendigvis hadde planer om å bli edru eller gå inn i noe videre opplegg.

“Det er mange grunner til at klientene skriver seg ut etter svært kort tid. Noen kvikner til etter å ha fått mat og varme. Har de da penger i lomma eller drikkevarer liggende et sted, gjelder det å komme seg ut og begynne å drikke igjen. Noen plages mye av abstinens og må bare døyve det med å drikke. Noen ender opp i konflikter med personalet, f.eks. med hensyn til medisiner. Noen treffer kreditorer de helst ikke vil treffe inne på “Rusa” og kommer seg ut av den grunn, mens andre må komme seg fort ut for å gjøre opp gjeld ute. Noen blir også dratt med ut av andre klienter som har noe å drikke på.”

Figur 22. Andel av innleggelser hvor klienten ikke er ferdig med avrusning etter kjønn og innleggsperiode.



At klientene ikke fullfører et avrusningsopphold er imidlertid ikke spesielt for "Rusa". Av årsmeldingene fra Akuttinstitusjonen på Ullevål ser vi eksempelvis at det ikke er mer enn omkring halvparten av klientene som legges inn i mottaksavdelingen, som fullfører den avtalte kontrakt. I motsetning til "Rusa" opererer "Akutten" med relativt lang ventetid, slik at tiltaket ikke kan brukes for mer eller mindre tilfeldige overnattingen, slik det er mulig på "Rusa".

Figur 22 viser at det er en noe lavere andel avbrutte opphold det siste tiåret enn i den første 15-årsperioden. Dette kan tenkes å henge sammen med at det i de seinere årene er blitt noe mindre press på inntaket til

“Rusa”, det har vært mulig å ta inn klienter på tidligere stadier i misbruksutviklingen, og det er dermed lettere å beholde klientene gjennom avrusning. I den første fem-års perioden var det også en større andel av innleggelsene blant menn enn blant kvinner hvor oppholdet ble avbrutt, mens det motsatt synes å være en større andel kvinner enn menn som har avbrutt opphold i den siste fem-års perioden. De ansatte på “Rusa” nevner at det nok er spesielt tøft å være kvinne i denne type mannsdominert miljø. Det er imidlertid et gjennomgående trekk at andelen med avbrutte opphold har vært høy i alle de årene “Rusa” har vært i virksomhet. Dette illustrerer trolig flere aspekter ved avrusningen:

“Avrusning er ofte en smertefull og vanskelig prosess å gå gjennom. Når alkoholrusen avtar, er det mange som plages med smerter, angst og uro, en del får kramper og noen får delir. Mange klienter har en lav toleranse for ulike typer av motstand, og i en del tilfelle vil ransaking og fratakelse av rusmidler være tilstrekkelig til at klienten ber om å få komme ut igjen. Klientene reagerer også ofte på at de heller ikke får de medikamentene de vil ha”

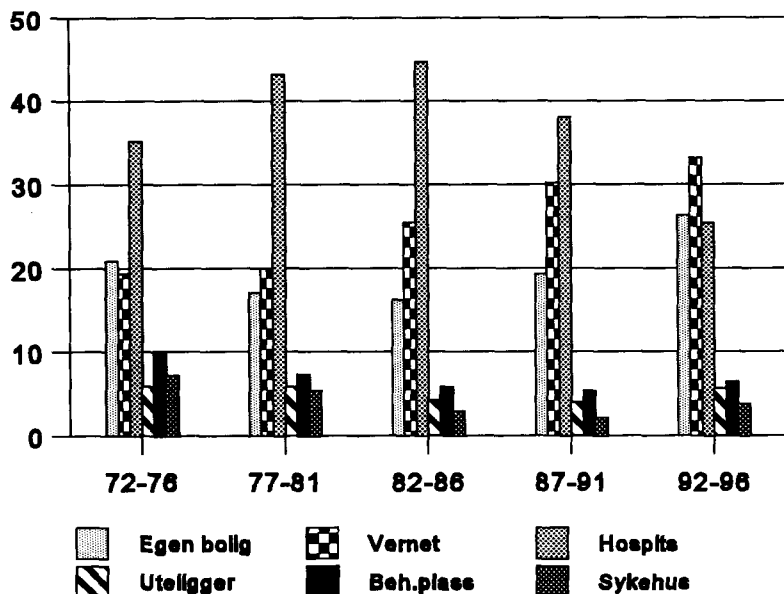
Når det gjelder bruk av medikamenter har det vært ulik praksis gjennom de årene “Rusa” har vært i drift. I de første årene var en relativt liberal når det gjaldt å gi medikamenter som kunne lette plager under avrusning, etter hvert ble en imidlertid langt mer restriktiv, mens en nå i senere tid igjen bruker medikamenter i noen grad.

Hvor går klientene?

Tilbudet "Rusa" gir klientene, er hjelp med avrusning og eventuell videre henvisning til sosialkontor eller et av de mer langsiktige tiltakene for rusmiddelmissbrukere, som for eksempel behandling, vernet botilbud o.l. Når klientene i all hovedsak har svært kortvarige opphold på "Rusa" er det imidlertid begrenset hvilke muligheter en har for å yte klienten slik hjelp. I figur 5 og 6 (s 44 og 46) så vi at klientene i mer enn halvparten av innleggelsene for menn og opp i mot halvparten av innleggelsene for kvinner, enten bodde på hospits eller på annen måte var uten fast bolig (UFB). Ved utskrivning (figur 23) ser det ut til at det er en noe større andel som får mulighet til vernet bolig, mens det bare er en liten andel som går videre til noe behandlingstiltak. Det ser også ut til å ha vært en nedgang i andelene som utskrives til behandlingstiltak, fra 10% på 70-tallet til 5-6% på 90-tallet.

En forholdsvis stor andel kommer ikke inn i noe videre opplegg, men utskrives til hospits eller gata (UFB). Det ser imidlertid ut til at dette har endret seg noe gjennom det siste ti-året. Dette må etter alt å dømme sees i sammenheng med det vi har vært inne på tidligere, med utbyggingen av boligtiltak for rusmiddelmissbrukere, slik at en større andel etter hvert har fått et slikt bo- eller omsorgstilbud. Også andelen som er henvist videre til sykehus eller legevakt (for behandling av delir eller seriekramper, dårlig allmenntilstand) er liten, og andelen er synkende gjennom perioden.

Figur 23. Bosituasjon ved utskrivning for innleggelser i de ulike perioder. Andel i prosent.



Ser vi på hvor klienten kom fra ved innleggelsen, og hva han eller hun gikk til etter oppholdet på "Rusa", finner vi at i de aller fleste tilfellene går klienten tilbake til den samme situasjonen som han var i ved innleggelsen. Dette bekrefter for så vidt at det ikke skjer så mye endring i klientens boforhold eller kontakt med andre behandlingstiltak, i løpet av ett enkelt opphold. Det er kanskje i særlig grad bosituasjonen det er viktig å få bedret for mange klienter, ettersom en betydelig andel har midlertidige og lite gunstige boforhold.

Til tross for at oppholdstiden ved "Rusa" ofte er svært kort, er det i en del tilfelle likevel mulig å gjøre *noe* for klienten. Av de nærmere 47 000 innleggelsene hvor vi har data på både hva klientene kom fra og hva de gikk til, er det i alt 16% av innleggelsene hvor det er skjedd en endring som trolig kan tilskrives tiltakets innsats under avrusningsoppholdet. Ved 7% av innleggelsene har klienten fått bedret sin bosituasjon og fått mer stabile boforhold enn det han hadde da han kom inn til avrusning. Ved 6% av innleggelsene har klienten kommet videre inn i et behandlingsopplegg for sitt rusmiddelmisbruk og ved 3% av innleggelsene er klienten sendt til sykehus eller legevakt for behandling. Ved de aller fleste innleggelsene (83%) ser det imidlertid ut til at klienten går tilbake til den samme bosituasjonen som han/hun hadde ved innleggelse på "Rusa". Tatt i betraktning at oppholdene gjennomgående er svært kortvarige og at behandlingsoppholdet ofte avbrytes, er ikke dette overraskende.

De ansatte peker imidlertid på at det noen ganger vil være slik at en klient som har vært inne til korte opphold, vil utløse en beredskap med tanke på neste gang han/hun kommer inn. Søknader om bolig eller behandlingsopphold kan forberedes i periodene mellom korte avrusningsopphold, og man kan gjennom slike opphold på ulike måter motivere klienten til å komme videre, f eks med hensyn til bolig eller behandling. Skiller vi mellom klienter med forskjellig antall innleggelser ved "Rusa", finner vi imidlertid ikke at klienter med mange eller en del innleggelser har noen større grad av endring eller forbedring i bosituasjon enn klienter med en eller med noen få innleggelser. Det er likevel mulig at det skjer et viktig og betydelig motivasjonsarbeid med klientene som ikke blir synlig i de data vi har her, og at synlige endringer eventuelt skjer etter at klienten er kommet ut fra "Rusa".

9. “SVINGDØRS”-KLIENTER?

Et gjennomgående trekk ved store deler av helse- og omsorgsapparatet er at det gjerne er en liten gruppe klienter eller pasienter som opptar mye av ressursene innenfor et tjenestetilbud, - de såkalte “svingdørs-klientene”- de som kommer igjen og igjen. Dette er en situasjon som også er vel kjent innenfor tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere, enten ved at klientene har flere opphold i samme tiltak eller at klientene går fra tiltak til tiltak. Fram til i dag har det vært vanskelig å dokumentere omfanget av “svingdørsproblematikken,” da det ikke har vært noe sentralt system for systematisk registrering av klienter i de ulike tiltak. Det nylig etablerte Klientstrømsregisteret i regi av Rusmiddel-direktoratet/NSD tar imidlertid sikte på å framskaffe denne type data (NSD, 1997).

Som vi har beskrevet tidligere er det en gruppe alkoholmisbrukere som til tider har vært godt synlige i sentrale sentrumstrøk av Oslo. “Rusa” ble opprettet for å være et alternativ til å sette personer som er beruset på offentlig sted, i politiarresten. En kan gå ut fra at det i stor grad er de samme personer som påtreffes gjentatte ganger i dette området i en slik beruset tilstand at politiet/Oppsøkende tjeneste mener det er behov for avrusning. Selv om klientene etter hvert i stor grad selv kom til “Rusa”, er det grunn til å anta at en relativt stor gruppe har hatt mer enn ett avrusningsopphold, og er det vi vil kalle gjengangere. Hvilken definisjon en skal legge til grunn for å kalle en klient gjenganger i et tiltak som “Rusa”, kan selvsagt diskuteres. I sin årsmelding for 1996 definerer eksempelvis institusjonssjefen ved “Rusa” at en person må ha hatt fem eller flere innleggelser i løpet av ett kalenderår for å komme i kategorien gjenganger (Akuttinstitusjonen i Storgata, 1996). Det sies

videre at det i 1996 var 13% av klientene (90 av ialt 703) som hadde hatt fem opphold eller flere og at det derfor er få gjengangere ved "Rusa".

I vårt materiale (se tabell 2) finner vi at snaut halvparten av klientene (44%) bare er registrert med ett enkelt avrusningsopphold gjennom hele perioden fra 1972-1996. Dette kan tildels henge sammen med at en del klienter er utenbysboende, og kun har vært inne til avrusning en enkelt gang etter å ha hatt en drikkeperiode i Oslo, slik Ramsøy og medarbeidere påpeker (1978).

Tabell 2. Fordeling av antall innleggelser per person gjennom perioden 1972 - 1996 etter kjønn og aldersgruppe ved første gang innleggelse.

	1 innl.	2 innl.	35858	35955	36123	26-50	>50
Menn	44%	14%	16%	9%	9%	4%	3%
Kvinner	50%	14%	13%	9%	7%	4%	3%
< 30 år	40%	14%	15%	10%	11%	6%	5%
30-39	40%	13%	17%	10%	11%	5%	4%
40-49	43%	15%	16%	10%	9%	4%	4%
50 +	53%	16%	15%	8%	6%	2%	1%
I alt	44%	14%	16%	9%	9%	4%	3%

Videre ser vi at tre-fjerdedeler har hatt fem eller færre avrusningsopphold, mens omlag en sjettedel (16%) er registrert med 11 eller flere innleggelser gjennom hele perioden. Som det framgår av tabell 2, er det ingen betydelige forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder

antall innleggelser per klient, mens det er en noe høyere andel av dem som var relativt unge ved første gangs innleggelse, som oftere kommer tilbake til "Rusa".

Gjengangere i de enkelte år

Ser vi på andelen gjengangere innenfor samme kalenderår, dvs andelen med to eller flere innleggelser innenfor ett enkelt år, finner vi det samme fordelingsmønsteret med hensyn til alder ved første innleggelse, som vi så i det ovenstående. De som er relativt unge ved første innleggelse, har en noe høyere andel med gjeninnleggelser samme år, enn de som er eldre ved første innleggelse (tabell 3).

Tabell 3. Andel klienter med en eller flere innleggelser innenfor samme kalenderår etter kjønn og alder ved første innleggelse.

	1 innl.	Flere innl.
Menn	56%	44%
Kvinner	61%	40%
< 30 år	52%	48%
30-39	52%	48%
40-49	57%	43%
50 +	65%	35%
I alt	57%	43%

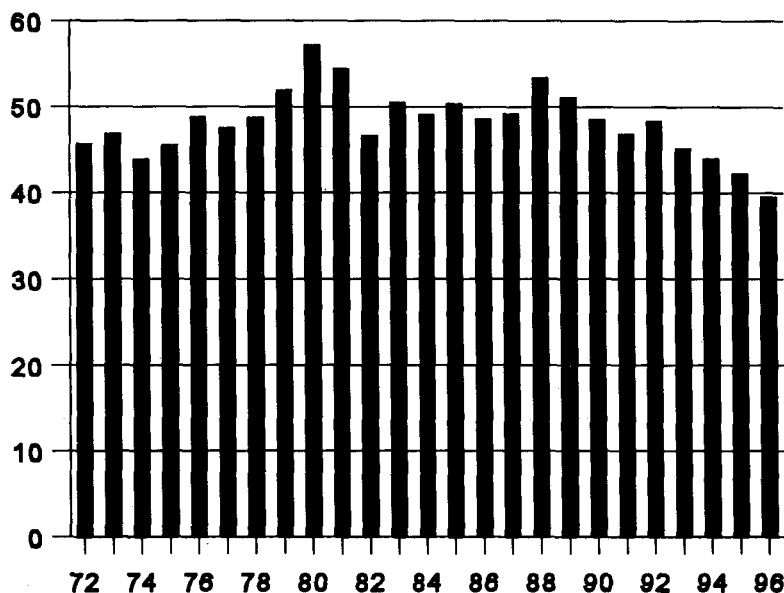
Det ser ut til å være noe forskjell mellom kvinner og menn med hensyn til gjeninnleggelse innenfor samme kalenderår, - mannlige klienter har en noe høyere andel med flere innleggelser innenfor samme år enn det kvinner har (tabell 3).

Til sammenlikning kan vi nevne at ved Akuttinstitusjonen på Ullevål har i overkant av 40% av de innlagte klientene hvert år vært såkalt 1. gangs klienter (Akuttinstitusjonen Ullevål, 1996).

Figur 24 viser andel klienter per år som har vært innlagt på "Rusa" siden 1972 mer enn en gang i løpet av samme kalenderår. Som vi ser har denne andelen variert noe gjennom årene.

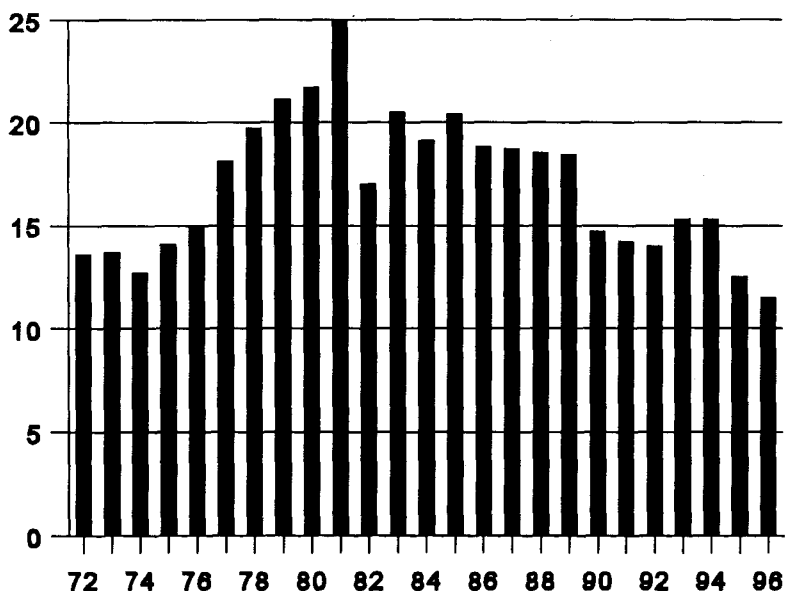
På 1990-tallet har det som nevnt, vært en betydelig reduksjon i antall senger (fra 50 på 1970-tallet til 20 plasser på 1990-tallet) og derved også i omfanget av samlet antall kurdøgn per år. Tilsvarende er også antall personer som har vært inne til behandling per år, gått ned fra 1650 i 1973 (første hele driftsåret) til 720 i 1995 (siste året med uavbrutt drift som inngår i studien) (Akuttisntitusjonen i Storgata, 1996). Ut fra figur 24 ser vi at andelen som har hatt mer enn en innleggelse innenfor samme kalenderår, økte noe fram mot 1980-tallet og har sunket litt igjen på 1990-tallet. Dette kan trolig sees i sammenheng med at avrusingsstasjonen har hatt noe mindre pågang og press på inntaket i de seinere årene. Derved har man i større grad hatt mulighet for å ta inn klienter på tidligere stadier av misbruksutviklingen, og av disse vil det trolig være flere som bare har ett enkelt avrusningsopphold.

Figur 24. Andel klienter/personer per år med mer enn en innleggelse i samme år.



Hvis vi ser på andelen som har hatt fem eller flere innleggelser i løpet av samme kalenderår, slik "Rusa" definerer en gjenganger, får vi et tilsvarende mønster (figur 25). Det var en større andel med fem eller flere innleggelser i året på 1980-tallet enn det som var tilfellet på 1970- og 1990-tallet.

Figur 25. Andel klienter per år med fem eller flere innleggelser i samme år.



Vi vil se litt nærmere på dem “Rusa” selv definerer som gjengangere (fem innleggelser eller mer per år) eller det vi kan kalle storforbrukere av “Rusa”. Vi har skilt mellom:

- a) de som ikke har vært gjengangere i denne forstand noen gang,
- b) de som har vært denne type gjengangere ett enkelt kalenderår, og
- c) de som har vært denne type gjengangere over flere kalenderår.

Totalt var det 17% (1 442 klienter) som hadde vært innlagt fem eller flere ganger i løpet av ett kalenderår noen gang (b). Av disse 1 442

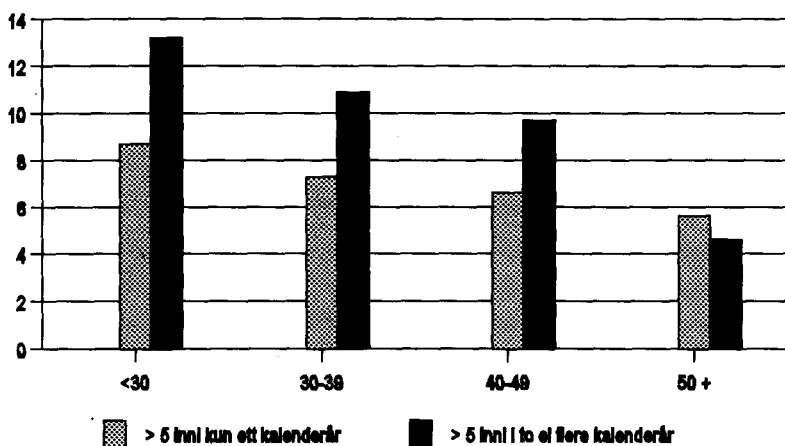
klientene var det 783 personer (54% av alle slike gjengangere) som hadde hatt fem innleggelser eller flere per år, i to eller flere kalenderår (c). Det var ingen forskjell mellom kvinner og menn. Det var derimot systematiske forskjeller når det gjaldt alder ved første gangs innleggelse og denne type gjengangeri. Blant dem som aldri hadde vært gjengangere etter definisjonen minst fem innleggelser per kalenderår, var gjennomsnittsalderen ved første gangs innleggelse 43 år. Blant dem som hadde vært gjengangere i ett enkelt kalenderår, var gjennomsnittsalder ved første innleggelse 40 år, og blant dem som hadde vært gjengangere i flere år, var gjennomsnittsalder 38 år ved første innleggelse. Vi ser altså at jo større grad av gjengangeri, desto yngre var klientene i gjennomsnitt første gang de kommer til avrusning. Omvendt kan vi si at jo yngre klienten er ved første innleggelse, jo større andel finner vi seinere igjen som gjengangere både i ett enkelt år og i flere år (tabell 4).

Tabell 4. Fordeling av klienter etter omfang av gjengangeri (5 eller flere innleggelser i løpet av ett kalenderår) etter alder ved første innleggelse.

	<30 år	30-39 år	40-49 år	50 år +
<Fem innleggelser i ett år	78%	82%	84%	90%
Fem innleggelser eller flere, i ett kalenderår	9%	7%	7%	6%
Fem innleggelser eller flere per kalenderår i flere år	13%	11%	10%	5%

Den mer intensive bruken av "Rusa" finner vi med andre ord i størst grad blant de noe yngre klientene, slik vi også har illustrert det i figur 26.

Figur 26. Andel klienter med mer enn fem innleggelser per kalenderår i ett eller flere å, etter aldersgruppe ved 1. innleggelse.

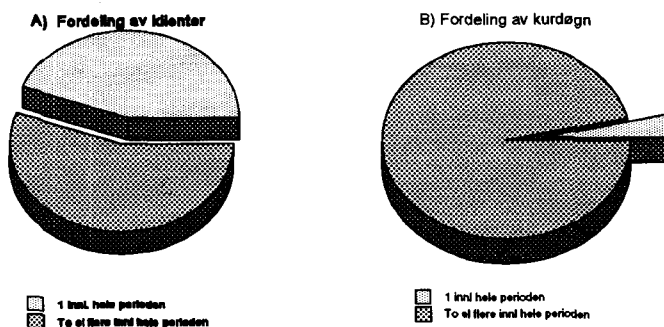


Bruk av ressurser

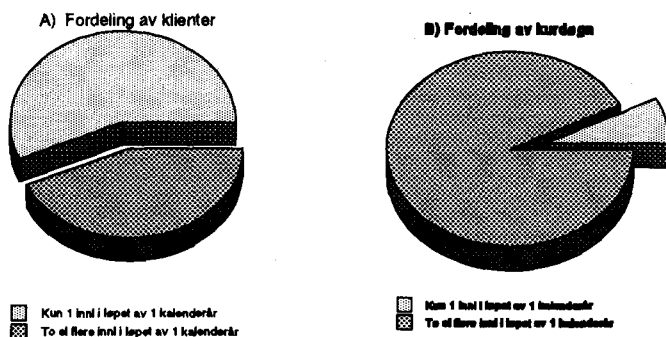
Hvor mye ressurser bruker så "Rusa" på hver enkelt klient? Og hvordan ser ressursfordelingen ut med hensyn til "svingdørsklientene" i forhold til de andre klientene? En måte å nærme seg dette på, er f eks å beregne antall kurdøgn per klient, enten for en gitt tidsenhet (f eks ett år) eller gjennom hele perioden 1972-96. Vi har i det følgende sammenliknet fordeling av klienter og fordeling av kurdøgn etter ulike mål på gjengangeri.

Sammenlikner vi først antall klienter og antall kurdøgn etter hvorvidt klienten har kun én innleggelse, eller to eller flere innleggelser gjennom hele perioden, ser vi at de 44% av klientene som bare har hatt én enkelt innleggelse står for 4% av alle kurdøgnene ved "Rusa" (figur 27).

Figur 27. Fordeling av A) klienter og B) kurdøgn etter hvorvidt de har hatt en eller flere innleggelser i løpet av hele 25-års perioden.



Figur 28. Fordeling av A) klienter og B) kurdøgn etter hvorvidt de har hatt to eller flere innleggelser i løpet av ett enkelt kalenderår.



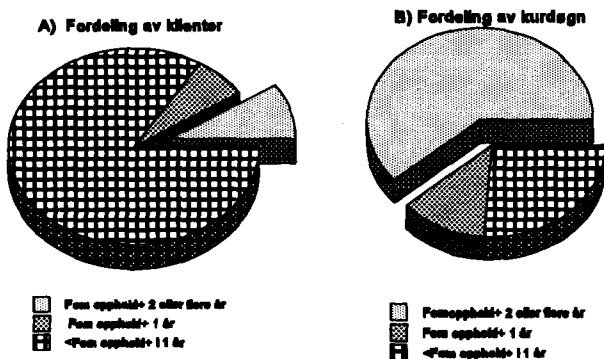
Vi har også sett på antall kurdøgn med hensyn på gjengangeri når en bruker to eller flere innleggelser innenfor samme kalenderår som mål på gjengangeri. Dette er illustrert i figur 28.

Vi ser av figur 28 at de som har to eller flere innleggelser innenfor ett enkelt kalenderår, utgjør mindre enn halvparten av klientene (43%), mens de står for 94% av alle kurdøgnene ved "Rusa".

Ved å bruke "Rusa"'s egen definisjon av gjengangeri, dvs de som har vært innlagt fem eller flere ganger i løpet av ett kalenderår, får vi rimeligvis en enda større forskyvning i forholdet mellom klienter og kurdøgn. Vi ser av figur 29 at en ganske liten andel av klientene (9%) står for en svært omfattende del av ressursbruken (61% av alle kurdøgnene). De mest ressursbrukende klientene er naturlig nok de som over flere kalenderår har hatt fem eller flere innleggelser. Disse

klientene er gjennomgående noe yngre enn andre klienter første gang de kommer til avrusning.

Figur 29. Fordeling av A) klienter og B) kurdøgn etter hvorvidt de har hatt mer enn fem innleggelser: - ikke i noe kalenderår, - i ett kalenderår og i to eller flere kalenderår.



Uansett hvilket mål vi bruker på gjengangeri, ser vi at gjengangerne står for en vesentlig andel av ressursbruken ved tiltaket. At det er en liten gruppe pasienter/klienter som bruker en betydelig andel av ressursene, er noe en generelt kan finne innenfor ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. I en del sammenhenger kan en slik skjev fordeling være et tegn på at ressursene brukes på en uheldig måte. Innenfor akuttiltakene for rusmiddelmisbrukere, kan imidlertid det faktum at en liten gruppe klienter står for en vesentlig del av ressursbruken, være et uttrykk for at gjengangerne er en gruppe som ikke fanges tilstrekkelig opp av det øvrige tiltaksapparatet. Dette kan antakelig bunne i flere

forhold. Delvis kan det tenkes at det er et potensiale for noen av disse gjengangerne å bedre utnytte de muligheter som finnes innenfor det eksisterende tiltaksapparatet, og delvis kan det tenkes at det er en del klienter som har svært dårlig boevne, og hvor det er vanskelig å finne noen mer permanente løsninger for klienten.

Det som særlig skiller gjengangerne fra andre klienter ved "Rusa", er boforholdene ved første innleggelse. Blant uteliggerne, de som bor på hospits og øvrige uten fast bopel, er andelen som kommer tilbake gang på gang, vesentlig høyere enn blant dem som har mer stabile boforhold. Blant dem som bodde i egen bolig ved første gangs innleggelse, er det nesten ingen som har et omfattende gjengangeri. I tabell 5 er dette illustrert ved å bruke "Rusa"s definisjon på gjengangeri med fem eller flere innleggelser innenfor et enkelt kalenderår. Vi skiller da mellom dem som aldri har hatt 5 eller flere innleggelser innenfor ett år, dem som har hatt fem eller flere innleggelser i kun ett enkelt år, og dem som har hatt fem eller flere innleggelser flere år.

Tabell 5. Andel av klienter som har hatt fem eller flere innleggelser i løpet av ett år ingen ganger, ett enkelt år eller flere år etter boforhold ved første innleggelse.

	Egen bolig	Vernet bolig	Hospits/UFB	Uteligger
Ingen	92%	79%	72%	66%
Ett år	4%	8%	12%	11%
Flere år	4%	13%	16%	24%

Forholdet mellom bosituasjon og omfanget av gjengangeri uttrykker antakeligvis flere ting. Opphold på "Rusa" dekker et behov for tak over hodet, mat og varme for mange med dårlige boforhold. Det dekker kanskje også et behov for omsorg og kontakt med andre. Klienter med dårlige boforhold har liten mulighet for å få til avrusning der de ellers oppholder seg. Det kan også tenkes at klienter med de dårligste boforholdene i noen grad også benytter "Rusa" som en uforpliktende tilnærming til andre deler av hjelpeapparatet.

10. OPPSUMMERING OG UTSYN

Vi har i denne rapporten beskrevet noen utviklingstrekk ved omsorgs- og tiltaksapparatet for alkoholmisbrukere. Opprettelsen av Akuttinstitsjonen i Storgata i Oslo skjedde umiddelbart etter at straff og tvangsarbeid opphørte som tiltak overfor tunge alkoholmisbrukere, og varme senger med medisinsk oppfølging under avrusning ble tilbudt istedet. Gjennom de mer enn 25 årene som er gått siden opprettelsen av "Rusa" har det skjedd en opprusting av bo- og omsorgstiltakene for rusmiddel-misbrukerne, og det har skjedd en større grad av tilnærming mellom tiltakene for alkohol- og stoffmisbrukere. De tradisjonelle skillene mellom alkohol- og stoffmisbrukere er også på andre måter mindre tydelige. Vi har sett på et tilnærmet fullstendig materiale om klienter og innleggelser gjennom 25 år ved "Rusa" som var den første avrusnings-stasjonen i Oslo. Rapporten beskriver en del karakteristika ved klientene og deres opphold ved "Rusa" gjennom tiltakets virksomhet fra 1972 og til og med 1996. Klientene er i stor utstrekning de mer utslåtte blant Oslo's alkoholmisbrukere. De som oftest svært kortvarige oppholdene på "Rusa", dekker ulike typer av behov for klientene, både når det gjelder omsorg, medisinsk tilsyn, avrusning, tak over hodet, eller videre henvisning innenfor det sosiale og medisinske tiltaksapparatet. Innleggelse på "Rusa" dekker også samfunnets behov for å kunne nå nedslitte rusmiddel-misbrukere gjennom et lavterskeltiltak og et sted "å gjøre av" berusete personer som oppleves som bryssomme i gatebildet.

"Rusa"'s klienter er for det meste menn (nærmere 90%), de er godt voksne (de fleste er i 40-og 50-årene), de bor ofte på hospits eller er uten fast bolig. Inntektsgrunnlaget er i hovedsak trygd og sosialstøtte. De fleste som blir lagt inn på "Rusa", har selv kommet på porten og bedt om plass, men en del bringes også inn av politiet eller Oppsøkende tjeneste.

De fleste blir på "Rusa" bare en dag eller to, og nærmere halvparten skriver seg ut før de er ferdig med avrusning. Utover avrusning og medisinsk oppfølging åpner denne typen akuttjeneste også for å hjelpe klientene videre med hensyn til å bedre bosituasjon og kontakt med det øvrige tiltaksapparatet. De korte oppholdene til tross, er det omkring en sjettedel av innleggelsene som synes å resultere i en bedring av klientenes boforhold eller en hjelp til å komme i kontakt med andre tiltak.

I tråd med det kliniske inntrykket blant de ansatte ved "Rusa", viser data fra denne undersøkelsen at det er skjedd en betydelig økning i andelen klienter som bruker vanedannende medikamenter og narkotika (først og fremst amfetamin og heroin). Denne økningen har funnet sted fra slutten av 1980-tallet, og skyldes først og fremst at det er kommet til nye klienter med et blandingsmisbruk av alkohol samt "piller" og/eller narkotika. Data viser imidlertid også at en del av "Rusa"'s "gamle" klienter som ved de(n) første innleggelsen(e) bare var registrert med alkoholmisbruk i økende grad også er gått over til et blandingsmisbruk. Den observerte økningen kan kanskje i noen grad tilskrives en endring i de ansattes oppmerksomhet på blandingsmisbruk og endring i registreringsrutiner, men det er mange forhold som støtter en antakelse om at det er skjedd en reell og betydelig økning i omfanget av blandingsmisbruk blant klientene ved Akuttinstitusjonen i Storgata. Delvis har omorganiseringen av tiltakene for rusmiddelmisbrukere til en felles etat for alkohol- og stoffmisbrukere, åpnet for at tiltakene i større grad skal ta imot klienter uavhengig av hvilket rusmiddel som misbrukes. Delvis er det få lavterskeltilbud med sengeplasser for stoffmisbrukere. Det er imidlertid trolig at det også har kommet til en betydelig gruppe blandingsmisbrukere, og det er særlig blant de yngre klientene (< 30 år) vi finner narkotikabruk. Mange av de tradisjonelle tyngre alkoholmis-

brukerne kommer i kontakt med stoff- og blandingsmisbrukere på hospitser og hybelhus, og det er trolig at en del av disse derved begynner å bruke "piller" og narkotika i tillegg til alkohol.

Nærmere halvparten av klientene har bare hatt ett opphold på "Rusa", mens noen har hatt flere hundre opphold gjennom årenes løp. En liten gruppe klienter er utpregede "svingdørsklienter", med mange innleggelser og derved storforbrukere av ressursene ved avrusingsstasjonen. De klientene som har hatt fem eller flere innleggelser per år over to eller flere år, utgjør en liten andel av alle klientene (9%), men de står for nærmere to tredeler (61%) av det totale antall kurdøgn. Det som i særlig grad kjennetegner disse "svingdørsklientene" er at de har ustabile boforhold, dvs de er oftere uteliggere eller bor på hospits eller er på annen måte uten fast bolig. For denne gruppen vil opphold på "Rusa" kunne dekke flere typer av behov som vil være tilbakevendende så lenge boforholdene er så vidt ustabile. Dette gjelder blant annet behov for avrusning eller et opphold i rusmiddelbruken, og i perioder mat, varme og et tak over hodet.

En viktig oppgave innenfor tiltakene for disse mest nedslitte rusmiddelmisbrukerne, vil derfor være å sørge for at klientene får en bedre bosituasjon. Det er mulig at det motiveringsarbeidet som gjøres ved lavterskeltiltakene, på sikt resulterer i en bedring for flere av misbrukerne enn det som kommer fram av data i denne undersøkelsen. Likevel må det sies at det over tid ikke ser ut til å ha skjedd noen vesentlig bedring i boforholdene for den gruppen av klienter som til enhver tid er på "Rusa". Data kan derfor peke i retning av at selv om noen klienter hjelpes over i bedre boforhold, "kompenseres" dette ved at det hele tiden er en ny tilvekst av rusmiddelmisbrukere med ustabile boforhold.

Innenfor norsk rusmiddelforskning har de mer utslåtte alkoholmisbrukerne lenge vært et forsømt område. Fra et samfunnssynspunkt er misbruk av alkohol et større problem enn misbruk av narkotika i flere henseender. Det er flere mennesker som rammes, både direkte og indirekte, og de samfunnsmessige kostnadene er dermed større. Dersom vi kan anta at forskningsfokus på et område kan bidra til en offentlig synliggjøring og debatt omkring problemene, vil det være en utfordring for norsk rusmiddelforskning å få en bedring av balansen mellom fokus på alkoholmisbruk og stoffmisbruk.

Mer kunnskap omkring ulike misbrukergrupper vil derfor være en viktig målsetting for rusmiddelforskningen framover. Dette vil kunne bidra til at samfunnet i større grad kan tilby disse gruppene adekvate behandlings- og omsorgstiltak.

REFERANSER

Akuttinstitusjonen Ullevål. Årsmelding 1992 og 1996.

Akuttinstitusjonen, Storgt Årsmelding 1996.

Amundsen, Lars. Vernehjemmet - nytt eller gammelt i alkoholistsorgen? Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1976.

Bønes, Bergsvein. Alkoholistsorgen i Norge. En historisk oversikt. Statens institutt for alkoholforskning. Oslo 1978.

Christie, Nils. Tvangsarbeid og alkoholbruk. Universitetsforlaget. Oslo 1960.

Duckert, Fanny. Alcohol Problems and Treatment: Follow-up studies of problem-drinkers with special reference to drinking behaviour. SIFA. Oslo 1993.

Fodstad, Hjørdis. I skyggen av Eika. Universitetsforlaget. Oslo 1996.

Gudjonsson, Harald. En sosiologisk undersøkelse av en avrusningsstasjon og klientellet der. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Oslo 1973.

Helzer, J. E. & Pryzbeck, T.R. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. Journal of Studies on Alcohol, 49. 1988

Järvinen, Margaretha og Rosenqvist, Pia. Kön, rus och disciplin. NAD-publikation 20. Helsingfors 1991.

Järvinen, Margaretha og Tigerstedt, Christoffer. Hemløshet i Norden. NAD-publikation 22. Helsingfors 1992.

Järvinen, Margaretha og Skretting Astrid. Missbruk- och tvångsvård. NAD-publikation 27. Helsingfors 1994.

Johansen, Per Ole. Løsgjengere og de kommunale herberger i Oslo. Institutt for sosiologi. Universitetet i Oslo. Oslo 1970.

Kjølstad, Halvor. Alkoholistsorgen i 90 år. Fra salmesang og tvangsarbeid til poliklinisk behandling og Minnesotabølge. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 14, 1990:110

Klassekampen 13.06.98

Krogh, Per og Ravndal, Edle. Alkoholbruk under Vinmonopolstreiken høsten 1978. En intervjuundersøkelse blant klienter ved Avrusningsstasjonen i Oslo. Statens Institutt for alkoholforskning. Oslo 1979.

Krogh, Per. Pasienter i A-klinikker og kursteder. SIFA-rapport 1/88. Oslo 1988.

Lauritzen, Grethe et al. A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. Nordic Studies on Alcohol and Drugs . English Supplement 1997.

NOU 1972: 17. Alkoholistsorgen, Utbygging, administrasjon og finansiering. Universitetsforlaget. Oslo 1972.

NSD. Klientstrømsregistert 1996. NSD og Rusmiddeldirektoratet. Oslo 1997.

Omundsen, Ole Eigil. Medisinsk tjeneste ved avrusningsstasjonene i Oslo. Notat 1991.

Ot. prp. Nr 29 (1990-91) Lov om sosiale tjenester.

Ramsøy, Odd og Semmingsen, Tore. Foreløpig rapport om Oslo kommunes avrusningsstasjon. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo. Oslo 1974.

Ramsøy, Odd og medarbeidere. Avrusning: rapport om Oslo kommunes avrusningsstasjon, Storgate 36c. Institutt for sosiologi. Universitetet i Oslo. Oslo 1978.

Ravndal, Edle et al. Arbeid isteden for rus? Universitetsforlaget. 1984.

Riska, Elianne et al. Minor tranquillizers in the Nordic countries. NAD-publikation 23. Helsingfors 1993.

Skretting, Astrid. Tvangsbehandling: Fra skyttergravskrig til prinsipplos fred. Stoffmisbruk 5/1995.

Skretting, Astrid. Ungdom og rusmidler. Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Oslo 1996.

Smith-Solbakken Marie og Tunglan, Else M. Legemidler på avveier - en del av den illegale rusøkonomien. Arbreidsnotat RF-95/292. Rogalandsforskning. Stavanger 1996.

Stang, Hanne. Kvinner på livet. I Fra de hjemløses verden. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo. 1972.

St.meld.nr.69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmisbrukere.

Sundby, Per et al. Forsøksdrift med en avrusningsstasjon. Norsk tidsskrift om alkoholspørsmålet. Nr 1 - 1971:23. Oslo 1971

Aasland, Olaf og Heimgård, Mary-Ann. Stasjon for akutt avrusning - fem års erfaringer i Oslo. Nordisk Medicin vol 93, 1-2/1978.

VEDLEGG

**Inntaksskjema ved Akuttinstitusjonen i Storgata,
i bruk fra 1995.**

Mottatt av

ROM

dato/år

Kl:

Inn/v

NAVN:

P.nr

Kommune

Fylke

Verdisaker

boforhold

Øk.

Ruser seg på
vanligvis

Alkohol

piller

narkotika

annet

spesifiser

inntaksdøgnet:

rusperiodens
varighet

situasjon ved inntak

medisinske opplysninger

ut dato

avrust

avbrutt beh.

Gikk til

Sosialkontakt ner

Sosialsenter

poliklinikk

andre

Telf

avtaler og opplysninger:

- 2/95 Rossow, Ingeborg og Træen, Bente: *På kafe i Norge. Om kafebruk, alkoholbruk og livsstil*. 59 s., Oslo 1995.
- 3/95 Arner, Oddvar, Grethe Lauritzen, Helge Waal og Arvid Amundsen: *Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak for Oslo*. 194 s., Oslo 1995.
- 1/96 Skretting, Astrid: *Bruk av tobakk, alkohol og narkotika blant norske 9. klassinger. Resultater fra en skoleundersøkelse - 1995*. 48 s., Oslo 1996.
- 2/96 Aas, Henrik Natvig: *Evaluerings av Aksjon mot ulovlig spritometning*. 107 s., Oslo 1996.
- 3/96 Pernanen, Kai: *Sammenhengen alkohol - vold*. 143 s., Oslo 1996.
- 4/96 Ugland, Trygve: *EØS, EU og alkoholmonopolene: En komparativ studie av de nordiske lands respons og strategivalg*. 89 s., Oslo 1996.
- 5/96 Ødegård, Einar: *På ulendte veier - evaluering av Stifinnerprosjektet*. 125 s., Oslo 1996.
- 6/96 Christensen, Astrid: *"Jenter som kommer og jenter som går" En oppfølgingsundersøkelse av kvinnelige rusmiddelmissbrukere som har vært i behandling på kvinnekollektivet ARKEN i tiden 1992-1993*. 101 s., Oslo 1996.
- 1/97 Lund, Ingeborg: *Alkohol og marked. Nye utfordringer i kjølvannet av EØS-avtalen*. 111 s., Oslo 1997.
- 2/97 Fugleberg, Ole: *Metodiske problemer i forbindelse med estimert av det uregistrerte alkoholkonsumet i Norge. Bruk av aggregerte data fra Vinmonopolets salg og oppgitt konsum fra surveyundersøkelser*. Oslo 1997.
- 3/97 Rossow, Ingeborg og Grimsmo, Asbjørn: *Alkohol og sykefravær*. Oslo 1997.

4/97

**Skretting, Astrid: Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.
Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige
behandlingstiltak. Oslo 1997.**

5/97

**Ervik, Randi: Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.
Del 2: Behandlingsforløp og status. Oslo 1997.**

SIFA rapport

Følgende rapporter er tidligere utkommet i denne serien:

Rapportene kan bestilles fra instituttet.

- | | |
|------|--|
| 1/88 | Krogh, Per: <i>Pasienter i A-klinikker og kursteder.</i> 218 s., Oslo 1988. |
| 1/89 | Skretting, Astrid og Ole-Jørgen Skog: <i>Arresterte sprøytemisbrukere.</i> 113 s., Oslo 1989. |
| 2/89 | Hauge, Ragnar og Olav Irgens-Jensen: <i>Bruk av narkotika i Norge.</i> 38 s., Oslo 1989. |
| 1/90 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens.</i> 66 s., Oslo 1990. |
| 2/90 | Nordlund, Sturla: <i>Drikkevaner og restaurantbruk i Trondheim.</i> 151 s., Oslo 1990. |
| 3/90 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Prognose for aids-epidemien blant sprøytemisbrukere 1990 - 1999.</i> 26 s., Oslo 1990. |
| 1/91 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Selvbetjeningssalg av sterkøl i svenske systembolagbutikker.</i> 26 s., Oslo 1991. |
| 1/92 | Hauge, Ragnar og Jens J. Guslund: <i>Straffutmålingen i promillesaker. En undersøkelse av hvordan endringene i promillelovgivningen i 1988 har påvirket domstolenes straffutmålingspraksis.</i> 104 s., Oslo 1992. |
| 2/92 | Irgens-Jensen, Olav: <i>Bruk av alkohol og narkotika blant tilsatte i Forsvaret. Resultater av en spørreskjemaundersøkelse høsten 1991.</i> 40 s., Oslo 1992. |
| 3/92 | Nordlund, Sturla: <i>Metoder og metodeproblemer ved estimering av alkoholforbruk.</i> 117 s., Oslo 1992. |

- 1/93 Arner, Oddvar: *Hva er alkoholmisbruk? En undersøkelse av nordmenns holdninger til spørsmål omkring alkoholmisbruk og alkoholisme*. 48 s., Oslo 1993.
- 2/93 Skretting, Astrid, Randi Ervik og Kjell Erik Øye: *Aids-informasjonsbussen i Oslo. En intervju-undersøkelse av brukere*. 59 s., Oslo 1993.
- 3/93 Saglie, Jo og Sturla Nordlund: *Alkoholpolitikken og opinionen*. 56 s., Oslo 1993.
- 4/93 Skog, Ole-Jørgen, Øyvind Horverak, Sturla Nordlund og Thor Norström: *Vurdering av konsekvenser av ulike endringer i omsetningsform og priser for alkohol i Norge*. 61 s., Oslo 1993.
- 5/93 Rossow, Ingeborg: *Trends and variations in suicide in Norway. A description and short bibliography*. 28 s., Oslo 1993.
- 1/94 Saglie, Jo: *Norske drikkekulturer: Geografi, sosial bakgrunn, livsstil og tilgjengelighet*. 85 s., Oslo 1994.
- 2/94 Hauge, Ragnar og Amundsen, Arvid: *Virkninger av økt tilgjengelighet på alkohol. En undersøkelse av virkningene av åpning av vinmonopolutsalg i Sogn og Fjordane*. 103 s., Oslo 1994.
- 3/94 Aas, Henrik: *Aksjon mot ulovlig spritometning: Data fra evalueringens forundersøkelse*. 100 s., Oslo 1994.
- 4/94 Bretteville-Jensen, Anne Line: *Narkotikadødsfall i Norge. En analyse av utviklingen fra 1976-1993*. 69 s., Oslo 1994.
- 5/94 Rossow, Ingeborg og Amundsen, Arvid: *The Norwegian Conscript Study. A description of data collection, linkage of registers and establishment of data files*. 32 s., Oslo 1994.
- 1/95 Amundsen, Arvid, Sturla Nordlund og Per Halvor Vale: *Alkohol og narkotika i Oslo*. 27 s., Oslo 1995.

ISBN 82-7171-218-7

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
National Institute for Alcohol and Drug Research