

SIFA rapport

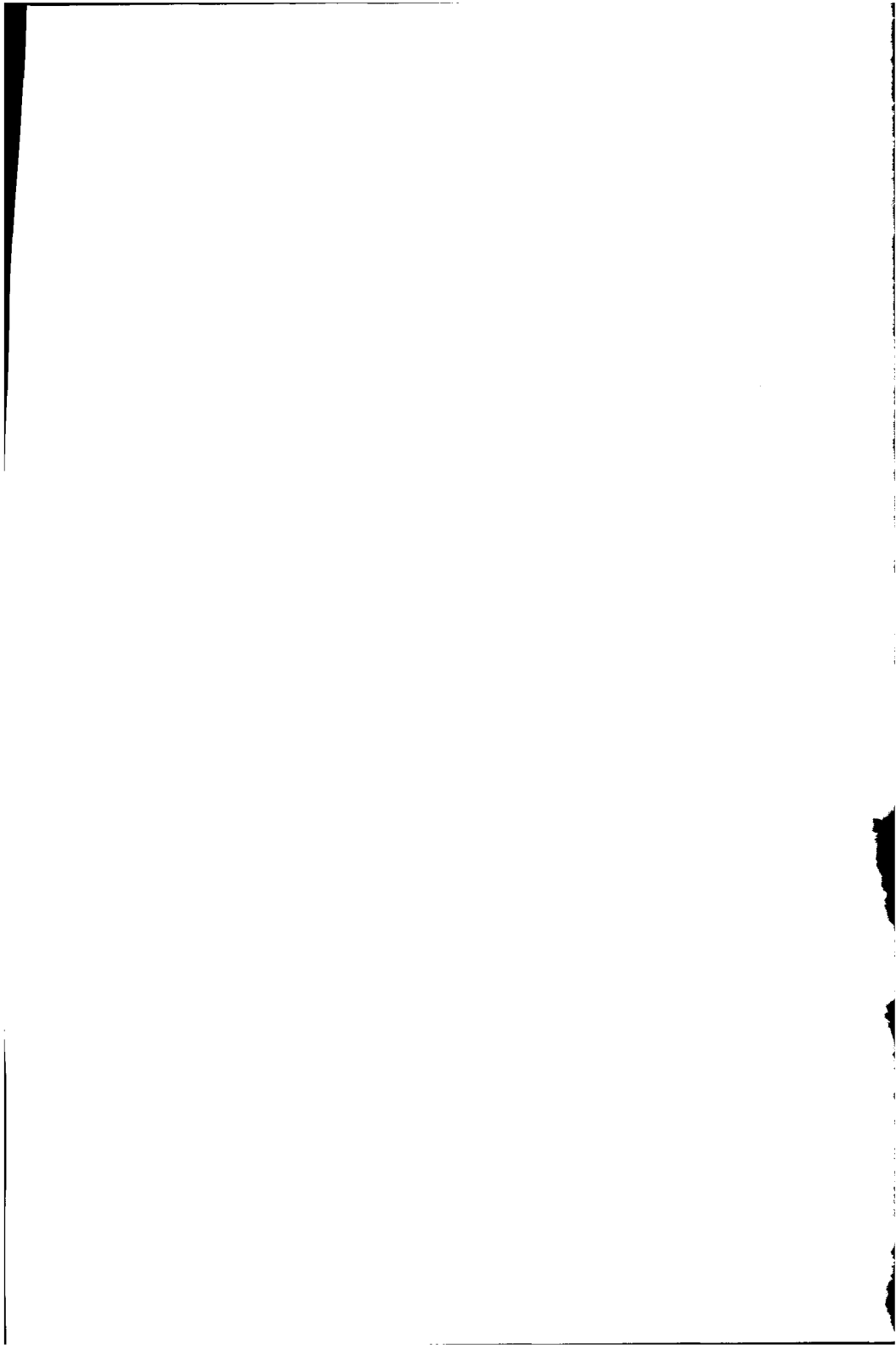
Nr. 3/95

Oddvar Arner, Grethe Lauritzen,
Helge Waal og Arvid Amundsen

FORPROSJEKT TIL EN NASJONAL STUDIE AV STOFFMISBRUKERE I BEHANDLING

En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak
for Oslo

atens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Oslo 1995



**Oddvar Arner, Grethe Lauritzen, Helge Waal
og Arvid Amundsen**

**FORPROSJEKT TIL EN
NASJONAL STUDIE AV
STOFFMISBRUKERE I
BEHANDLING**

**En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak
for Oslo**

**Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Oslo 1995**

ISBN 82-7171-194-6

FORORD

Denne rapporten redegjør for et forprosjekt til en større nasjonal studie av klienter i behandling for stoffmisbruk. Rapporten beskriver forarbeidet, erfaringene med de metodene som er benyttet og presenterer materialet. Vi har valgt å skissere prosessen og erfaringene nokså kort. En beskrivelse som omfatter utviklingen av både forprosjekt og den nasjonale studien blir utgitt i egen publikasjon.

Rapporten legger hovedvekten på å beskrive materialet og funnene i forprosjektet. Som det vil gå frem av beskrivelsen av materialet, er det svakheter både i metodisk tilnærming og i gjennomføring. Konklusjonene skal derfor betraktes som foreløpige, og arbeidet har størst betydning som hypoteseskapende. Materialet er likevel langt større enn i noen andre norske undersøkelser på området og inneholder funn som har interesse. Dekningsgraden i forhold til alle klienter som er behandlet i undersøkelsesperioden varierer tiltakene imellom. Vi har derfor i hovedsak utført enkle analyser og har forsøkt å være forsiktige med tolkninger og vurderinger.

Datainnsamlingen i hovedprosjektet er nå også avsluttet, og denne vil gi utgangspunkt for å bekrefte eller svekke de hypotesene som er generert fra forprosjektet og skape bedre grunnlag for utdypende tolkninger.

Vi vil gjerne få takke alle behandlere og klienter som har gitt av sin tid og sine erfaringer, og vi håper både at dette forprosjektet og den nasjonale studien vil være nyttig for dere. Takk også til medarbeidere ved SIFA og kolleger ute i behandlingsfeltet for gode kommentarer til rapporten.

INNHold

1. BAKGRUNN/MÅLSETTING	6
2. FORPROSJEKTET - oversikt	9
3. REGISTRERINGSSKJEMAENE	13
3.1 Henvendelsesskjemaet	13
3.2 Inntaksskjemaet	15
3.3 Reaksjoner på instrumentene	17
3.4 Erfaringer og konklusjoner	19
4. MATERIALET - oversikt	22
4.1 Inndeling av materialet	22
4.2 Henvendelsesmaterialet	24
4.3 Inntaksmaterialet - Personer og registreringsperioder - Dekningsgrad	27
4.4 Representativitet	33
4.5 Datakvalitet	35
4.6 Konklusjoner	36
5. HENVENDELSENE - en skisse av behandlingsbehov og samarbeidsproblemer	39
5.1 Henvendelsespraksis	39
5.2 Hvem henvender seg hvor	43
5.3 Formålet med henvendelsene	45
5.4 Type rusproblem	46
5.5 Saksbehandling	48
5.6 Konklusjoner	52

6. KLIENTENE - hvem kommer i behandling	53
6.1 Bakgrunn og oppvekst - henvendelser og behandlede	53
6.2 Kjønnforskjeller	56
6.3 Klientgruppen i de ulike tiltakstypene	58
6.4 Konklusjoner	60
7. KLIENTENES RUSMIDDELBRUK	62
7.1 Debutalder	62
7.2 Regelmessig bruk	65
7.3 Daglig bruk over tid	68
7.4 Kjønnforskjeller	71
7.5 Forskjeller mellom klientene i de ulike tiltakstypene	73
7.6 Konklusjoner	74
8. RUSMIDDELRELATERTE PROBLEMER	75
8.1 Kontakt med strafferettsapparatet	75
8.2 Overdoser og suicidalitet	76
8.3 HIV-smitte og risikoatferd	79
8.4 Konklusjoner	80
9. TIDEN FØR BEHANDLINGSSTART	82
9.1 Misbruket siste halvår	83
9.2 Sosial funksjon	85
9.3 Tilhørighet og sosialt nettverk	88
9.4 Behandlingskontakt	88
9.5 Konklusjoner	89
10. VURDERINGSSKALAER TIL BRUK VED EVALUERING ..	90
10.1 Belastning og bakgrunn (Eggert Petersens belastningsindeks)	91
10.2 Psykisk helse (GAS - Global Assessment Scale)	93
10.3 Misbrukets alvorlighet (DTES Misbruksskala)	96

10.4 Sosial funksjon (DTES Sosial funksjonsskala)	100
10.5 Sosial tilhørighet (DTES Sosial tilhørighetsskala)	102
10.6 Noen konklusjoner og kommentarer	104
 11. BEHANDLING OG UTSKRIVING	 107
11.1 Inntaket/Innleggelsen	107
11.2 Tidligere behandling	108
11.3 Oppholds- og behandlingstid	111
11.4 Behandlingsinnhold	113
11.5 Utskrivingen	116
11.6 Konklusjoner	120
 12. SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	 122
12.1 Forprosjekt	122
12.2 Materialet	123
12.3 Henvendelser om behandling	124
12.4 Klientene	125
12.5 Tilstand før behandling og vurderingsskalaer	126
12.6 Behandlingen	127
12.7 Overgang til hovedprosjektet.....	128
 REFERANSER	 129
 VEDLEGG	 131

1. BAKGRUNN/MÅLSETTING

Planene om en standardisert kartlegging av stoffmisbrukere i behandling er av gammel dato. Allerede omkring 1980 begynte en gruppe klinikere, som også hadde forskningsinteresse og erfaring, å arbeide med tanken om et felles registreringsinstrument for ulike typer behandlingstiltak. Målsettingen var å skape en basis for å kunne sammenlikne erfaringer.

I 1985 ble det i regi av Sentralrådet for narkotikaproblemer holdt et bredt anlagt seminar om norsk behandlingsforskning på narkotikaområdet, med deltagelse av både behandlere og forskere.

Seminalet hadde to formål:

- å drøfte metodespørsmål innen misbruksforskningen, og behandlingsforskningens bidrag til forståelse av narkotikaproblemet.
- å få fortgang i arbeidet med å utvikle forslag til felles registrering og standardiserte måleverktøy til bruk i behandlingsforskningen.

Behovet for et felles registreringsverktøy for både kliniske, administrative, og forskningsmessige formål ble det sentrale temaet på seminaret. Det var stor frustrasjon over hvor mangelfull kunnskapen var både om størrelsen på og trekk ved klientpopulasjonene og om behandlingstiltakenes tilbud og innhold. (Norsk behandlingsforskning. En seminarrapport 1986). Noen institusjoner og tiltak hadde gjort forsøk på å utvikle egne registreringsskjemaer og rutiner. Data fra flere tiltak kunne imidlertid vanskelig sammenlignes da spørsmål og svaralternativer var forskjellige. Betydningen av komparative studier for å vurdere rekruttering til de ulike tiltakstypene og utveksle behandlingserfaringer ble

understreket. Eventuelle endringer i klientgruppens sammensetning over tid ville være viktig for en overordnet drøfting av aktuelle hjelpebehov og utvikling av behandlingsapparatet.

Til seminaret var det, med utgangspunkt i eksisterende nordiske undersøkelser, utarbeidet et forslag til registreringsskjema av Mona Duckert og Fred Holsten. De spørsmål som oftest gikk igjen i disse undersøkelsene var valgt ut og sammenholdt med eksisterende skjemaer ved norske institusjoner og hjelpetiltak. Forslaget ble presentert som et basisskjema, som i størst mulig grad var tilpasset de ulike behandlingsinstansene. Skjemaet var formet slik at det kunne fungere som et klinisk intervju, med muligheter for innhenting av supplerende data for behandlere som måtte ønske det. I utviklingen av instrumentet var det lagt vekt på klinisk nytte, sammenlignbarhet og anvendelighet.

Sentralrådssekretariatet nedsatte en arbeidsgruppe som fikk i mandat å utforme et prosjekt og gjøre en begrenset utprøving av skjemaet i enkelte tiltak. Det ble bevilget 90.000 kr til motiverings- og veiledningsseminarer i fagfeltet og til ferdigstilling av kartleggingsverktøyet. Arbeidsgruppen tok kontakt med Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) i 1987 og i samarbeid med Universitetet i Bergen ble det fremmet en søknad til Sosialdepartementet om et treårig prosjekt med en landsomfattende datainnsamling over en toårsperiode.

Prosjektet ble gitt tittelen *Misbruksbehandling i Norge i 90-årene* og hadde følgende målsetting:

1. Skape grunnlag for mer enhetlige og systematiske undersøkelser av hjelpsøkende misbrukere, for på denne måten å bedre muligheten for en differensiering av behandlingen.

2. Å finne tallet på hjelpsøkende, deres behov for hjelp og eventuelle regionale forskjeller på behovs- eller tilbudssiden.
3. Å kartlegge hvor lenge de enkelte pasienter blir i behandling, hvem som faller fra, hvor mange som blir registrert flere steder i samme behandlingsperiode, og hvor mange som går igjen i registreringsperioden.
4. Skape grunnlag for en bedre evaluering av behandling på den enkelte institusjon, gi mulighet for etterundersøkelser, sammenligninger av årspopulasjoner etc.
5. Fremskaffe data for utarbeidelse av planer for misbrukerbehandling i årene som kommer.
6. Tilrettelegge mulighetene for sammenlignende undersøkelser av misbrukere i de skandinaviske land.

Det ble bevilget 100.000 kr til oppstart av prosjektet, men pga ulike forhold ble tidsplanen forskjøvet. Sentralrådssekretariatet ble på dette tidspunkt nedlagt, og prosjektgruppen ble derfor uten formell forankring. De spredte forsøkene som var gjort på å introdusere standardiseringsideen og basisskjemaet blant behandlere hadde dessuten vist at man sto overfor en utfordrende, men vanskelig oppgave. Ideen om et samarbeid mellom to forskningsenheter hadde også kompliserte sider. Etter hvert vokste det frem en beslutning ved SIFA om å gjøre en avgrenset pilotstudie med de ressurser som var bevilget.

2. FORPROSJEKTET - oversikt

Instituttet kontaktet i 1989 Sentraladministrasjonen i Oslo med forespørsel om å gjennomføre en datainnsamling innenfor Oslotiltakene. Planleggere her hadde deltatt aktivt i forarbeidene til prosjektet og opplevd vanskene med å møte en alvorlig HIV-epidemi uten særlig dokumentasjon om klientpopulasjonen og om behandlingsapparatet. Motivasjonen for å legge en pilotstudie til Oslo var derfor høy. Man foreslo å gjennomføre en ettårig datainnsamling med start 1.1.1990.

Følgende behandlingsinstitusjoner ble bedt om å delta i prosjektet: Veksthuset, Ullvin, Stensløkka ressurscenter, Statens klinikk for narkomane, Avd. for stoffmisbrukere, Psykiatrisk klinikk/Vinderen, Kvinnekollektivet Arken, Behandlingshjemmet T-5, Studio 4, Veslelien, Origosenteret, Akuttinstitusjonen og de tre psykiatriske ungdomsteamene (Dikemark, Gaustad, Ullevål). Alle var tiltak på Oslo kommunes helseplan og representerte tre hovedtyper av behandlingstilbud: akutt, poliklinisk og langtids-døgnbehandling.

SIFA og Sentraladministrasjonens representanter redegjorde i fellesskap for målsettinger og valgene som lå til grunn for utformingen av spørreskjemaet i et møte med de 14 tiltakene. Interessen for å delta i registreringen var i utgangspunktet stor, og i løpet av kort tid var det satt ned en brukergruppe med representanter for hver av behandlingsinstansene under ledelse av SIFA. Det var bred enighet om behovet for en systematisk registrering av klientgruppen og klientadministrative rutiner både ut fra kliniske formål og evalueringsformål. Når det gjaldt selve kartleggingsverktøyet åpnet man for en kritisk gjennomgang av spørsmål og svaralternativer. Det ble besluttet å todele skjemaet slik at man fikk et kort skjema for henvendelser om behandling, og et

basisskjema til bruk ved inntak/innleggelser. Omfanget av variablene ble problematisert. Man forutså vanskene ved å bruke et så krevende instrument særlig i Akuttinstitusjonen og i de polikliniske teamene, men valgte allikevel å gjøre et forsøk bl.a. ut fra alt arbeidet som var nedlagt i utformingen av basisskjemaet.

En referansegruppe for prosjektet ble opprettet, bestående av representanter for initiativtakerne, Sosialdepartementet, Oslo kommune og behandlingstiltakene.

Revisjonen av basisskjemaet var tidkrevende og det omarbeidede forslaget var derfor ikke klart til utsendelse før i februar 1990. Datatilsynet ga konsesjon for opprettelse av et teknisk anonymt personregister. Identifikasjonskodene var initialer, fødselsdata og kjønn. Konsesjonen betinget informert samtykke fra klienten. Prosjektet ble også forelagt Regional komite for medisinsk forskningsetikk, Helse-region I.

Etter planen skulle det fylles ut skjema for alle personer som var i behandling pr.1.1.90 og alle nye som kom inn i behandling i løpet av prosjektperioden. Samtidig skulle alle henvendelser om inntak i behandling registreres fortløpende.

Det ble lagt opp til regelmessige møter med representanter for tiltakene samlet. Hensikten med møtene var en felles drøfting og eventuell avklaring av problemer og spørsmål vedrørende kodingen, slik at det tidlig kunne etableres en så entydig tolkning og ensartet praksis som mulig. Det foregikk også en betydelig veiledningsvirksomhet ved direkte kontakt med de enkelte institusjoner og team.

Ikke alle kom i gang med registreringen til samme tid. En undersøkelse som baserer seg på såvidt omfattende intervjuer med hver klient, griper inn i daglige rutiner og den enkelte behandlers kliniske arbeid. Det krever stor grad av tilretteleggelse og vedvarende motivasjon for å sikre gjennomføringen. Det viste seg raskt at noen tiltak fant det umulig å få fylt ut skjemaet på klienter som var kort tid i behandling, og kapasitetsproblemer bidro også til å gjøre en systematisk registrering vanskelig.

På grunn av de noe varierende starttidspunkter og grad av oppfølging valgte SIFA i samråd med behandlere og Sentraladministrasjonen å utvide tidsrommet for datainnsamlingen til også å omfatte året 1991.

Sosialdepartementet hadde allerede gitt tilsagn om bevilgning til å gjøre en landsomfattende studie av stoffmisbrukere i behandling. Planleggingen av denne gikk derfor parallelt.

Våren 1991 foretok instituttet en vurdering av forprosjektet i samarbeid med de tiltakene som hadde deltatt i undersøkelsen. Det ble lagt vekt på en kritisk gjennomgang av registreringsskjemaene, av utfyllingspraksis, av formål og motivasjon for gjennomføringen. Hoveddelen av denne drøftingen ble gjort innenfor møter med hver av de tre tiltakstypene for seg, med flest mulig av behandlerne tilstede. Man kunne herigjennom fordype seg i erfaringer, innvendinger og forslag med utgangspunkt i tiltakstypenes særtrekk, for deretter å vurdere erfaringene samlet. De viktigste lærdommene var:

- * Tidsbruken ved slike undersøkelser er så stor at mange vil falle fra om det ikke foreligger et betydelig engasjement i og aksept av målsettingen.

- * Det er avgjørende at registreringen oppleves klinisk nyttig gjennom informasjon som kan brukes i behandlingen.
- * Det tar tid å etablere gode rutiner, og det krever stor innsats å opprettholde dem. Informasjon i en innledende fase er utilstrekkelig. Gjentatt oppfølging og veiledning er nødvendig.
- * Ulikhetene i tiltakstyper bl.a. gjør det vanskelig å konstruere et felles basisinstrument som oppleves som egnet av alle behandlere.

Skjemaene ble gjenstand for en omfattende revisjon før den nasjonale studien. En kritisk drøfting av skjemaene og erfaringer med bruken er beskrevet i kapittel 3.3 og 3.4.

Det ble imidlertid redegjort for en betydelig bevisstgjøringsprosess fra deltagerne i forprosjektet, en bevisstgjøring i forhold til egen virksomhet og behovet for å kunne beskrive klientpopulasjonene, følge utviklingstrekk og vurdere behandlingsinnsats i forhold til målgruppe. Denne erfaringen ble et bærende element i planleggingen av den nasjonale studien.

3. REGISTRERINGSSKJEMAENE

Det opprinnelige basisskjemaet besto av fire deler:

- Del I Henvendelsesdata som skulle registreres ved første kontakt om behandling.
- Del II Spørsmål om personens aktuelle situasjon, rusmiddelbruk, tidligere behandling etc. skulle fylles ut ved inntak i behandling.
- Del III Spørsmål om bakgrunnsopplysninger skulle fylles ut under første behandlingsperiode, men utelates ved senere inntak.
- Del IV Utskriving/avslutningsdata til registrering ved avslutning av behandlingen.

Etter råd fra behandlere ble skjemaet omredigert og delt i to: et kort henvendelsesskjema for registrering av alle henvendelser om inntak i behandling og et mer omfattende inntaksskjema til bruk ved alle etablerte polikliniske kontakter og ved alle innleggelser.

Undersøkelsen ble dessuten lagt opp med en gjennomarbeidet identifikasjonss metode. Hvert av skjemaets deler inneholdt koder for initialer, fødselsdato og kjønn. Dette gjør det mulig med stor sikkerhet å koble de skjemaene som gjelder samme person som har henvendt seg eller blitt innlagt flere ganger. Undersøkelsen er derfor personbasert selv om den gjelder et anonymisert materiale.

3.1 Henvendelsesskjemaet (Vedlegg III)

Henvendelseskjemaet siktet mot å skape oversikt over pågangen av klienter til de ulike tiltak, hvem går igjen, hvor mange blir tatt inn i

behandling, hvor mange blir avvist og av hvilken grunn. Det ble spurt om følgende forhold:

1. Opplysninger omkring henvendelsen: dato, henvendelsesmåte, hvem henvendelsen kom fra, hovedformål med henvendelsen og antall tidligere henvendelser.
2. Persondata: kjønn, initialer, fødselsdato, sivilstand, bokommune, boforhold, beskjeftigelse, evt. barn og omsorg for barn, graviditet og om man ønsket barn med i behandlingen.
3. Dominerende misbruk, eget og hos eventuell partner.
4. Saksbehandling: hva skjedde med henvendelsen, hvis avslag, hvorfor, og hvis viderehenvist, hvor.

Det viste seg tidlig at det var vanskelig å få innført ensartede regler for når henvendelsesskjemaet skulle fylles ut. Dette måtte tilpasses rutinene ved de enkelte tiltak, og det ble derfor viktig at behandlerne klargjorde hvilke regler de fulgte. Ungdomsteamene fikk stort sett henvendelser enten pr. telefon eller brev og registrerte disse. Blant institusjonene var det en mer varierende praksis. Noen fylte ut henvendelsesskjemaet bare ved skriftlige søknader, og noen bare ved personlig fremmøte eller ved første inntakssamtale. Utfylling av henvendelsesskjemaet var også i noen grad avhengig av bemanningssituasjonen til enhver tid og hvem av personalet som fikk henvendelsen, der dette varierte. Ikke alle fant det aktuelt eller passende å stille så mange spørsmål f.eks. ved en telefonhenvendelse. Det var heller ikke alltid lett i en slik sammenheng å be om klientens samtykke til at opplysningene kunne inngå i et forskningsprosjekt.

Et annet problem var når personer med korte tidsintervaller henvendte seg flere ganger. Her måtte man i noen grad basere seg på skjønn i vurderingen av hva som skulle betraktes som en ny henvendelse.

3.2 Inntaksskjemaet (Vedlegg IV)

Inntaksskjemaet tok sikte på å samle opplysninger om situasjonen ved inntak, om bakgrunn, problembelastning og funksjon, om innhold i behandling og situasjon ved avsluttet behandling. Skjemaet var bygget opp slik at det kunne danne grunnlag for et klinisk intervju og også brukes som en klientjournal. Hensikten med inntaksskjemaet var å samle inn data fra ulike typer behandlingstiltak om klientpopulasjon, klient-administrative rutiner og innhold i behandling på en ensartet og systematisk måte.

Skjemaet kan deles inn i følgende hovedområder:

1. Opplysninger om innleggelsen/inntaket:
Overført fra fengsel, frivillig innleggelse, antall tidligere inntak.
Vanlige persondata og initialer, tilsvarende henvendelsesskjemaet.
2. Sosiale bakgrunnsdata:
Familieforhold under oppveksten, fullført utdanning, forhold til skolen.
3. Spørsmål rundt bruk av rusmidler:
Alder ved førstegangs bruk og regelmessig bruk av ulike rusmidler.
Noen gang brukt de ulike rusmidler daglig i en måned.

Hvor ofte brukt de ulike stoffer siste 6 måneder.

Perioder med daglig eller nesten daglig bruk av sprøyter (ant.mnd.).

Tid med daglig eller nesten daglig bruk av narkotiske stoffer (ant.år).

Antall dager verken brukt alkohol eller stoff siste 6 måneder.

4. Nettverk, bosted, skole, arbeid, inntekt siste 6 måneder:

Kontakt med venner, foreldre.

Hvor lenge i skole, arbeid, arbeidsmarkedstiltak.

Viktigste inntektskilder.

5. Strafferettslige forhold:

Antall dommer, fengselsopphold, uoppgjorte saker.

6. Overdose, selvmordsforsøk, dødstanker, HIV-smittet/testet.

7. Tidligere behandling:

Antall polikliniske kontakter, varighet.

Alder ved første innleggelse, antall innleggelser, antall institusjoner.

Samlet behandlingstid.

8. Utskriving/avslutning:

Behandlingstidens lengde.

Type utskrivning.

Videre behandlingskontakt.

Oppholdssted ved avslutning.

Arbeid/skoleplass ved avslutning.

9. Innhold i behandlingen.

10. Drug Taking Evaluation Scale (DTES) og Global Assessment Scale (GAS)
- DTES Misbruk.
 - DTES Misbruk siste 6 måneder.
 - DTES Sosial funksjon siste 6 måneder.
 - DTES Sosial tilhørighet siste 6 måneder.
 - GAS-skåre (gjennomsnitt siste 6 måneder).

3.3 Reaksjoner på instrumentene

Til tross for store vansker med å ta i bruk et tungt registreringskjema, ble det fra deltagernes side vist stor entusiasme og vilje til innsats for å få gjennomført forprosjektet. Ingen av tiltakene klarte imidlertid å gjøre en fullstendig registrering av henvendelser og inntak i behandling for hele prosjektperioden. Reaksjonene fordelte seg grovt etter de tre tiltakstypene:

De mest kritiske til basisskjemaet var de ansatte ved *Akuttinstitusjonen*, som fant det problematisk å bruke skjemaet i praksis. Det var fra starten av ganske klart at et slikt skjema ikke egner seg for de fleste avgiftnings/akuttinstitusjoner. Akuttinstitusjonen i Oslo fulgte likevel opp en tid fordi den var i en fase med krav til å dokumentere sin utvikling, og fordi den er tiltenkt å ha en utrednings- og kartleggingsfunksjon og er bemannet deretter. I den klienthverdag de sto oppe i ble skjemaet imidlertid for komplisert og tidkrevende. Svært ofte ble man liggende på etterskudd med utfyllingen og måtte basere seg på rekonstruksjoner på grunnlag av journalnotater, hukommelse etc., noe som førte til skjønnsmessige vurderinger, anslagsvise svar og en høy andel ubesvarte.

De psykiatriske ungdomsteamene hadde ulike innvendinger og oppga vanskeligheter i gjennomføringen. Det var en prinsipiell innvending mot å bruke et strukturert spørreskjema som sådan, og det ble spesielt pekt på problemer ved å benytte skjemaet tidlig i behandlingen. Som poliklinisk tilbud er kontaktetableringen svært viktig og har en skjørhet ved seg fordi arbeidsalliansen lett kan forstyrres. Det var reelt vanskelig å innhente så mye informasjon ved inntak i behandling, og en ikke ubetydelig andel av teamenes klienter faller fra i løpet av de første samtaler. Intervjuere kunne oppleve en del av spørsmålene som krav om prestasjoner fra klientens side eller vurdere spørsmål som lite relevante for det kliniske arbeidet. Dette påvirket motivasjonen for å utføre registreringen. De mange og detaljerte spørsmål vedrørende rusmiddelbruk ble ofte ansett som lite hensiktsmessige.

Det var også tildels store innvendinger mot de mer følsomme spørsmål, som for eksempel om foreldres rusmisbruk og vansker, om klientens HIV status og prostitusjon. Skjemaet ble karakterisert som for belastningsorientert og dårlig tilpasset en poliklinisk setting. Det ble i tillegg etterlyst spørsmål om klientens somatiske og psykiske helse, ressurser og behandlingsbehov, samtidig som man savnet et utviklingsperspektiv. Ungdomsteamene stilte seg likevel forholdsvis positive og fant deler av skjemaet nyttig i bruk, i den grad de kunne innordne informasjonsinnhenting i den terapeutiske prosessen.

Mest tilfredse med basisskjemaet var *døgninstitusjonene*, som vanligvis har klientene i behandling over lengre tid, selv om det også der ble rapportert om vanskeligheter på grunn av kapasitetsproblemer og hyppig skifte av personell. Mange opplevde instrumentet som realitetsorienterende og motiverende i arbeidet med klientene og så klart nytten de kunne ha av det innsamlede materiale. En del av de samme innvend-

ingene som nevnt overfor ble likevel også fremført av institusjonene.

Noen institusjoner fant av tidsmessige og/eller faglige grunner ikke å kunne benytte DTES og GAS skalaene som var bygget inn i basis-skjemaet. Selv om de ble gjennomgått på møter i startfasen, var det ikke alle som følte seg kvalifisert til å ta dem i bruk. En del var også skeptiske til den grad av subjektive og skjønnsmessige vurderinger som skalaene baserer seg på, mens andre opplevde DTES og GAS instrumentene som klinisk nyttige og relevante og la mye arbeid i å drøfte skåringspraksis.

3.4 Erfaringer og konklusjoner

En viktig erfaring er at rutiner må drøftes og legges opp tidlig i prosessen dersom man vil innføre en systematisk registrering. Holdning og graden av interesse og ansvar som utvises fra tiltakets ledelse er dessuten ganske avgjørende for gjennomføringen. Registreringen bør foretas som en integrert del av det daglige arbeidet og oppfølging og motivering må skje løpende i en intern prosess. Derfor blir nytteaspektet og muligheten for å identifisere seg med undersøkelsen og dens problemstillinger og formål helt vesentlig.

En annen erfaring dreier seg om veiledningen. SIFA arbeidet som beskrevet med en kontaktpersongruppe og la stor vekt på å drøfte registreringspraksis, tolkningsvariasjoner og problemer i gjennomføringen med representanter for de forskjellige tiltakene samlet. En veiledet også de enkelte tiltak. I løpet av en datainnsamling over to år vil turnover og vakanser i stillinger, skifte i ledelse og ulike former for ustabilitet i behandlingssystemene skape problemer. Ulikhetene i til-

takenes organisasjonsstruktur og behandlingsform gjør det dessuten vanskelig å oppnå ensartethet i registreringspraksis. Fordi så mange behandlere med ulik faglig og klinisk utdanning og kompetanse skal foreta intervjuing, og datakvaliteten i stor grad avhenger av felles forståelse og entydige tolkninger av parametre og stor grad av nøyaktighet og presisjon i utfyllingen, stilles det klare krav til bruker-manualer og veiledning. Behovet for kontinuitet i den eksterne oppfølgingen er derfor betydelig. Den eksterne veiledningen og motiveringen kan ikke avgrenses til en innledende fase.

Henvendelsesskjemaet fungerte i hovedsak tilfredsstillende og ble med små endringer overført til hovedprosjektet, men inntaksskjemaet ble vurdert til å være for omfattende og krevende i forhold til å innarbeides i tiltakenes rutiner. De institusjonene som hadde stor gjennomstrømning av klienter fant det dessuten problematisk å fylle ut et nytt skjema for hver ny innleggelse av samme person. Man kom her frem til en ordning der kun inntaksopplysninger ble registrert på klienter ved snarlige reinntak.

I forberedelsen til hovedprosjektet ble kritikken og endringsforslagene samlet og drøftet i en arbeidsgruppe med representanter for ulike deler av fagfeltet. Man forenklet og konstruerte et basisskjema som kunne egne seg for polikliniske tiltak og døgninstitusjoner. Det ble foreslått egne instrumenter for akuttinstitusjoner.

Forprosjektet konkluderte på denne måte med at skjemaene måtte endres, men at det grunnleggende konseptet var fruktbart. Påliteligheten av data vil være avhengig av et intervju-skjema som ikke er for stort og komplisert. En annen type vansker er motstand mot spørsmål med fastlagte svaralternativer. En skal også være forsiktig med sensitive

spørsmål. Det er særlig viktig å legge ned mye arbeid i å utvikle rutiner og følge opp deltakende institusjoner med veiledning. Det bør være ansvarlige ved hver institusjon, og deres arbeid må tilrettelegges og stimuleres fra tiltakets ledelse og eventuelt også fra den eksterne prosjektgruppen. Likevel må en være forberedt på å investere mye i å kvalitetssikre data.

Forprosjektet har ikke gjort noen reell måling av instrumentenes reliabilitet og validitet utover vurdering av om spørsmålene og skalaene var brukbare innenfor en slik undersøkelse. Dette er selvsagt en svakhet, men i noen grad minskes problemet ved at hoveddelen dreier seg om konkrete spørsmål og om skalaer som har vært i bruk med angitte validitets- og reliabilitetsundersøkelser. Likevel er svakheten reell, særlig på to områder. Dette gjelder kvantifisering av rusmiddelbruk og bruken av klinisk baserte skalaer. Når det gjelder selvrapportert konsum, er det kjent at dette vanligvis oppgis for lavt. Man må derfor regne med en betydelig underrapportering. Når det gjelder bruken av GAS- og DTES-skalaene, viste undersøkelsen at selve bruken for mange var problematisk. Selv om skalaene og skåringspraksis ble gjennomgått med tiltakene på forhånd, ble skåringene åpenbart gjort ut fra svært ulike forutsetninger. Dette har ført til varierende svarprosent og derfor betydelige reliabilitetsproblemer. Disse problemene er nærmere omtalt i kapittel 10. Vanskene ble ikke vurdert som så store at en fant det nødvendig å forkaste fortsatt bruk av skalaene i hovedprosjektet, men om nye undersøkelser skal legges opp, bør det gjennomføres reliabilitetsvurdering.

4. MATERIALET - oversikt

4.1 Inndeling av materialet

Materialet er delt inn i henvendelsesdata og inntaksdata. Vi mottok i alt 2896 henvendelsesskjemaer og 999 inntaksskjemaer fra de 14 institusjoner og psykiatriske ungdomsteam som deltok i prosjektet i løpet av undersøkelsesperioden 1990 og 1991. For personer som hadde flere henvendelser og flere inntak i behandling har vi ved presentasjonen av materialet kun tatt med *en* henvendelse og *ett* inntak for hver person, slik at hver person bare teller med *en* gang. I noen av tabellene som gjelder henvendelsesmaterialet er imidlertid *alle* henvendelsene tatt med.

I tabellene har vi, foruten fordeling på kjønn, valgt å fordele dataene på tre hovedgrupper av behandlingstiltak, nemlig døgninstitusjonene, Akuttinstitusjonen og de psykiatriske ungdomsteamene. Dette er tre typer tiltak som på mange måter er svært forskjellige. Døgninstitusjonene er i hovedsak særtiltak for behandling av stoffmisbrukere. Det er i utgangspunktet en viss differensiering mellom tiltakene mht målgruppe og behandlingsprofil. Statens klinikk for narkomane hadde på det tidspunktet forprosjektet startet, en avtale med Oslo kommune som disponerte et flertall av behandlingsplassene. Derfor regnes klinikken i denne sammenheng inn som et av Oslo-tiltakene. Døgninstitusjonene, bortsett fra Arken som er et rent kvinnekollektiv, gir tilbud til begge kjønn og alle baserer seg hovedsakelig på behandlingsopphold over lengre tid. Akuttinstitusjonen har som primær oppgave å gi avgiftning og krise-intervensjon, men er også tiltenkt en utredningsfunksjon og en koordinerende rolle i forhold til langsiktige behandlingstiltak. De

psykiatriske ungdomsteamene er spesialopprettede team for poliklinisk behandling av stoffmisbrukere. Det er tre team i Oslo forankret i psykisk helsevern med geografisk avgrensede opptaksområder.

Inndelingen tar sikte på å belyse eventuelle forskjeller i klientrekruttering, behandlingsinnhold og klientadministrative rutiner og drøfte de enkelte typenes funksjon og plass i forhold til hverandre. En inndeling av tiltakene på denne måten blir selvsagt grov. Både blant døgninstitusjonene og ungdomsteamene finnes det ulike behandlingsideologier og tilnærminger. Vi vil kun i svært begrenset grad trekke inn data fra enkelttiltak og kommentere disse.

4.2 Henvendelsesmaterialet

Tabell 4.2.1 viser antall henvendelsesskjemaer fra de enkelte tiltak for hvert av årene i undersøkelsesperioden.

Tabell 4.2.1. Antall henvendelsesskjemaer fordelt på behandlingstiltak* og henvendelsesår.**

Behandlings- tiltak	Henvendelsesår			I alt
	1990	1991	Uoppgitt	
Origo	-	127	2	129
SKN	114	97	-	211
Veslelien	140	157	2	299
Studio 4	41	61	1	103
T 5	48	49	1	98
SRS	30	28	1	59
Veksthuset	91	113	1	205
Ullvin	7	89	4	100
Arken	5	-	1	6
Døgninstitusjonene	476	721	13	1210
Akuttinstitusjonen	569	374	4	947
PUT-Dikemark	114	140	2	256
PUT-Gaustad	104	-	-	104
PUT-Ullevål	200	179	-	379
Ungdomsteamene	418	319	2	739
I alt	1463	1414	19	2896

* Vi mottok ingen henvendelsesskjemaer fra Avd.for stoffmisbrukere, Vinderen som derfor ikke er med i tabellen.

** 12 skjemaer med henvendelsesår 1989 er slått sammen med skjemaene for 1990.

Nesten alle tiltakene var kommet i gang med registrering av henvendelsene i april 1990. De fleste benyttet henvendelsesskjemaet gjennom begge årene. Origo kom først med fra 1991. Ullvin og Arken klarte ikke å gjennomføre noen fullstendig registrering første året og Arken falt helt ut i 1991. Gaustad-teamet brukte ikke henvendelsesskjemaet i 1991. Akuttinstitusjonen avsluttet etter første halvår 1991, mens de øvrige tiltakene fortsatte ut året. Avdeling for stoffmisbrukere ved Psykiatrisk Klinikk så seg helt ute av stand til å delta i registrering av henvendelser. Oversikten er derfor ufullstendig når det gjelder det reelle antall henvendelser til de ulike tiltak.

Tabell 4.2.2. Antall registrerte personer og henvendelser.

	Antall	
	Personer	Henvendelser
Kun 1 henvendelse	1030	1030
2 henvendelser	248	496
3 "	104	312
4 "	57	228
5 "	36	180
6 "	29	174
7 "	15	105
8 "	13	104
9 "	1	9
10 "	2	20
11 "	2	22
Ikke personident.	-	216
I alt	1537	2896

Som det fremgår av tabell 4.2.2 var det 216 skjemaer hvor personen ikke lot seg identifisere (initialer og/eller fødselsdato manglet). De kan bare gi minimale utslag i beregningene. Vi har valgt å se bort fra dette i undersøkelsen. Det vil si at det samlede antall registrerte henvendelser (2896) fordeler seg på 1537 personer. Av de 1537 personene hadde 1030 kun *en* henvendelse, mens 507 hadde henvendt seg flere ganger.

To tredjedeler av klientene hadde altså bare *en* henvendelse til ett av de tiltakene som inngikk i prosjektet. Av den tredjedelen som hadde flere henvendelser var det imidlertid 155 personer, eller ca 10%, som hadde mer enn tre henvendelser, og 62 personer som hadde flere enn fem henvendelser. Dette tyder på at vi her har en undergruppe der det er stor henvendelsesaktivitet og man vil anta at det dels er personer i krise og dels personer som har skiftende og uklar motivasjon og/eller som av ulike grunner søker flere steder uten å få tilbud om behandling eller uten å ta imot tilbud de eventuelt får.

Disse forholdene er kjent blant behandlere og noen av institusjonene er tiltenkt særlige oppgaver. Akuttinstitusjonen skal etter sin målsetting fange opp klienter både gjennom raske inntak og gjennom aktivt nettverksarbeid. Ullvin bl.a. har en reinntakspraksis som skal sikre kontinuitet og en behandlingsprosess overfor klienter med stor grad av kriser og ustabil motivasjon.

4.3 Inntaksmaterialet - Personer og registreringsperioder - Dekningsgrad

Tabell 4.3.1. Inntaksskjemaer fordelt på behandlingstiltak og år for behandlingsstart. Antall.

Tiltak	Behandlingsstart (år)				I alt
	Før 1989	1989	1990	1991	
Origo	1	2	15	14	32
SKN	-	-	36	40	76
Veslelien	-	-	29	34	63
Studio 4	-	1	14	9	24
T 5	2	6	12	9	29
SRS	-	1	6	-	7
Veksthuset	-	17	36	38	91
Ullvin	2	16	70	94	182
Arken	-	2	1	1	4
AFS, Vinderen	-	-	3	-	3
Døgninstitusjonene	5	45	222	239	511
Akuttinstitusjonen	-	-	202	-	202
PUT-Dikemark	5	20	68	-	93
PUT-Gaustad	4	10	22	-	36
PUT-Ullevål	35	28	94	-	157
Ungdomsteamene	44	58	184	-	286
I alt	49	103	608	239	999

Vi ser av tabell 4.3.1 at det er store variasjoner når det gjelder antall skjemaer fra tiltakene. Dette skyldes delvis forskjeller i tiltakenes karakter og kapasitet, men også at de ikke har deltatt like lenge i undersøkelsen og at graden av systematisk registrering varierer.

Enhetene som inngikk i forprosjektet ble bedt om å registrere klienter som var i behandling pr. 1.1.1990 og nye inntak i kalenderåret 1990. Senere ble som nevnt registreringsperioden utvidet til også å omfatte 1991. Teamene og enkelte døgninstitusjoner har registrert klienter som var i behandling pr. 1.1.1990, mens andre ikke har inkludert inntak som var gjort før registreringsperioden startet. Alle tiltakene fylte ut noen skjemaer i 1990, mens Stensløkka ressurscenter (SRS), Arken og Avdeling for stoffmisbrukere, Vinderen (AFS) returnerte svært få skjemaer for 1990 og falt helt ut i 1991. Akuttinstitusjonen og ungdomsteamene avsluttet registreringen i 1990.

Inntaksmaterialet består av 999 innleggelser/inntak i behandling ved de 14 tiltak som inngår i undersøkelsen. Som for henvendelsesmaterialet har vi beregnet antall inntak pr. person.

Tabell 4.3.2. Antall registrerte personer og inntak.

	Antall	
	Personer	Inntak
Kun ett inntak	533	533
2 inntak	110	220
3 "	35	105
4 "	8	32
5 "	7	35
6 "	3	18
7 "	1	7
Ikke personident.	-	49
I alt	697	999

Av tabell 4.3.2 ser vi at det var 697 personer som sto for de 999 registrerte inntak i behandling. Tre fjerdedeler (533) kom i behandling en gang i perioden, mens 164 ble tatt imot flere ganger. Om vi ser bort fra de 49 inntakene som ikke lot seg knytte til person, vil det si at 24% er behandlet flere ganger i denne perioden innenfor de tiltak vi har med i undersøkelsen. Det er stort sett bare Ullvin og Akuttinstitusjonen som har klienter med reinntak i løpet av registreringsperioden. Når det gjelder de psykiatriske ungdomsteamene skal en være klar over at de har en refusjonsordning som i tid strekker seg over et kalenderår. Praksis innenfor teamene synes å være at de i liten grad definerer reinntak innenfor denne årsperioden og spesielt overfor de klientene som ikke har

avsluttet etter gjensidig avtale.

De 697 personene danner grunnlaget for analysen av inntaksmaterialet.

Gjennom årsberetninger og oppgaver fra tiltakene kjenner vi antallet inntak i behandling ved de enkelte tiltak hvert år. Noen instanser har også fordelt inntakene på personer. Da dette imidlertid ikke er gjort gjennomgående, må vi i denne sammenheng beregne dekningsgraden i materialet ut fra antall inntak og ikke ut fra antall klienter i behandling.

Tabell 4.3.3 gir en oversikt over antall inntak som er registrert innenfor de ulike tiltakene i undersøkelsesperioden 1990 og 1991. På grunn av det lave antall skjemaer fra Arken (4), Avd. for stoffmisbrukere, Vinderen (3) og Stensløkka ressurscenter (7) er disse tiltakene holdt utenfor i tabellen og i senere drøftinger av inntaksmaterialet.

De syv døgninstitusjonene har forsøkt å registrere inntak igjennom en toårsperiode. Som nevnt innledningsvis var intensjonen å prøve ut basisskjemaet innenfor Oslo-tiltakene i ett år, dvs. kalenderåret 1990. På grunn av revisjonen av skjemaet og kort forberedelsestid for tiltakene ble starten av registreringen for enkelte noe forskjøvet. Det kan naturlig nok synes at døgninstitusjonene trengte mest tid for å komme i gang med en systematisk bruk av basisskjemaet. De utgjør store systemer med mange ansatte, turnusdrift og et mangfold av rutiner som en slik registrering skal legges innenfor. Institusjonstiltakene ivret imidlertid for å kontinuere prosjektperioden til også å gjelde 1991, da mange av tiltakene hadde etablert gode rutiner for datainnsamlingen og så betydningen av en fortsatt registrering. Datainnsamlingsperioden ble besluttet utvidet. Det er således naturlig å beregne en gjennomsnittlig dekningsgrad for institusjonstiltakene samlet på bakgrunn av en to års

registreringstid. Man ser fra tabellen at tre av institusjonene har en dekningsgrad fra 35-44%, mens fire har en prosentvis dekning fra 73-88%. En gjennomsnittlig dekningsgrad for alle institusjonene samlet er 65%. Vi har sett på hvordan registreringen fordeler seg over alle månedene innenfor to årsperioden, og dersom vi hadde trukket fra måneder der registrering ikke har funnet sted, f.eks ved inngangen til eller ved avslutning av undersøkelsesperioden, ville dekningsgraden ha blitt høyere.

Tabell 4.3.3. Dekningsgrad for inntaksmaterialet*

	Antall inntak**		I alt	Antall skjemaer	Dekningsgrad
	1990	1991			
Origo	54	36	90	32	35%
SKN	62	42	104	76	73%
Veslelien	95	52	147	63	43%
Studio 4	32	22	54	24	44%
T 5	21	12	33	29	88%
Veksthuset	42	67	109	91	83%
Ullvin	120	102	222	182	82%
Døgninstitusjonene	426	333	759	497	65%
Akuttinstitusjonen	425			202	48%
PUT-Dikemark	95			93	98%
PUT-Gaustad	166			36	22%
PUT-Ullevål	159			157	99%
Ungdomsteamene	420			286	68%

* Fire skjemaer fra Arken, 3 skjemaer fra Avd.for stoffmisbrukere og 7 skjemaer fra Stensløkka ressurscenter er holdt utenfor.

** I tallene for 1990 er også inkludert klienter som var i behandling pr. 1.1.1990

Når det gjelder Akuttinstitusjonen, så deltok institusjonen reelt i forprosjektet i en seksmåneders periode i 1990. På bakgrunn bl.a. av denne erfaringen ble det utarbeidet et eget basisskjema for institusjonen. Hvis vi regner Akuttinstitusjonens dekningsgrad ut fra prosjektåret 1990, så vil den være 48%. Tar vi imidlertid utgangspunkt i det halve året da registrering reelt fant sted og ser det i forhold til antall inntak for kalenderåret, vil man komme opp i en dekningsgrad for seksmånedersperioden på 95%.

De psykiatriske ungdomsteamene gjennomførte registreringen i 1990 som opprinnelig planlagt. Sammenholder vi mottatte skjemaer med oppgitte inntak for årsperioden, ser vi at dekningsgraden for to av teamene ligger på hhv 98 og 99%. Det tredje teamet er nede i 22% og trekker den gjennomsnittlige dekningsgraden for teamene samlet ned til 68%.

Den sterkt varierende dekningsgraden avspeiler de problemene som er drøftet i kapittel 3. Variasjonen i dekningsgrad innenfor polikliniske team og innenfor døgninstitusjonene kan nok hovedsakelig forklares ut fra ulik motivasjon i tiltakene og ulik grad av evne til å organisere en systematisk datainnsamling og vilje til å prioritere den. Basisskjemaet var lite egnet for Akuttinstitusjonen over tid.

4.4 Representativitet

Vi vil se på henvendelsesmaterialet og inntaksmaterialet separat. Problemene er størst når det gjelder henvendelsene. Det foreligger i dag svært lite og usystematisk kunnskap om omfanget av og typen henvendelser til behandlingsapparatet for rusmisbrukere. Vi har således ingen mulighet til å gi svar på hvor stor andel av det totale antall henvendelser til tiltakene vi har i vårt undersøkelsesmateriale. Vi kan ikke sammenholde våre tall med andre informasjoner. Flere av instansene har hatt vansker med å registrere systematisk, og tiltakene aksepterer svært ulike henvendelsesmåter og prosedyrer. Telefonhenvendelser benyttes i stor grad innenfor deler av tiltaksapparatet og det stiller store krav til innarbeidelse av intervju-skjemaet for å fange opp alle henvendelser. Det har fremkommet usikkerhet rundt definisjonen av begrepet henvendelse og nødvendigheten av å innhente informert samtykke fra klienten til å registrere henvendelsesopplysninger. Slike forhold har påvirket grad og omfang av registrering. Noen tiltak har falt helt ut av undersøkelsen og man kan ikke se bort fra at det her igjennom oppstår en skjevhet i materialet. Siden vi heller ikke kan si noe om dekningsgraden i denne delen av materialet er det selvsagt vanskelig å uttale seg om representativiteten. Vi vil anta at det er en viss beskyttelse i materialets størrelse, men vi har likevel lagt inn forbehold om at materialet ikke kan bekreftes å være representativt der hvor vi mener det har betydning for tolkning av funnene. Vi mener for øvrig at materialet er så stort at det har betydning for hypotese- og metodeutvikling.

Når det gjelder inntaksmaterialet så er det i foregående avsnitt redegjort for beregning av dekningsgraden på grunnlag av antall skjemaer i for-

hold til tiltakenes oppgaver over inntak justert for den perioden institusjonen/teamet har deltatt i undersøkelsen. Det er imidlertid ingen entydig praksis for å registrere og definere reinntak, slik at gjenopptagelse av behandlingen kan defineres som reinntak av et tiltak, men bli tolket som en kontinuerlig behandling av et annet. Med dette forbehold kan det anføres at dekningsgraden er såvidt høy at bare betydelige skjevheter i materialet kan påvirke representativiteten. Døgninstitusjonene har en gjennomsnittlig dekningsgrad på 65%. For fire av tiltakene ligger den på mellom 73 og 88%.

Det er imidlertid særlig tre tiltak som trekker ned den gjennomsnittlige dekningsgraden, Origo, Veslelien og Studio 4. De to første legger vekt på langtids rehabilitering. Studio 4 har et noe kortere tidsperspektiv på behandlingen og en noe spesiell aktivitetsprofil. Det kan hevdes at deres lavere svarprosent svekker representativiteten noe. Tre institusjoner har dessuten falt ut av undersøkelsen og dette er for såvidt tre spesialtiltak. Arken er et rent kvinnekollektiv, Stensløkka ressurscenter er en institusjon med klar rehabiliteringsprofil og Avd. for stoffmisbrukere, Vinderen er den eneste avdelingen lokalisert innenfor en psykiatrisk klinikk. Graden av psykiatrisk spesialisering og kompetanse kan drøftes, men forventningene til at avdelingen skal kunne ta klienter med psykiske lidelser har vært uttalte. Fraværet av registrerte inntak i disse tre institusjonene kan også ha ført til skjevheter i døgninstitusjonsmaterialet.

Akuttinstitusjonen har reelt registrert seks måneder innenfor et kalenderår. Hvis vi ganger det mottatte antall inntaksskjemaer med to og sammenholder antallet med det antall skjemaer de selv har oppgitt for kalenderåret, vil vi komme opp i en dekningsgrad på 95%. Vi har ingen grunn til å tro at utvalget fra den ene seksmåneders perioden skiller seg

fra den andre på noen bestemt måte og vi vil derfor gå ut fra at materialet fra Akuttinstitusjonen er svært representativt.

Når det gjelder de tre psykiatriske ungdomsteamene så har de alle registrert for kalenderåret 1990. To av teamene har en dekningsgrad på hhv 98 og 99%. Det tredje teamet har kun en gjennomsnittlig dekning på 22%. Etter drøfting med representant for ungdomsteamene kan vi ikke peke på spesielle forhold som skulle tilsi ulik seleksjon til teamene i et omfang som gir et skjevt utslag i det polikliniske materialet. Vi vil derimot anta at det har stor grad av representativitet.

4.5 Datakvalitet

Det ble lagt betydelig vekt på å veilede i utfyllingen og tolkningen av de ulike variablene for å tilstrebe en så entydig praksis som mulig. I veiledningsmøtene som instituttet arrangerte deltok oftest kontaktpersonen, eventuelt faglig ansvarlig ved tiltaket. Vi nådde gjennom dette forum ikke ut til alle som skulle intervju, men det ble i tillegg veiledet i enkelttiltak, i en større behandlerstab, og mange var dessuten selv aktive til å oppklare usikkerhet eller diskutere utfyllingspraksis. Interessen for å gjøre et systematisk og nøyaktig arbeid var også stor. Slike forhold antas å ha bidratt til bedre registreringsrutiner.

Likevel viste gjennomgangen av skjemaene etter hvert som de kom inn at det var problemer i utfyllingen. Noen av vanskene skyldes svakheter i spørsmålsformuleringer og svaralternativer og at intervjuing og utfylling av skjemaene ble foretatt av mange forskjellige fagpersoner med ulik kompetanse innenfor de enkelte tiltak. Vi vet ikke hvor mange personer som har intervjuet og heller ikke hvilke stillingskategorier det

dreier seg om, da mange har unnlatt å svare på behandlers identifikasjon og stillingsbetegnelse. Gjennom databearbeiding kom det dessuten frem inkonsistenser og feil i kodingen. Det ble derfor lagt ned et stort arbeid i å rette opp svarene ved å ta kontakt og drøfte utfyllingen i den grad det var mulig. Det er viktig å merke seg at kategorien "Ubesvarte" ikke bare omfatter personer som ikke har besvart spørsmålet. I noen tilfeller er skjemaet utfyllt i etterhånd slik at opplysninger ikke har vært tilgjengelige. Det kan også ha forekommet at intervjuer ut fra ulike grunner ikke har ønsket å stille spørsmålet. Spørsmål kan videre ha blitt stående ubesvarte fordi behandler kan ha følt seg usikker på hvordan de skulle kategoriseres.

Spørsmålet om materialets kvalitet blir utover dette vurdert der det er aktuelt under presentasjonen av dataene.

4.6 Konklusjoner

En konklusjon er at det er reelle vansker ved tolkningen av henvendelsesmaterialet, men at dette likevel på grunn av sin størrelse har interesse som hypoteseskapende innenfor et felt med liten kunnskap. Inntaksmaterialet har en langt bedre avklaret og antatt større dekningsgrad. Det er noen svakheter som skaper usikkerhet i forhold til representativitet når det gjelder døgningstusjonene, mens vi vurderer representativiteten som god når det gjelder materialet fra Akuttinstitusjonen og ungdomsteamene. Det er lagt ned et betydelig arbeid for å sikre datakvalitet både i form av opplæring og i form av gjennomgang av skjemaene. Dette har bedret kvaliteten, men den er likevel nødvendig å drøfte nærmere under presentasjonen av enkelte deler av materialet.

En vurdering av materialet i forhold til misbrukerpopulasjonen i Oslo viser at behandlingsapparatet gir tilbud til en stor andel, men det er vanskelig å anslå behovsdekning særlig presist. Det er registrert 2896 henvendelser for 1537 personer og 999 inntak for 697 personer, men dette tallet er lavere enn det reelle antall inntak på grunn av den varierende dekningsprosenten. Det anslagsvise antall aktive sprøytemisbrukere i Oslo ble ved slutten av 80-tallet stipulert til å ligge i størrelsen 3-4000. (Skog 1990). Om alle henvendelser og inntak innenfor undersøkelsesmaterialet har dreiet seg om denne målgruppen, ville altså bare halvdelen av de aktive sprøytemisbrukerne være henvist og hver femte i behandling. Behandlingstilbudet gjelder imidlertid også andre misbrukere og ungdomsteamene har som deloppgave spesielt å nå misbrukere tidligere i utviklingen. Den samlede klientpopulasjon er derfor betydelig større enn den beregnede målgruppen av aktive sprøytemisbrukere. Men samtidig er som vist også antallet i behandling større enn det materialet vi har redegjort for.

Kun i noen grad kan en vurdere omfanget av reinntak ved samme institusjon og inntak av samme klient ved andre behandlingstiltak i undersøkelsesperioden. Forbehold må her taes fordi dekningsgraden i døgninstitusjonsmaterialet ikke er nær 100%. Det er en utbredt forestilling at klientene i rusmiddelomsorgen stadig kommer til nye behandlingsinntak. I registreringsperioden hadde 164 klienter flere inntak. Dette utgjør 23,5% eller hver fjerde klient. Disse hadde til sammen 417 inntak. Antallet reinntak må sees i forhold til registreringsperioden som altså har variert fra 6 måneder ved Akuttinstitusjonen til nær 2 år for enkelte av døgninstitusjonene. En vurdering som tar hensyn til behovet for behandling i tiltakskjeder og gjeninntak ved tilbakefall tilsier at andelen ikke er påfallende høy. Det er imidlertid en undergruppe på 54 personer som hadde 3 eller flere inntak. Dette kan peke

mot en undergruppe med storforbrukere av behandlingstjenester og/eller klienter med en diskontinuerlig behandlingsprosess. Akuttinstitusjonen og Ullvin har en egen målsetting om å nå klienter i kritiske faser og med svært varierende motivasjon. De to institusjonene hadde 58% av re-inntakene. Dette kan peke mot en hensiktsmessig strukturering av tiltaksapparatet.

5. HENVENDELSENE - en skisse av behandlingsbehov og samarbeidsproblemer

Mangel på systematiske registreringer har lenge gjort overordnede vurderinger av behandlingsbehov og tilbudskapasitet vanskelig. Det brede spekteret av tiltak, ulikhet i tiltakstyper og ulik organisatorisk forankring gjør dessuten at behandlingstilbudet fremstår som uoversiktlig og vanskelig tilgjengelig for henvisende instanser, pårørende og klienter. Behovet for koordinering, formaliserte samarbeidsrutiner og også sentrale henvendelses- og utredningsorganer for institusjonstilbudene er ofte uttrykt. Denne delen av undersøkelsen tar sikte på å kartlegge hvem som blir søkt inn i behandling hvor, å kartlegge henvendelsespraksis og å undersøke hvordan søknadene blir saksbehandlet.

5.1 Henvendelsespraksis

Undersøkelsen omfatter spørsmål om hvem som henvender seg om eller henviser til behandling, på hvilken måte det skjer og hva som oppgis som viktigste formål med henvendelsen.

De fleste av tabellene i rapporten følger samme mønster som tabell 5.1.1. Forklaring til tabellene er gitt i vedlegg I.

Tabell 5.1.1.Type henvendelse fordelt på tiltak og kjønn.
Prosent. (N=2801) *

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Egen	71	26	38	51	46	49	1285
Familie	1	5	6	4	3	3	90
Venner/nettv.	5	3	3	4	5	4	108
Fengsel	3	0.3	1	2	1	2	44
Annet	20	66	52	40	46	42	1099
TOTAL	100	100.3	100	101	101	100	2626
BASIS (V 18)	1163	729	734	1657	969	2626	
% UBESVARTE	3	16	0.5	5	8	6.2	

* 6 skjemaer fra Arken og 89 skjemaer med kjønn uoppgitt er utelatt. Tabellen omfatter ellers alle henvendelsene.

Tabell 5.1.1 gir en oversikt og antyder at det er to mønstre som preger bildet. I 49% av alle henvendelser hadde klientene selv tatt kontakt og i 42% ble henvisende instans anført som "annet"- dvs profesjonelle instanser. Det er tydelige forskjeller mellom tiltakstypene, i det døgn-institusjonene skiller seg ut med hele 71% av henvendelsene fra klientene selv. Dette kunne tyde på at klientene styrte henvendelser og inntak ut fra sine kanskje kortsiktige behov. Her må man imidlertid være klar over at mange institusjoner krever egen søknad fra klienten i tillegg til søknad fra henvisende instans. Det kan være slik at den egenhendige søknaden er registrert fremfor søknad fra henvisende instans og at den reelle henvisningspraksis således ikke blir synliggjort.

Det andre mønsteret sees i Akuttinstitusjonen og i teamene. Vi ser at

kategorien "Annet" dominerer, mens bare mellom 1/4 og vel 1/3 har henvendt seg selv. Akuttinstitusjonen forlanger en ansvarlig samarbeidspartner som følger opp. Denne institusjonen hadde 66% av henvendelsene i kategorien som omfatter ulike profesjonelle instanser. Teamene har noe ulik praksis og har noe høyere egenhenvendelse. Vi ser også at klientene i liten grad henvender seg på andre måter. Bare 3% av henvendelsene kom fra familie og 4% fra andre (venner, nettverk).

Tabell 5.1.2. Henvendelsesmåte fordelt på tiltak og kjønn.
Prosent. (N=2801)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Fremmøte	25	6	5	15	13	14	371
Telefon	9	93	88	51	59	54	1436
Brev	67	1	7	34	28	32	846
TOTAL	100	100	100	100	99	100	2653
BASIS (V 17)	1188	735	730	1669	984	2653	
% UBESVARTE	1	15	1	5	7	5.3	

Tabell 5.1.2 viser hvorledes henvendelsen er kommet til tiltakene. Tabellen tegner bildet av et inntaksapparat som i varierende grad legger vekt på formelle henvendelser i form av skriftlige søknader. Som vi ser tar Akuttinstitusjonen og ungdomsteamene hhv 93% og 88% av sine henvendelser i mot pr. telefon, mens døgninstitusjonene kun gjør dette for 9% av henvendelsene. Døgninstitusjonene oppgir å få sine henvendelser i 67% av tilfellene skriftlig. Ut fra kjennskap til institusjonene vil

vi her gå ut fra at det ofte gjøres telefoniske henvendelser både fra klienten selv og fra henvisende instanser, men at tiltaket stiller krav om skriftlig søknad og at det hovedsakelig er denne som registreres. Personlig fremmøte for å vurdere inntak benyttes i svært liten grad av ungdomsteamene og Akuttinstitusjonen, men oppgis i 25% av tilfellene fra døgningstitusjonene. Samlet kan man nok si at det tegnes et bilde av behandlingsapparatet som er karakterisert ved høy tilgjengelighet og forholdsvis liten vekt på formaliteter. Døgningstitusjonene skiller seg ut med sine krav til skriftlige henvisninger og søknader.

En kritikk av tungvint praksis og høye krav til skriftlig dokumentasjon og arbeidskrevende henvisningsrutiner synes bare i noen grad å kunne finne støtte. Noen vil på den annen side også problematisere mangelen på formaliteter, og stille spørsmål om muligheten til systematisk og kontinuerlig arbeid således blir svekket. Dette kan vårt materiale verken avkrefte eller bekrefte. Vi har sett på andelen som har flere henvendelser. Tabell 5.1.3 viser at 56% var førstegangshenvendelser i perioden, og vi ser at Akuttinstitusjonen hadde mange flergangs henvendelser. Teamene og langtidsinstitusjonene hadde henholdsvis 75% og 69% uten tidligere henvendelser i perioden. Akuttinstitusjonen hadde på sin side 62% som hadde henvendt seg to ganger eller mer, og hele 7% 10 ganger eller mer. Dette kan brukes som et argument for å ha en slik institusjon som kan ta i mot og systematisere henvendelsene for klienter med tilbakevendende kriser og varierende motivasjon. Man kan eventuelt også problematisere denne gjengangergruppens bruk av akutttilbudet.

Tabell 5.1.3. Tidligere henvendelser fordelt på type tiltak og kjønn. Prosent. (N=2801)

Antall tidligere henvendelser	Døgn-institusjon	Akutt-institusjon	Psykia-triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total-prosent	Total-antall
Ingen	69	24	75	58	53	56	1552
1	18	15	20	17	18	18	486
2-3	10	25	4	12	15	13	362
4-9	3	30	1	10	12	11	291
10-19	0.3	7	0	3	2	3	69
TOTAL	100.3	101	100	100	100	101	2760
BASIS (V 9-10)	1172	853	735	1725	1035	2760	
% UBESVARTE	2	1	0.4	1	2	1.5	

5.2 Hvem henvender seg hvor? (Tabell 5.2.1 - 5.2.10 i vedlegg)

Undersøkelsens 2896 henvendelser fordeler seg på 1537 personer slik vi tidligere har redegjort for. Det foreligger opplysninger om alder, kjønn, bosted, sivilstand, samlivsforhold, antall barn og beskjeftigelse. På flere av disse spørsmålene er det lav svarprosent, noe som vil ha betydning for hvilke konklusjoner det er mulig å trekke. En oversikt over bakgrunnsforhold ved henvendelsen gis i tabell 6.1.1 hvor en del opplysninger er sammenholdt med tilsvarende opplysninger ved inntak. Vi gjengir her kun noen hovedkonklusjoner og henviser for øvrig til tabellene 5.2.1 - 5.2.10 i vedlegget.

Fordelingen på kjønn viser 63% menn og 37% kvinner. Hoveddelen av dem som henvendte seg var i tyveårene og begynnelsen av tredveårene.

Ungdomsteamene skiller seg ut ved større andel i slutten av ten-årene og i begynnelsen av tyveårene. Gjennomsnittsalderen for dem som henvender seg til teamene er også noe lavere, med 26 år mot 28 år i langtidsinstitusjonene og 29 år i Akuttinstitusjonen. Få av det totale antallet som henvender seg er over 35 år og nesten ingen over 40. Kvinnene har en gjennomsnittsalder på 26 mot mennenes 28. En av institusjonene skiller seg ut med en gjennomsnittsalder på 21 år. Målgruppen for denne institusjonen er misbrukere i alderen 17-25 år.

I de aldersgruppene vi her har med å gjøre er det i befolkningen som helhet et flertall av enslige og ugifte. Det er likevel en særlig høy andel når vi finner at 81% aldri har vært gift, og 11% skilt eller separert. Så mye som en tredjedel oppga imidlertid fast samlivspartner. De fleste av disse hadde også rusproblemer, særlig gjaldt dette kvinnes partnere. Det tegnes altså et bilde av en populasjon som i stor grad danner ikke formaliserte partnerforhold hvor begge parter ofte har samme problem. Så mange som 36% har fått ett eller flere barn, men det er verd å merke seg at bare 10% av alle har omsorg for barn. Mindre enn en tredjedel av dem som har egne barn har derfor omsorgen for barna. Åtte prosent hadde ønske om å ha barn med inn i behandlingen, og ytterligere 3% var gravide ved henvendelsen, mens 3% hadde partner som var gravid.

Endelig kan det nevnes at 83% var uten beskjeftigelse (arbeid eller skole) ved henvendelsen. Dette viser både behovet for institusjoner med rehabiliteringskompetanse og behovet for langsiktig planlegging.

Det fremkommer ikke klart av henvendelsesmaterialet om noen av disse faktorene har betydning for hvor klientene blir henvist, utover de forskjellene som følger av at teamene får noe yngre klienter. Spesialtabeller viser at de institusjonene som har profilert seg mot parbehand-

ling og småbarnsforeldre (Statens klinikk for narkomane og Origo) i samsvar med dette får en større andel slike søknader.

5.3 Formålet med henvendelsene

Tabell 5.3.1 gir en oversikt over hvilke formål som er oppgitt som viktigst ved henvendelsen.

Tabell 5.3.1. Hovedformål med henvendelsen. Prosent.
(N=2801)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total- prosent	Total- antall
Rådg/veiledn.	2	8	18	8	8	8	214
Krisehjelp	1	18	11	8	10	9	227
Utredning	1	18	26	13	12	13	341
Langsikt.beh.	95	12	42	59	53	57	1486
Annet	0.3	43	3	12	17	14	355
TOTAL	99.3	101	100	100	100	101	2623
BASIS (V 45)	1147	796	707	1649	974	2623	
% UBESVARTE	4	11	4	6	7	6.4	

Vi ser at 57% søkte langsiktig behandling, men at det også er 13% som er søkt for utredning. Omtrent like mange er søkt inn for kategorien “annet”, som i alt vesentlig står for avrusing. Vi ser også at det er en reell arbeidsdeling mellom tiltakene. Teamene gir i stor grad rådgivning og søkes også for krisehjelp og utredning, foruten for langsiktig behand-

ling. Akuttinstitusjonen har i samsvar med målsettingen høy søkning for avrusning, utredning og krisehjelp. For dem som henvender seg til døgninstitusjonene er formålet nesten utelukkende langsiktig behandling. Et problem her kan være at svaralternativer ikke gir mulighet til å nyansere målsettingen godt nok eller at institusjonene har en for ensidig tilbudsprofil som kun omfatter langstidsbehandling.

5.4 Type rusproblem

Typen rusmiddelproblem ved henvendelsen ble søkt kartlagt ved et spørsmål om dominerende misbruk. Tabell 5.4.1 viser svarfordelingen.

Tabell 5.4.1. Dominerende misbruk ved henvendelsen.
Prosent. (N=1537)*

Rusmiddel	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Intet	0.3	1	7	2	4	3	40
Alkohol	3	9	13	8	7	7	108
Opiater	35	63	22	33	41	36	526
Cannabis	3	3	18	10	6	8	119
Berol.midler	2	5	5	4	4	4	56
Sentr.stim.m.	6	5	8	6	7	6	89
Løsemidler	0.1	1	0.4	0.5	0.2	0.4	6
LSD o.l.	0	0	0.4	0.1	0.2	0.1	2
Blandingsmisb.	51	12	24	36	31	34	499
Annet	0.1	1	2	1	1	1	13
TOTAL	100.5	100	99.8	100.6	101.4	99.5	1458
BASIS (V 44)	682	293	483	931	527	1458	
% UBESVARTE	4	5	7	4	7	5.1	

* Hver person teller kun en gang.

Vi ser at det er stor variasjon når det gjelder hvilke rusmidler som dominerer. Trettiseks prosent av henvendelsene gjaldt et dominerende opiatmisbruk og 34% et blandingsmisbruk. Dette avspeiler flere forhold. For det første er problemformuleringen noe uklar. Det er ikke gitt entydig instruks om at blandingskategorien i første rekke var tenkt som valg der hvor ingen av stofftypene kunne sies å ha dominerende betydning for misbruket. Flere har nok benyttet denne kategorien i alle de tilfellene hvor klienten i vesentlig grad har brukt mange stoffer. Følgen av dette er antakelig at heroinbruk, og kanskje amfetaminbruk, er underrapportert. Man må nok også ta i betraktning at man ved en del av henvendelsene kan ha hatt for svakt kjennskap til det reelle misbruket. Tabellen gir et bilde av situasjonen slik den oppleves i mottaksapparatet. Mange har et kaotisk og mangfoldig misbruk.

Selv om ovennevnte forhold skaper usikkerhet i bedømmelsene, er det likevel verd å legge merke til at Akuttinstitusjonen særpreges ved å ha så mye som 63% hvor opiatmisbruk oppgis som dominerende. Den lave andelen rapportert opiatmisbruk i døgninstitusjonene antar vi har sammenheng med at andelen blandingsmisbruk er så høy som 51% mot 12% i Akuttinstitusjonen. Dette tyder på ulik registreringspraksis. Vi ser også at teamene sammenlignet med de andre har en stor andel henvendelser som gjelder cannabismisbruk og alkohol. De fungerer med andre ord også for grupper av ungdom som har et mindre avvikende misbruksmønster.

Det er nærliggende å konkludere med at det er behov for større presisjon i spørsmålsformuleringen, noe det er tatt hensyn til i den videre instrumentutvikling. Dette materialet viser oss et alvorlig, men også nyansert og mangesidig misbruksbilde.

5.5 Saksbehandling (Tabell 5.5.3 i vedlegg)

Hva har skjedd med henvendelsene? Tabell 5.5.1 gir en oversikt.

Tabell 5.5.1. Saksbehandling av henvendelsen. Prosent.
(N=2801)

Saksbehandling	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total- prosent	Total- antall
Avslått	24	2	2	14	8	12	305
Kun rådgivning	2	2	6	2	4	3	76
V.henvisning	11	23	17	17	15	16	412
Kriseinntak	0.2	7	4	3	4	3	79
Polikl.inntak	3	2	58	19	18	18	457
Innl/døgninnt.	44	55	0	34	38	35	906
Mangelf.avkl.	11	8	9	9	10	10	249
Annet	4	1	4	3	4	3	87
TOTAL	99.2	100	100	100	101	100	2571
BASIS (V 46)	1156	719	696	1625	946	2571	
% UBESVARTE	4	17	6	7	10	8.4	

Vi ser av tabell 5.5.1 at vel halvparten av alle henvendelsene (56%) førte til kriseinntak, poliklinisk inntak eller innleggelse i døgninstitusjon. Tolv prosent ble avslått og 10% hadde mangelfull avklaring. Legger vi til andelen som ble viderehenvist finner vi at noe over hver tredje henvendelse ikke førte til inntak. Dette er egentlig en ganske høy andel, og det er viktig å påpeke at døgninstitusjonene her skiller seg ut. Samlet har de 24% avslag og 11% mangelfulle avklaringer. Samtidig var det 11%

som ble viderehenvist.

Når det gjelder Akuttinstitusjonen og teamene, ser vi at disse avslår få henvendelser, men det er likevel et nokså høyt antall som ikke blir avklart. Akuttinstitusjonen, som skal være en "krise- og avgiftnings avdeling", har bare hatt 7% kriseinntak ut fra tallmaterialet. Akuttinstitusjonen hadde i denne perioden bare et begrenset antall plasser øremerket kriseinntak i forhold til planlagte avgiftninger. Denne begrensede kapasiteten var kjent og redegjort for i tiltaksapparatet og styrte nok omfanget av krisehenvendelser. Vi kan derfor ikke se bort fra at klienter med behov for kriseintervensjon er underrepresentert i materialet, men det kan også være at behovet for slik intervensjon overdrives.

Tabell 5.5.2. Begrunnelse for avslag. Prosent. (N=305)*

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total- prosent	Total- antall
Ikke plass	51	(64)	(44)	50	57	52	152
Ikke misbruk	0	(0)	(0)	0	1	0	1
Passer ikke	13	(9)	(44)	15	10	14	40
Ikke finans.	6	(0.3)	(0.1)	5	9	6	17
Annet	29	(27)	(11)	30	23	29	84
TOTAL	99	100.3	99.1	100	100	101	294
BASIS (V 47)	274	11	9	224	70	294	
% UBESVARTE	3		25	4	3	4	

*Gjelder de klienter som fikk avslag.

I tabell 5.5.2 har vi trukket ut de 305 avslagene i forrige tabell for å se på begrunnelsene for avslag. Vi ser at det nesten bare er døgninstitusjonene som har avslått henvendelser. Akuttinstitusjonen og ungdomsteamene har så få at prosentberegning gir liten mening. Tallene for disse tiltakstypene er derfor satt i parentes. Når det gjelder døgninstitusjonene er den viktigste avslagsgrunnen plassmangel, men det er også 13% som avslås fordi de ikke antas å passe inn. Kategorien "annet" er også nokså stor, men det er uklart hva dette avspeiler.

Tabell 5.5.3. Hvor viderehenvist. Prosent. (N=412)*

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total- prosent	Total- antall
Annen rusoms.	71	66	47	63	61	62	245
Barnevernet	1	1	4	1	4	2	7
Psykiatr.beh.	6	8	17	10	9	10	38
Somatisk inst	0	5	1	2	3	2	9
Sosialkontor	6	6	4	7	3	6	23
Annet	17	14	26	17	21	18	72
TOTAL	101	100	99	100	101	100	394
BASIS (V 48)	126	154	114	256	138	394	
% UBESVARTE	1	6	6	5	3	4	

*Gjelder de klientene som ble viderehenvist

Tabell 5.5.3 viser hva som skjedde med de 412 henvendelsene som ble viderehenvist. Vi ser at de fleste, 62%, ble henvist til andre tiltak innen rusmiddelomsorgen. Samlet gjaldt 10% av viderehenvisningene psykiatrisk behandling. Dette utgjør 2% av det samlede antall henvisninger. Vi vet at forekomsten av depresjoner og angsttilstander i den vanlige befolkningen til sammen er mellom 10 og 20%. Forekomst av psykotiske lidelser er mellom 1 og 2%. Vi vet også at forekomsten i misbrukergruppen er betydelig høyere. Andelen viderehenvisninger til psykiatriske tiltak synes derfor lav. To prosent ble henvist til barnevernet. Tallet må sees i forhold til få klienter i alder for barnevernstiltak.

5.6 Konklusjoner

Undersøkelsen redegjør for et betydelig antall henvendelser til Oslo-institusjonene og hvordan henvendelsene blir mottatt. Klientgruppen har sammensatte vansker og et blandingsmisbruk hvor opiater er det mest fremtredende. Det er en tydelig funksjonsdeling mellom tiltakstypene og det kan ikke påvises noen vesentlig rundgang av søknader. De psykiatriske ungdomsteamene synes å ha mulighet til å motta de fleste henvendelser om behandling og hjelp og ekskluderer få i utgangspunktet.

Kapasitetsproblemene er tydeligst i forhold til langtidsinstitusjonene som samlet avslår over 40% av henvendelsene enten på grunn av plassmangel eller fordi søknaden ikke blir avklart. Ventelistepraksis blir ikke fanget opp gjennom svaralternativene i denne undersøkelsen og man må nok anta at en del av dem som er registrert som avslåtte eller har mangelfullt avklarede søknader fører til inntak senere. Viderehenvissningsrutiner synes i liten grad å være innarbeidet ut fra de svar som fremkommer. Her må man imidlertid være klar over at institusjonene kan ha en god rutine på å veilede klienter i hvilke alternative tiltak de kan søke uten at dette blir definert eller registrert som viderehenvissninger. Man kan nok allikevel ha grunnlag for å stille spørsmål om samarbeidet institusjonene imellom eller institusjonenes bruk av ungdomsteamene for utredning og henvisning er tilfredsstillende, og man kan ut fra materialet få inntrykk av at tiltaksapparatet på undersøkelsestidspunktet ikke fungerte koordinert i forhold til et overordnet felles ansvar for klientpopulasjonen slik målsettingen bør være. Samarbeidet med psykiatriske behandlingstiltak synes utilstrekkelig utviklet.

6. KLIENTENE - hvem kommer i behandling?

Undersøkelsen omfatter 697 personer som ble tatt i behandling. Til sammen påbegynte disse 999 behandlingsperioder. Når det gjelder personopplysninger, bruker vi data fra det *første* behandlingsoppholdet for dem som er innlagt flere ganger. Hvis opplysningene fra dette oppholdet var svært mangelfulle, ble skjemaet for et annet opphold trukket inn.

I tillegg til de data som er registrert for henvendelsene, omfatter basis-skjemaet mer detaljerte spørsmål om bakgrunns- og oppvekstforhold. I dette kapitlet gjør vi rede for fordelingen i hele materialet og ser denne i relasjon til funnene i henvendelsesmaterialet. Vi ser videre på fordelingen i tiltakstyper og kjønnsgrupper.

6.1 Bakgrunn og oppvekst - henvendelser og behandlede

(Tabell 6.1.3 - 6.1.22 i vedlegg)

I tabell 6.1.1 viser vi de data som kan sammenliknes når det gjelder både henvendelses- og inntaksopplysningene. Som vi ser er det liten forskjell i fordelingene og det er derfor ikke noe som tyder på spesiell seleksjon til behandling ut fra disse enkeltvariablene.

Tabell 6.1.1. Bakgrunnsforhold ved henvendelse og inntak

	Henvendelses- opplysninger	Inntaks- opplysninger
Gjennomsnittsalder	28 år	28 år
	%	%
Mann/kvinne	63/37	62/38
Andel ugifte	81	78
Andel skilte/separerte	11	14
Andel som lever med fast partner	32	37
- andel av disse hvor partner har rusproblem*	76	74
Andel med barn	36	39
Andel med barn i egen omsorg	10	14

*Svaralternativene "har problemer" og "i behandling" er her slått sammen

Fra inntaksskjemaet har vi ytterligere bakgrunnsopplysninger. (Tabell 6.1.2).

Tabell 6.1.2. Bakgrunnsforhold ved inntak.

	Inntaks- opplysninger
	%
Andel med foreldre skilt/separert (før klienten var 16 år)	39
Andel med foreldre i live til klienten var 16 år	87
Andel plassert utenfor biologiske foreldres omsorg før 16 år	28
Andel med tilsyn av barnevernet før fylte 16 år	26
Andel hvor biologisk far/mor har problematisk forhold til alkohol	38/16
Andel hvor biologisk far/mor var i psykiatrisk behandling	9/20
Andel fullført grunnskole på ordinær måte	72
Andel som hadde skiftet grunnskole 2-4 ganger	28
Andel som mistrivdes i grunnskolen	52
Andel uten videregående utdanning	51
Andel med sammenhengende arbeidsforhold inntil 1 år	37
Andel med sammenhengende arbeidsforhold 2 år eller mer	34
Andel uten fast bolig	13

Vi ser her at i 39% av tilfellene var foreldrene skilt eller hadde flyttet fra hverandre før klienten var 16 år. Åtte prosent oppga at foreldrene aldri hadde bodd sammen etter at klienten var født. På spørsmål om de biologiske foreldrene levde frem til klienten var 16 år svarte 87% bekreftende. I de tilfellene der en av foreldrene var død, gjaldt dette oftere far enn mor. Åtteogtyve prosent av klientgruppen har vært plassert utenfor sine foreldres omsorg i minst ett år. For halvparten av disse gjaldt det opphold i fosterhjem eller barnehjem, mens de øvrige enten var adoptert, hadde bodd hos slektninger eller kombinasjoner av disse alternativene. I alt hadde 26% hatt tilsyn av barnevernet som barn (før fylte 16 år), 10% på grunn av forhold i familien og 16% på grunn av tilpasningsvansker.

Foreldrenes forhold til rusmidler kan være av betydning for utviklingen av egne rusmiddelproblemer. I vårt materiale mente 38% av klientene at deres biologiske fedre hadde et problematisk forhold til alkohol, mens 16% betegnet mødrenes alkoholbruk som "problembruk". Her må vi regne med forskjeller i synet på hva som skal karakteriseres som problembruk. Andelen ubesvarte er forholdsvis høy på disse spørsmålene (Se tabell 6.1.3-6.1.22 i vedlegg).

En annen indikator på problematiske familieforhold kan være hvorvidt foreldrene hadde vært i psykiatrisk behandling. Vi fant her at 9% oppga at deres biologiske far hadde vært i psykiatrisk behandling, mens den tilsvarende prosent for mødrene var 20. En høy ubesvart-andel og høy andel "vet ikke" svar (27% for fedrene og 15% for mødrene) gjør tolkningen av resultatene vanskelig.

Mange rapporterer om tilpasningsvansker. Bare tre fjerdedeler hadde fullført grunnskolen på vanlig måte, 19% hadde hatt spesialundervisning

og hele 9% oppga at grunnskolen i det hele tatt ikke ble fullført. Det har også vært skoleskifte i betydelig grad. Åtteogtyve prosent hadde skiftet skole 2-4 ganger og 8% enda flere ganger. Mistrivselen i skolen synes å ha vært høy. Halvparten svarer at de har mistrivdes, noe som relateres til atferdsvansker. Vi står altså overfor en gruppe som rapporterer i stor grad at de har vært i konflikt med skolesystemet.

Dette har naturligvis også gjort videre utdanning vanskelig. Halvparten hadde ingen skolegang utover grunnskolen, og denne var i seg selv mangelfullt avsluttet for en betydelig gruppe. De som hadde gått videre hadde nesten utelukkende delfag eller 1- eller 2-årige kursvalg i allmennfag eller yrkesfag - til sammen en tredjedel av gruppen. Fem prosent hadde fullført 3-årig allmennfag, 4% 3-årig yrkesfaglig utdanning og bare 1% hadde fagbrev og 1% høyere utdanning. Svært få hadde altså fullført videregående skolegang, og nesten ingen hadde utdanning utover dette.

Utdanningsbakgrunnen avspeiler seg i arbeidslivstilpasningen. Gruppen er spurt om lengste sammenhengende arbeidsforhold. Åtte prosent hadde overhodet ikke vært i arbeid og mer enn 37% hadde aldri vært i et sammenhengende arbeidsforhold mer enn 1 år. Bare 34% oppga sammenhengende ansettelsesforhold i 2 år eller mer.

6.2 Kjønnforskjeller (Tabell 6.1.3 - 6.1.22 i vedlegg)

Kjønnsdimensjonen har vært trukket frem i drøftingen av behandlingstilbudene de senere år fordi det har vært antatt at kvinner og menn kan ha ulike problemer og behandlingsbehov. Data for bakgrunn og oppvekst er derfor systematisk analysert for kjønnforskjeller. De viktigste indika-

torene er trukket ut i en oversiktstabell. (Tabell 6.2.1.)

Tabell 6.2.1. Bakgrunnsforhold ved inntak fordelt på kjønn.

	Menn	Kvinner
Gjennomsnittsalder	29 år	27 år
	%	%
Aldri gift	60	75
Lever med fast partner	35	40
-andel av disse hvor partner har rusproblemer*	64	89
Har barn	36	43
Har omsorg for barn	11	19
Barn er med i behandling	4	10
Grunnskole: fullført på ordinær måte	69	79
m/spesialundervisning	21	16
ikke fullført	11	5
Mistrivdes i grunnskolen	57	43
En eller annen videregående skole/kurs	48	50
Foreldre skilt (før klienten var 16 år)	34	48
Far problematisk forhold til alkohol	35	43
Mor " " " "	13	21
Biologisk far vært i psykiatrisk behandling	8	12
" mor " " "	17	25
Har hatt tilsyn av barnevernet (før fylte 16 år)	26	27
Lengste sammenhengende arbeidsforhold: over 2 år	40	22

*Svaralternativene "har problemer" og "i behandling" er her slått sammen.

Oversikten viser at kvinnene gjennomgående var litt yngre enn mennene. En noe høyere andel av kvinnene hadde vært gift. Andelen som levde sammen med fast partner var også høyere blant kvinnene, og partnere hadde ofte rusmiddelproblemer. Selv om andelen kvinner som

har barn var høyere enn for menn, merker vi oss at over en tredjedel av mennene hadde barn. Det var en overvekt av kvinner som hadde omsorg for barn og som hadde barn med i behandling.

Når det gjelder skolegang finner vi at andelen som fullførte grunnskole på ordinær måte var høyere blant kvinnene. Mennene måtte oftere ha spesialundervisning. Kvinnene oppga også oftere enn mennene at de trivdes i grunnskolen.

Vi finner likeledes visse kjønnsforskjeller m.h.t. familie og oppvekstforhold. Kvinnene rapporterte at de oftere hadde foreldre som var skilt, foreldre som hadde alkoholproblemer eller foreldre som hadde vært i psykiatrisk behandling. De oppga også i større grad at de hadde hatt tilsyn av barnevernet på grunn av problemer i familien.

6.3 Klientgruppen i de ulike tiltakstypene (Tabell 6.1.3 - 6.1.22 i vedlegg)

Som det er redegjort for har vi delt materialet i svar fra ungdomsteam, Akuttinstitusjon og døgninstitusjoner med langtidsoppgaver. Den første tiltakstypen er forventet å skulle gi tilbud til yngre klienter, gjerne tidlig i problemutviklingen og gi oppfølging og behandling til klienter som kan nyttiggjøre seg poliklinisk tilnærming. Teamene er også tiltenkt utredningsoppgaver og basefunksjoner ut fra sine geografiske opptaksområder. Akuttinstitusjonen skal gi krise- og avgiftningstilbud og gjøre utredning og vurdering av klienter i forhold til videre behandlingstiltak. De øvrige institusjonene er utviklet for å gi et omsorgs- og behandlingstilbud over tid. Vi har sett på om klientgruppene i disse tiltakene skiller seg fra hverandre. De viktigste indikatorene er her som i forrige kapittel samlet i en oversiktstabell. (Tabell 6.3.1.)

Tabell 6.3.1. Bakgrunnsforhold fordelt på type tiltak.
Prosent.

	Døgn- inst.	Akutt- inst.	Ungd - team
	%	%	%
Menn	64	55	61
Kvinner	36	45	40
Gjennomsnittsalder	29 år	29 år	26 år
	%	%	%
Aldri gift	77	68	83
Lever med fast partner	40	37	32
- andel av disse hvor partner har problemer*	76	95	63
Har barn	47	47	25
Har omsorg for barn	17	13	10
Har barn i behandling	11	3	0
Grunnskole fullført:på ordinær måte	72	77	72
m/spesialundervisning	18	17	21
ikke fullført	10	6	8
Mistrivsel i grunnskolen	52	51	52
En eller annen videregående skole/kurs	51	60	41
Foreldre skilt (før klienten fylte 16 år)	36	50	40
Far problematisk forhold til alkohol	39	34	38
Mor " " " "	16	13	18
Biologisk far vært i psykiatr.behandling	9	13	9
" mor " " "	19	21	23
Hatt tilsyn av barnevernet	25	29	29
Lengste sammenhengende arbeidsforhold over 2 år:	38	34	26

*Svaralternativene "med problemer" og "i behandling" er her slått sammen.

Tabellen viser først og fremst at tiltakstypene tar imot svært likeartete klienter. Så langt våre nokså grove indikatorer kan si noe om det, har de samme grad av belastningsfaktorer i barndom og oppvekst, og samme grad av tilpasningproblemer i skolen. De forskjellene vi finner svarer til tiltakenes ulike målsetting. Ungdomsteamene har en lavere gjennomsnittsalder og derfor lavere andel som er gift og har barn. Klientene har også mindre arbeidslivserfaring. Langtidsinstitusjonene har større andel som har partner og eventuelt også barn med i behandlingen. Dette avspeiler at noen av institusjonene har utviklet familie- og parbehandling som et særlig tilbud, noe som skulle være velbegrunnet ut fra funnene. Av dem som lever med fast partner ser vi at en betydelig andel av partnerne også har rusproblemer. Denne andelen er spesielt høy for klientene i Akuttinstitusjonen (95%). Klientgruppen fra Akuttinstitusjonen skiller seg i tillegg ut ved en høyere andel kvinner. Denne gruppen angir noe større grad av psykiske vansker hos foreldrene. Kvinneandelen forklarer i stor grad forskjellen i bakgrunn slik det fremkom i forrige kapittel.

6.4 Konklusjoner

Vi kan konkludere med at undersøkelsen viser en klientpopulasjon som i stor grad har vanskelige bakgrunnsforhold. Mange har tidlig kommet i konflikt med utdanningssamfunnet og har svært liten tilpasning til arbeidslivet. Undersøkelsen kan ikke si noe sikkert om det er misbruket som er avgjørende for dårlig integrering i skole eller yrkestilværelse eller om skole- og yrkeslivsvanskene også er symptom på en primær tilpasningssvikt. Men siden en svært høy andel beskriver betydelige problemer allerede i grunnskolen, dvs før misbruket eller svært tidlig i utviklingen, er det rimelig å anta at det her dreier seg om primære til-

pasningsvansker for mange. På en annen side kan det tyde på at det er en gruppe der man ikke finner klar bakgrunnsbelastning ut fra de faktorer vi har registrert og det vil være naturlig i større grad å fokusere på denne gruppen i det videre analysearbeidet.

Når det gjelder kjønnsforskjeller tegner det seg et bilde av delvis ulike behov. Kvinnene er noe yngre og har i større grad oppgitt at foreldrene har psykiske vansker og rusproblemer. De har dessuten i mindre grad hatt skoleproblemer og har i større grad omsorg for barn. De har oftere partnere og nesten utelukkende partnere med rusproblemer.

Mennenes problemer avtegner seg tydeligere som konflikter i forhold til skolen og atferdsproblemer med kriminalitet. De har større arbeids erfaring, men har liten utdanning. Det kan se ut som om menn og kvinner har noe ulik profil. Dette kan taes som uttrykk for vanlige kjønnsforskjeller, men det kan også gi inntrykk av ulike behov og ressurser.

I forhold til oppgitte behov er konklusjonen at tiltakstypene grovt ser ut til å fungere i forhold til sine målsettinger. Den høyere andelen kvinner i Akuttinstitusjonen kan avspeile at langtidsinstitusjonene i for liten grad har tilbud som passer for kvinner.

7. KLIENTENES RUSMIDDELBRUK

Inntaksskjemaet inneholdt en rekke tildels ganske detaljerte spørsmål angående klientenes bruk av rusmidler. Ved siden av debutalder for de ulike rusmidler, ble det registrert når klientene begynte å bruke tobakk, alkohol og narkotiske stoffer regelmessig, om de noen gang hadde hatt perioder med et tilnærmet daglig bruk av noen rusmidler og sprøyter, i hvor lang tid de hadde hatt et daglig eller nesten daglig bruk av narkotiske stoffer og om de hadde hatt stoffrie perioder de siste 6 måneder.

Ved selvrapportering av eget stoffbruk må vi regne med en viss usikkerhet i svarene. Andelen ubesvarte er også forholdsvis høy på disse spørsmålene (ca. 20%). Likevel mener vi at materialet gir et visst grunnlag for å kunne si noe om rusmiddelbruken i klientgruppen.

7.1 Debutalder

Tabell 7.1.1. Debutalder for de ulike stoffene i hele materialet. Prosent.

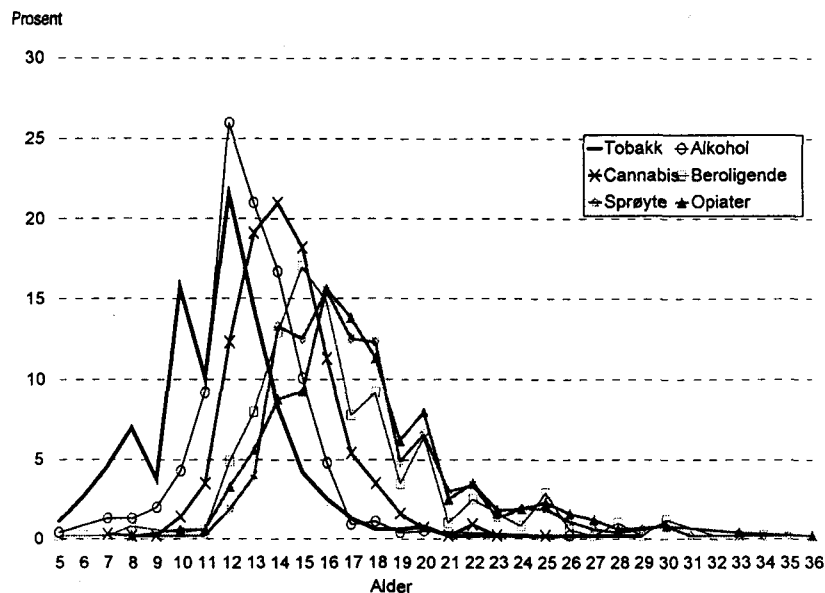
Alder	Tobakk	Alk.	Opiat.	Cann.	Berol.	Sentr.	Løsem.	LSD	Sprøyte
- 9 år	19	5	-	1	1	-	3	-	-
10-14 år	70	77	19	57	27	23	75	15	19
15-19 år	9	17	56	40	52	64	20	63	58
20-29 år	2	1	23	2	17	13	3	21	21
30 +	-	-	1	-	2	-	-	1	2
Total	100	100	99	100	99	100	101	100	100
% basis	527	557	514	576	487	503	279	280	472
Gj.sn. alder	11.5	12.8	17.6	14.3	16.7	16.5	13.3	17.4	17.5

Tabell 7.1.1 og figur 7.1.1 viser når klientene har begynt med de ulike stoffene. (De som ikke har brukt det enkelte stoff er utelatt.) Vi ser at de aller fleste har startet med tobakk. Gjennomsnittlig debutalder er 11 1/2 år. Debutalder for alkohol og et eventuelt bruk av løsemidler følger nokså nær i tid, med gjennomsnittsalder på rundt 13 år. Bruk av cannabis kommer noe senere. Her er gjennomsnittsalderen 14 år. Debutalderen for alle disse stoffene ligger på ungdomsskoletrinnet. Den typiske debuten av "pillebruk" - beroligende midler - skjer derimot like etter fylte 16 år, omtrent samtidig med førstegangs bruk av sentralstimulerende midler. Dette svarer til tiden etter avsluttet ungdomsskole. Første gangs bruk av opiater, sprøyter og hallusinogener ser ut til vanligvis å skje noe senere, men oftest før fylte 18 år. Det er stor grad av samsvar i debutalder mellom opiater, hallusinogener og sprøytebruk, som i gjennomsnitt ligger på 17 1/2 år.

Forskjellen i prosentbasis avspeiler hvor mange som har oppgitt bruk av vedkommende stoff. Løsemidler og hallusinogener i form av LSD har prosentbasis som ligger på halvdelen av de andre stoffene, noe som viser at de er betydelig mindre utbredt.

Vi finner at 88% av hele materialet har brukt sprøyter. Dette er bemerkelsesverdig høyt. En del av forklaringen kan være at sprøytebruk foregår langt utover den gruppen aktive sprøytebrukere som er anslått, men at sprøytebruken har en lav eller sporadisk frekvens. Funnet kan også forklares ved at behandlingsapparatet i første rekke når frem til denne kjernegruppen med sprøytebasert misbruk. I alle fall peker det mot en utbredt sprøytebruk i klientpopulasjonen i Oslo-området. Dette har betydning blant annet for HIV-profylakse.

Figur 7.1.1. Alder for første gangs bruk av ulike rusmidler og sprøyte.



Figur 7.1.1

Vi ser også at debutalderen fordeler seg noe ulikt innen de ulike gruppene av stoffer. Dette er fremstilt i figur 7.1.1. Vi ser at tobakkbruken begynner tidlig. Majoriteten - rundt 80% - debuterte med tobakk før fylte 14 år, 62% når de var 10-13 år. I denne aldersgruppen er forebyggende tiltak svært viktig. Alkoholbruken begynner også tidlig. De fleste - så mange som 82% - debuterte før de fylte 15. Nærmere halvparten brukte alkohol første gang i 12-13-årsalderen. For cannabis er debutalderen spredt langt mer i alder. Over en tredjedel - 37% - begynte før fylte 14 år, mens halvparten begynte i 14-16-årsalderen. For de andre stoffene er det enda mer utpreget at misbruket begynner senere og med større spredning i alder. Syttien prosent hadde likevel brukt sentralstimulerende midler, 60% sprøyter og 58% opiater før fylte 18. Opiater kommer sterkest inn i aldersgruppen 16-18 år.

Nærmere halvparten av klientene hadde aldri brukt løsemidler eller LSD. De som hadde brukt løsemidler begynte vanligvis i 11-15-årsalderen (gjennomsnittsalder 13 år). De fleste av dem som hadde prøvd LSD gjorde dette første gang mens de var 15-19 år (gjennomsnittsalder 17 år).

7.2 Regelmessig bruk

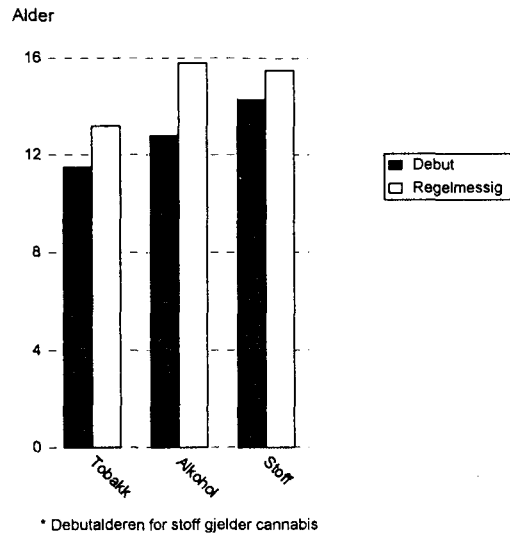
Mange unge eksperimenterer med stoff forholdsvis tidlig uten at det nødvendigvis fører til regelmessig bruk. Klientene ble derfor spurt om hvor gamle de var da de begynte å bruke henholdsvis tobakk, alkohol og stoff regelmessig. I tabell 7.2.1 er gjennomsnittsalder for regelmessig bruk sammenholdt med gjennomsnittlig debutalder.

Tabell 7.2.1. Gjennomsnittsalder for første gangs og regelmessig bruk av alkohol, tobakk og illegale stoffer.

	Gjennomsnittsalder	
	Debut	Regelmessig
Tobakk	11.5	13.2
Alkohol	12.8	15.8
Stoff	14.3*	15.5

*Gjelder gjennomsnittlig debutalder for cannabis

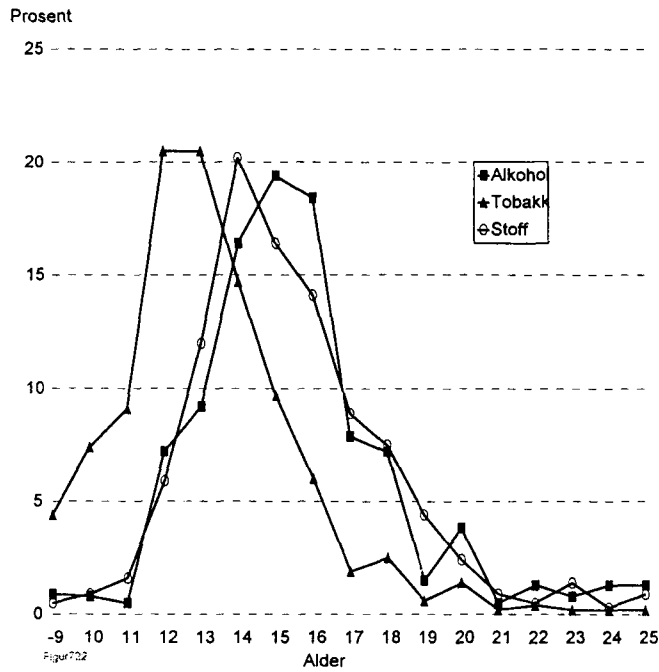
Figur 7.2.1. Gjennomsnittsalder for debut og regelmessig bruk av tobakk, alkohol og stoff.*



Figur 7.2.1

Tabell 7.2.1 og figur 7.2.1 viser at regelmessig bruk etableres forholdsvis raskt etter førstegangsbruk. For tobakk er tiden mellom debut og regelmessig bruk gjennomsnittlig 1.7 år, mens den er gjennomsnittlig 3 år for alkohol. Når det gjelder de illegale stoffene, stilte vi spørsmål om debutalder for det enkelte stoff, mens vi for det regelmessige bruket kun hadde en kategori for stoff samlet. Imidlertid var debutalderen for de andre illegale stoffene fra 16 år og oppover. Siden alderen for regelmessig bruk i snitt er oppgitt til 15.5 år har vi lagt til grunn at dette tallet domineres av cannabisbruken. Vi ser da at det har tatt gjennomsnittlig 1.2 år å etablere et regelmessig stoffmisbruk etter første gangs bruk av cannabis.

Figur 7.2.2. Alder for regelmessig bruk av alkohol, tobakk og stoff.



Figur 7.2.2 viser fordelingen på alder for regelmessig bruk. Vi ser igjen at alkohol og tobakk fordeler seg noe anderledes enn de illegale stoffene. Hele 41% oppga at de brukte tobakk regelmessig før de var 13 år og ytterligere en tredjedel fikk et regelmessig forbruk i 13-14-årsalderen. Regelmessig alkoholbruk begynte for mange i 12-13-årsalderen, og 73% oppga å ha et regelmessig forbruk før de var 17 år. Tjuesju prosent svarte at de aldri hadde hatt noe regelmessig bruk av alkohol. Nærmere en tredjedel begynte å bruke illegale stoffer regelmessig når de var 13-14 år. Sekstio prosent hadde etablert et slikt bruk før fylte 17 år.

7.3 Daglig bruk over tid

"Regelmessig bruk" er et lite presist uttrykk. Klientene ble derfor spurt om de noen gang hadde hatt perioder på minst en måned med et tilnærmet daglig bruk av ulike rusmidler (tabell 7.3.1).

Tabell 7.3.1. Tilnærmet daglig bruk av ulike rusmidler i minst 1 måned. Prosent.

Rusmiddel	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total	Prosent basis
Alkohol	52	48	63	59	49	55	578
Opiater	85	96	60	78	77	78	587
Cannabis	93	88	91	93	89	92	603
Berol.midler	69	68	56	62	69	65	574
Sentr.stim.	76	59	49	70	56	65	570
Løsemidler	26	16	19	26	17	23	533
Bland.misbruk	87	81	66	82	76	80	568

Hele 92 prosent oppga at de noen gang hadde brukt cannabis daglig i minst en måned. For opiater og blandingsmisbruk lå den tilsvarende prosenten på nærmere 80. Opp mot 2/3 hadde hatt et daglig bruk av beroligende og sentralstimulerende midler i minst en måned.

Klientene ble også spurt om de noen gang hadde hatt perioder med et daglig eller nesten daglig bruk av sprøyter (antall måneder ble registrert), og i hvor lang tid de tilsammen hadde hatt dette høyfrekvente bruk av narkotiske stoffer (antall år ble registrert) (tabellene 7.3.2 og 7.3.3).

Tabell 7.3.2. Perioder med daglig eller nesten daglig bruk av sprøyte. Prosent. (N=697)

Antall måneder	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	14	8	54	26	27	26	149
1-12 måneder	22	24	20	22	21	21	121
13-24 "	14	17	7	11	13	12	67
25-48 "	14	21	4	10	14	12	66
49 mnd.og mer	37	30	15	31	25	29	165
TOTAL	101	100	100	100	100	100	568
BASIS (V 106-7)	316	66	186	353	215	568	
% UBESVARTE	14	31	21	18	19	18.5	

Totalfordelingen i tabell 7.3.2 synes å vise at klientgruppen tenderer mot en todeling på spørsmål om sprøytebruk. Den ene gruppen hadde enten ikke brukt sprøyter daglig i så mye som en måned eller i hvert fall ikke mer enn et år, mens den andre gruppen hadde gjort dette i over 4 år. I alt var det 40 prosent som oppga at de hadde brukt sprøyte daglig i over 2 år, 29 prosent i over fire år. Gjennomsnittstiden var nesten 4 år. Det er viktig å merke seg den forholdsvise høye andelen ubesvarte på disse spørsmålene. Særlig gjelder dette for Akuttinstitusjonen.

Tabell 7.3.3. Antall år brukt narkotiske stoffer daglig eller nesten daglig. Prosent. (N=697)

Antall år	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total anta
Under 1 år*	3	5	13	5	9	7	
1-9 år	38	46	43	34	53	41	
10-19 år	48	39	38	52	30	44	
20 år el. mer	11	10	6	10	9	9	
TOTAL	100	100	100	101	101	101	
BASIS (V 108)	315	67	202	367	217	584	
% UBESVARTE	14	30	14	15	18	16.2	

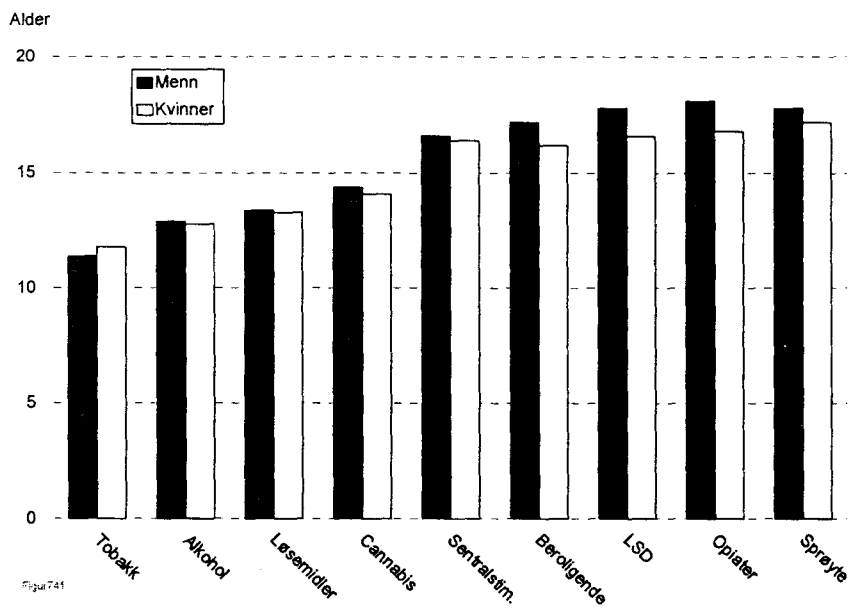
*Her inngår også de som ikke hadde brukt stoff daglig

Tabell 7.3.3 befester bildet av et tungt og langvarig rusmiddelbruk i klientgruppen. Over halvparten hadde brukt narkotiske stoffer daglig i 10 år eller mer. Gjennomsnittlig antall år med daglig bruk av stoff var nærmere 10. Teamenes klienter har naturlig nok en noe kortere karriere.

7.4 Kjønnforskjeller

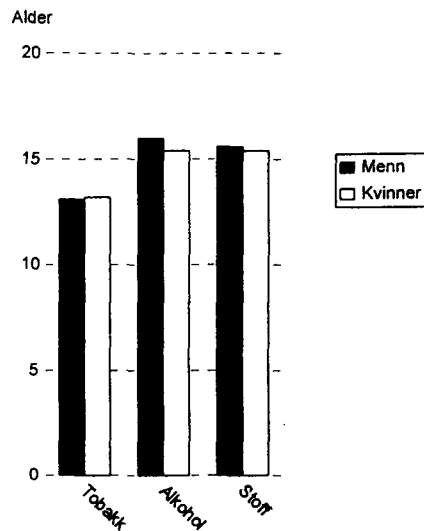
Bruksmønsteret er analysert med hensyn på kjønnforskjeller slik det fremgår av tabellene 7.3.1- 7.3.3. Forskjellene er illustrert i figur 7.4.1 og 7.4.2.

Figur 7.4.1. Gjennomsnittsalder for første gangs bruk av ulike rusmidler og sprøyte etter kjønn.



Figur 7.4.1 viser at det ikke er store forskjeller på kjønn når det gjelder debutalder. Mennene begynte å røyke litt før kvinnene og det var en tendens til at kvinnene var noe yngre ved første gangs bruk av alle de nevnte rusmidler.

Figur 7.4.2. Gjennomsnittsalder for regelmessig bruk av alkohol, tobakk og stoff etter kjønn.



Figur742

Figur 7.4.2 viser at kjønnsforskjellen er liten også når det gjelder regelmessig bruk, og det samme viser tabellene over sprøytebruk og daglig bruk. (Tabell 7.3.2 og 7.3.3.) Mennene synes likevel å ha hatt noe lengre perioder med sprøytebruk enn kvinnene. I det hele tatt oppga mennene oftere enn kvinnene lengre perioder med daglig bruk av stoff, gjennomsnittlig henholdsvis 10 og 8 år.

7.5. Forskjeller mellom klientene i de ulike tiltakstypene

Fra undersøkelsen av demografiske data og bakgrunnsforhold vet vi at klientene i ungdomsteamene er noe yngre og det kan se ut som om de har hatt noe mindre tilpasningsvansker. Tabell 7.5.1 viser at de også var noe eldre ved første gangs bruk av såvel tobakk og alkohol som ved de fleste illegale stoffene. Det er altså en systematisk forskjell til stede.

Tabell 7.5.1. Gjennomsnittsalder ved førstegangs bruk av de ulike rusmidler og sprøyte

	Døgn-institusjon	Akutt institusjon	Ungdoms-team
Tobakk	11.2	11.4	12.3
Alkohol	12.7	12.9	13.1
Løsemidler	13.3	14.2	13.2
Cannabis	14.1	13.8	14.7
Sentralstim.	16.3	15.7	17.4
Beroligende	16.6	16.7	17.1
LSD	17.3	17.4	17.9
Opiater	17.5	17.3	17.9
Sprøyte	17.5	16.9	18.0

Det er også en del forskjeller i bruksmønster slik det fremgår av tabellene 7.3.1- 7.3.3. Ungdomsteamenes klienter har i høyere grad oppgitt daglig forbruk av alkohol og cannabis og i mindre grad opiat, beroligende midler, sentralstimulerende midler og blandingsmisbruk. De har ikke i like stort omfang hatt daglig bruk av sprøyter, og de har heller ikke brukt stoff like lenge som klienter ved de øvrige tiltakene.

7.6 Konklusjoner

Undersøkelsen viser en klientgruppe med et langvarig og omfattende rusmiddelmisbruk. De har begynt tidlig med tobakk og alkohol, og majoriteten har også etablert et regelmessig cannabisbruk før de er ferdig med ungdomsskolen. Det har tatt mindre enn gjennomsnittlig 1 1/2 år fra eksperimenteringen begynte til de var regelmessige brukere av cannabis, og dette er kortere tid enn det er oppgitt for tobakk. Fra 16-årsalderen og oppover har de i økende grad brukt sentralstimulerende midler, opiater og tatt stoff med sprøyter. Mer enn 9 av 10 har brukt cannabis og nesten 8 av 10 opiater regelmessig over lengre tidsperioder, men mer enn 6 av 10 har også brukt beroligende midler og sentralstimulerende midler daglig i minst 1 måned. Gjennomsnittsalderen i klientgruppen er 27 år, og de fleste har derfor mer enn 10 års rusmiddelbruk bak seg, svært mange minst 10 år med bruk av opiater og/eller sentralstimulerende midler.

Det er liten forskjell mellom kjønnene. Kvinnene har begynt noe senere enn guttene å røyke tobakk, mens de er tidligere ute med de stoffene som kommer i bruk etter 15-16-årsalderen, illegale stoffer og sprøytebruk, slik en kan forvente det ved samvær med eldre gutter.

Når det gjelder klientgruppene ved de ulike tiltakstypene, har ungdomsteamene klienter som er noe, men ikke mye yngre. Deres stoffmisbruk kan til en viss grad se mindre alvorlig ut og de har også gjennomsnittlig begynt med de ulike stoffene noe senere. Det kan se ut som det er en viss polarisering når det gjelder sprøytemisbruk. En undergruppe har brukt sprøyter lite eller ikke, mens en annen har brukt det regelmessig i flere år. Mellomskiktet er nokså fåtallig. Teamene har større andel av den første gruppen, men også blant teamenes klienter er sprøytebruk så utbredt at det er viktig for teamene å ha en aktiv og regelmessig praksis for HIV-profylakse og opplysning.

8. RUSMIDDELRELATERTE PROBLEMER

Inntaksskjemaet inneholdt spørsmål omkring en del problemområder som kan sees i sammenheng med misbruk av rusmidler. Det gjaldt områder som kriminelle forhold, overdose, dødstanker og selvmord, HIV-smitte og risikoatferd. Dette er også svært følsomme områder som det kan være vanskelig å ta opp med klientene og spesielt i innledning av behandlingskontakten. Andelen ubesvarte er derfor høy.

8.1 Kontakt med strafferettsapparatet (Tabell 8.1.2 - 8.1.5 i vedlegg)

Tabell 8.1.1. Klientenes kontakt med strafferettsapparatet.*
Prosent.

Strafferettslige forhold	Døgn- Akutt- Ungd.			Menn Kvinner		Total
	inst.	inst.	team			
Noen gang domfelt	83	77	55	85	53	73
To eller flere dommer	69	65	29	71	31	56
Uoppgjorte bøter/saker	62	72	36	59	47	54
Noen gang i fengsel	64	68	26	68	26	52

*Basert på tabellene 8.1.2 - 8.1.5 i vedlegg.

Rundt tre fjerdedeler av klientene svarte bekreftende på spørsmål om de noen gang hadde vært domfelt, enten for brudd på narkotikaloven (16%), for andre lovbrudd (16%) eller begge deler (41%). Noe over

halvparten hadde to eller flere dommer, hadde ubetalte bøter eller uoppgjorte saker med politi eller rettsvesen og hadde sittet i fengsel. Klienter ved døgninstitusjonene og Akuttinstitusjonen hadde en større andel kriminelle forhold sammenlignet med ungdomsteamene, og menn lå som forventet tildels betydelig høyere enn kvinnene når det gjaldt kriminalitet.

8.2 Overdoser og suicidalitet (Tabell 8.2.3 - 8.2.4 i vedlegg)

Klientene ble spurt om hvor mange ganger de hadde vært innlagt i medisinsk institusjon på grunn av overdose (tabell 8.2.1). Vi må her regne med en viss underrapportering av forekomst av overdoser i alt, fordi klienten kan ha tatt livstruende overdoser uten å ha blitt innlagt. På den annen side ville andre formuleringer lett føre til upresise og høye tall for de gangene klienten har tatt for store doser uten at det har vært reell dødsrisiko.

Tabell 8.2.1. Klienter innlagt for overdose. Prosent. (N=697)

Antall ganger	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Aldri	59	62	68	62	62	62	354
1-2 ganger	22	19	18	21	20	20	116
3-5 "	12	8	12	11	12	11	64
6-9 "	7	12	3	6	7	6	36
TOTAL	100	101	101	100	101	99	570
BASIS (V 123)	313	68	189	353	217	570	
% UBESVARTE	15	29	20	18	18	18.2	

Vi ser at over en tredjedel av klientene hadde tatt overdose av så alvorlig karakter at de var blitt innlagt på grunn av det. De fleste hadde gjort dette en eller to ganger, men så mange som 17% hadde vært innlagt 3 eller flere ganger. Dette gjaldt særlig klienter som var i behandling ved døgninstitusjonene. Vi står altså overfor en gruppe med utpreget mortalitetsrisiko.

Spørsmål om overdoser må sees i forhold til stoffenes kvalitet og renhetsgrad, varierende toleranse av ulike årsaker og forskjellige former for uheldige omstendigheter. Analyser for å vurdere eventuelle sammenhenger mellom overdoser og rapporterte selvmord og dødstanker vil bli gjort som del av hovedprosjektets beskrivelse.

Tabell 8.2.2. Prosentfordeling på spørsmål om selvmordsforsøk og dødstanker.*

Selvmord Dødstanker	Døgn- Akutt- Ungd. inst. inst. team			Menn Kvinner		Total
Forsøkt selvmord	38	45	42	37	45	40
Lei livet, døds- tanker, dødsønsker siste uke	43	48	73	52	55	53

*Basert på tabellene 8.2.3 og 8.2.4 i vedlegg

Hele 40% av klientene bekrefter at de har forsøkt å ta sitt eget liv. Av disse hadde noe over halvparten (26% av alle) forsøkt en eller to ganger, mens mer enn en tredjedel (14% av alle) hadde forsøkt 3 eller flere ganger. Kvinnene hadde en noe høyere andel enn mennene. Dette gir inntrykk av en gruppe hvor mange har betydelige depresjoner, noe som bekreftes av svarene på spørsmål om klientene i løpet av den siste uken hadde hatt dødstanker eller dødsønsker. Klienten skulle her plasseres på en skala fra 0-6, fra det vi har kalt ordinær livslyst til klare planer om selvmord. (Se spørsmål 125 i inntaksskjemaet). Over halvparten ga uttrykk for depressive tanker fra det å være lei livet til å ha aktive planer om selvmord. De øvrige (47%) mente de hadde ordinær livslyst. Livsproblemene kunne synes noe større blant klienter som ble behandlet i ungdomsteamene, der hele 73% ga uttrykk for at de var lei livet eller hadde hatt dødsønsker og dødstanker siste uke.

8.3 HIV-smitte og risikoferd (Tabell 8.3.2 - 8.3.6 i vedlegg)

Skjemaet inneholdt 5 spørsmål omkring HIV og risikoferd. Vi har trukket ut hovedkategoriene i hvert spørsmål og samlet fordelingene i tabell 8.3.1.

Tabell 8.3.1. Spørsmål om HIV.* Prosent.

HIV	Døgn- inst.	Akutt- inst.	Ungd. team	Menn	Kvinner	Total
Kan ha blitt smittet/smitten andre	68	69	68	67	69	68
Testet 2 eller flere ganger	83	78	55	71	78	74
Testet siste halvår	68	57	36	55	60	57
Siste test positiv	8	15	11	11	8	10
Utsatt for smitte etter siste test	28	27	27	27	30	27

*Basert på tabellene 8.3.2 - 8.3.6 i vedlegg

Resultatene kan tyde på en ganske høy grad av risikoferd. Over 2/3 av klientgruppen oppga at de hadde vært i situasjoner hvor de kunne ha blitt HIV-smittet eller kunne ha smittet andre med HIV. Ingen av tiltaksgruppene skilte seg ut her, og det var heller ingen kjønnsforskjeller. Omtrent like store andeler (19 prosent) mente at smitte kunne ha blitt overført via urene sprøyter som ved seksuell omgang, mens 30 prosent

oppgå begge deler.

På spørsmål om hvor mange ganger de hadde tatt HIV-test, svarte 74% to eller flere ganger. Her skiller ungdomsteamene seg ut med en betydelig lavere testfrekvens. Over halvparten av den totale klientpopulasjonen hadde testet seg i løpet av siste halvår. Rundt 10 prosent hadde avgitt positivt svar ved siste test og nærmere 1/3 hadde utsatt seg for smitte etter siste gangs test, enten ved sprøytebruk, seksuell omgang eller begge deler.

8.4 Konklusjoner

Undersøkelsen har med disse spørsmål trengt inn på ømfintlige områder, noe den varierende svarprosenten avspeiler. Dette gjelder særlig spørsmålene om dødstanker og HIV-atferd. Ved Akuttinstitusjonen var frafallet på flere av spørsmålene en tredjedel eller mer. En slik undersøkelse har derfor begrenset verdi i situasjoner hvor det ikke er tid til å etablere god nok kontakt med klientene til at spørsmålene naturlig bør stilles.

Likevel er svarprosenten gjennomgående såvidt høy at funnene tegner et bilde av en gruppe med betydelige problemer. Andelen som har vært fengslet er svært høy. Nær halvparten har tatt overdose og en like stor andel har forsøkt selvmord. Mer enn 50% rapporterer aktive dødstanker siste uke. Vi ser at andelen HIV-smittede i materialet er 10%. Som storbymateriale er dette i internasjonal sammenheng relativt lavt. Vi ser også at det utøves en nokså betydelig risikoatferd.

Undersøkelsen kan ikke svare på i hvilken grad overdoser, selvmords-

forsøk, dødstanker og risikoatferd for HIV-smitte er uttrykk for en depressiv tilstand der psykiatrisk behandling kan være viktig eller/og om det er uttrykk for situasjonsvansker og rusmiddeleffekter. Funnene er likevel såvidt markerte at de viser behovet for nærmere undersøkelser på dette feltet. Fra før vet vi at det er en begrenset kontakt mellom rusbehandlingsinstitusjonene og psykisk helsevern, noe som igjen aktualiserer spørsmålet om samarbeid mellom disse særtiltakene og helsevesenet.

9. TIDEN FØR BEHANDLINGSSTART

Det er å gjøre et valg å begynne i behandling. Et slikt valg springer ut fra de erfaringer individet gjør og fra den aktuelle situasjonen. En avgjørende tid for behandlingsmotivasjon vil derfor være perioden før behandlingens begynnelse. En undersøkelse av denne perioden kan si noe om hvilke krefter som styrer valget.

Perioden er også viktig sett i et evalueringsperspektiv. Om en ønsker å gjøre behandlingsevaluering må denne bygge på en beskrivelse av endring. Vurdering av endring forutsetter en tilstandsbeskrivelse - en "baseline" - som resultatene måles i forhold til. Svært mange som har forsøkt å gjøre en evaluering av behandlingstiltak oppdager at utgangspunktet er for dårlig beskrevet. Et problem her er at mange velger behandling ut fra en kriseopplevelse. Vanskene hoper seg opp på en slik måte at situasjonen ved inntak er dramatisk og atypisk. Endring kan derfor lett fortone seg som positiv selv om den er uavhengig av en eventuell behandlingseffekt. Dette kalles regresjon mot gjennomsnittet og er en kjent feilkilde.

I undersøkelsen er det valgt å legge vekt på den gjennomsnittlige situasjonen i det siste halvåret før behandlingsstart. Vi tok med dette sikte på å kartlegge mer enn tilfeldige kriser og på å få en beskrivelse av misbruket over en såpass lang tid at tilfeldige svingninger i en langsiktig utvikling ikke skaper falske inntrykk av bedring. Dersom klienten kom til det aktuelle behandlingstiltaket fra en annen institusjon eller direkte fra fengsel, ble de bedt om å beskrive siste halvår før forrige innleggelse eller før de ble fengslet.

Klientene ble spurt om hvilke rusmidler de hadde brukt og bruks-

frekvens på de ulike stoffene i denne perioden. Vi spurte også om antall rusfrie dager, om boforhold, skolegang, inntekt, sosialt nettverk og tegn på psykiske problemer. Svarfordelingene på spørsmålene om misbruk og rusfrie dager vises i tabellene 9.1.1 og 9.1.2 nedenfor. Når det gjelder de øvrige spørsmålene, er det hentet ut noen viktige data, mens de tabellariske oversiktene vises i vedlegget.

Siktepunktet her er både å få en statusbeskrivelse som kan måles og en samlet vurdering som kan beskrive klientenes problembelastning samlet. Måleinstrumentene DTES, GAS og Eggert Petersens belastningsindeks beskrives i neste kapittel.

9.1 Misbruket siste halvår

Klientene ble spurt om hvilke rusmidler de hadde brukt hvor ofte siste halvår. Resultatene fremgår av tabell 9.1.1.

Tabell 9.1.1. Bruk av ulike rusmidler siste 6 måneder. Prosent

Frekvens	Alk.	Opiat.	Cann.	Berol.	Sentr.	Bl.misbr.
Ikke brukt	29	23	20	25	48	31
1-3 g.pr.mnd.	34	16	21	24	33	13
1-4 g.pr.uke	25	16	25	21	11	17
Daglig	13	46	35	30	8	39
Total	101	101	101	100	100	100
Prosentbasis	572	579	579	568	545	537

Vi ser at spredningen i bruk er stor med tendens til variert og blandingspreget misbruk. Det er stort sett bare en fjerdedel som ikke har brukt et gitt stoff i perioden. Sentralstimulerende midler skiller seg ut. Det er en langt høyere andel som ikke har benyttet sentralstimulerende midler og få som har hatt en intensiv bruk de siste 6 måneder. Derimot har nesten 50% hatt daglig bruk av opiater i perioden før behandlingen og opplevelsen av å trenge behandling ser i langt større grad ut til å være knyttet til slik bruksform. Daglig bruk av cannabis og beroligende midler var også vanlig.

På den andre siden ser vi av tabell 9.1.2 at det er mange som har hatt kortere eller lengre rusfrie perioder. Likevel oppga 65% at de ikke hadde hatt noen eller maksimalt 30 rusfrie dager siste halvår. Ungdomsteamene skiller seg noe ut, og blant klientene her har 37% - over en tredjedel - hatt mer enn tre rusfrie måneder innenfor denne seksmånedersperioden. Dette skulle tyde på at teamene driver et betydelig sekundærforebyggende arbeid. Klientene ved Akuttinstitusjonen og døgninstitusjonene ser ut til å ha nokså likt mønster. Det er også mulig å se en tendens til at kvinnene har et noe mindre regelmessig og vedvarende misbruk.

Tabell 9.1.2. Rusfrie dager siste 6 måneder. Prosent. (N=697)

Antall dager	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	29	25	14	26	21	24	131
1-30 dager	45	48	31	42	38	41	225
31-90 "	15	13	18	16	16	16	88
91 eller flere	11	13	37	16	26	20	109
TOTAL	100	99	100	100	101	101	553
BASIS (V 120)	306	67	180	349	204	553	
% UBESVARTE	16	30	23	19	23	20.7	

9.2 Sosial funksjon (Tabellene 9.2.1 - 9.2.3 og 9.2.5 - 9.2.12 i vedlegg)

På spørsmål om boforhold fant vi at bare halvparten hadde eget bosted, dvs. egen fast leilighet, hybel eller hus siste halvår før inntak. Mange hadde også sviktende sosial funksjon. Bare 10 prosent av klientene hadde hatt heldags skolegang i dette tidsrommet, den ene halvparten av dem i 1-12 uker og den andre halvparten i 13 uker eller mer. Få (26%) hadde vært i heldags arbeid i kortere eller lengre tid de siste 6 månedene før inntak, mens tre fjerdedeler ikke hadde vært i heldagsarbeid i det hele tatt i løpet av denne tiden. Andelen var her noe høyere blant kvinnene enn blant mennene. Klienter ved ungdomsteamene synes å ha vært lengre tid i heldagsarbeid sett i forhold til de øvrige tiltakene. Andelen som hadde vært i arbeidsmarkedstiltak var også lav, mellom 6 og 7 prosent. Vi fant ingen forskjeller på kjønnene på dette punkt, men ungdomsteamene hadde også her en noe større andel totalt.

Når det gjelder inntektsforhold ble klientene spurt om hva som hadde vært deres viktigste inntektskilder det siste halvåret før inntak. Mulige inntektskilder var angitt og klienten ble bedt om å oppgi hvilke som var benyttet, hhv ikke benyttet og om de hadde vært viktige. I tabell 9.2.4 er svarkategoriene "benyttet" og "vært viktig" slått sammen.

Tabell 9.2.4. Betydningsfulle inntektskilder siste 6 måneder.*
Prosent.

Inntekts- kilder	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn	Kvinner	Total prosent	Total antall
Eget arbeid/ studielån	18	13	39	29	18	25	126
Sykepenger/ attføring/trygd	44	38	44	40	50	43	229
Kommunal sosialhjelp	79	77	76	78	77	78	451
Forsørget av partner	12	18	16	14	15	14	70
Forsørget av foreldre	16	14	33	24	19	22	108
Stoffsalg	59	57	32	54	43	50	251
Annen kriminalitet	48	41	26	46	29	40	159
Prostitusjon	10	18	11	1	28	11	53

*Basert på tabellene 9.2.5-9.2.12 i vedlegg

De aller fleste (78%) hadde mottatt kommunal sosialhjelp. For omtrent halvparten av disse hadde sosialhjelp vært viktig som inntektskilde. Det var ingen nevneverdige forskjeller på menn og kvinner eller klienter ved de ulike tiltak når det gjaldt å ha mottatt sosialhjelp. Samlet var prosent ubesvarte 16. En forholdsvis stor andel (43%) hadde fått sykepenger, attføringspenger eller trygd, kvinnene noe oftere enn mennene.

Ved siden av de sosiale stønads- og trygdeordningene, var stoffsalg og annen kriminalitet hyppig oppgitt som inntektskilder (av henholdsvis 50 og 40%). Det ble rapportert å være viktige inntektskilder for henholdsvis 19 og 15 prosent, noe mindre blant klienter ved ungdomsteamene enn ved de øvrige behandlingstiltakene. Kvinner synes heller ikke å ha hatt inntekt fra kriminalitet i samme grad som mennene. En god del av kvinnene har derimot hatt inntekter av prostitusjon (28%). For disse spørsmålene ligger prosent ubesvarte på omkring 30.

Tjuefem prosent oppga å ha hatt ordinær inntekt fra arbeid eller studielån. Særlig mennene oppga denne inntektskilden som viktig. Ungdomsteamene skiller seg her klart ut med en større andel som lever av eget arbeid eller av studielån.

En del av klientene (22%) var forsørget av foreldre i perioden umiddelbart før de kom i behandling, men dette oppgas ikke som så viktig som de fleste andre inntektskildene. Klienter ved ungdomsteamene var i større grad forsørget av foreldre enn klienter ved de øvrige tiltakene. Forholdsvis få hadde vært forsørget av partner.

9.3 Tilhørighet og sosialt nettverk (Tabell 9.3.1 - 9.3.3 i vedlegg)

Klientenes tilhørighet og sosiale nettverk blir belyst gjennom spørsmål om hva slags venner de hovedsakelig hadde hatt omgang med, og hvilken kontakt de hadde hatt med sine biologiske foreldre siste 6 måneder. En svakhet i spørsmålsstillingen er at den ikke inkluderer bl.a. steforeldre og fosterforeldre, tatt i betraktning den høye andelen skilsmisser i foreldrehjemmet.

Nesten alle hadde omgang med venner (98%), og da hovedsakelig med venner som misbrakte stoff (58%). Syvogtyve prosent var sammen med både misbrukende og ikke-misbrukende venner, mens 13% bare hadde kontakt med ikke-misbrukere.

Nesten halvparten av klientgruppen som helhet hadde vært uten kontakt med biologisk far de siste 6 måneder før inntak. Ytterligere en fjerdedel hadde hatt kontakt månedlig eller sjeldnere. Kontakten med mødre syntes å ha vært langt hyppigere, idet 56% oppga å ha hatt kontakt med biologisk mor daglig eller ukentlig de siste 6 måneder før inntak.

9.4 Behandlingskontakt (Tabell 9.4.1 i vedlegg)

Over en halvdel av klientene (54%) hadde vært i behandling for rusmiddelproblemer, nervøse problemer eller atferdsproblemer i løpet av de siste 6 måneder før inntak. Dette gjaldt i større grad menn enn kvinner og klienter ved døgninstitusjonene i forhold til klienter ved de øvrige tiltakene. Kvinner generelt i materialet og klienter ved ungdomsteamene hadde oftere vært i poliklinisk behandling i tiden før inntak. Nærmere en fjerdedel av klientene ved institusjonene hadde vært innlagt

i løpet av det siste halvåret før de ble mottatt til behandling igjen.

9.5 Konklusjoner

Ved å fokusere på det siste halvåret før inntak i behandling fremkommer det et bilde av en klientgruppe med et høyt og for det meste vedvarende misbruk - i særlig grad preget av opiatmisbruk sammen med cannabis og beroligende midler. Men bildet er nyansert og en betydelig gruppe har hatt ganske lange rusfrie perioder. Det er også klare forskjeller mellom klientgruppene i ungdomsteamene og i de to andre tiltakstypene. Det er åpenbart behov for presise angivelser med kvantifiseringer om det skal være mulig å dokumentere endring i rusmiddelmisbruket, og det er viktig at undersøkelser rent metodisk er siktet inn på dette. Vi ser mønstre på disintegrasjon, lav andel med egen arbeidsinntekt og svære sosiale problemer og relasjonsproblemer i perioden som må vektlegges i behandlingen og tas hensyn til ved en eventuell evaluering.

På noen av spørsmålene er svarprosentene lave. Dette gjelder særlig de ømfindtlige spørsmålene som dreier seg om prostitusjonspraksis og lignende. Man skal nok være forsiktig med å ta slike spørsmål inn i mer rutinemessige registreringer der situasjonen ikke sikrer tilstrekkelig kontakt med klienten.

Metodisk synes valget av å belyse en såvidt lang periode som 6 måneder før behandlingsstart som velvalgt og kanskje nødvendig, idet fokusering på en kortere periode vil kunne gi betydelige muligheter for feiltolkninger.

10. VURDERINGSSKALAER TIL BRUK VED EVALUERING

Behandlingsforskning er et vanskelig felt. For å kunne si noe sikkert om hva som gir effekt, må man ha et mål for utgangspunktet og for endringer, samtidig som man må kunne kontrollere for hva som er virksomt. I prinsippet forutsetter dette to sammenliknbare grupper hvor den ene men ikke den andre får den behandlingen som skal vurderes, eller et design hvor to sammenliknbare grupper får to ulike behandlinger som så vurderes mot hverandre.

Slike tilnærminger er det svært vanskelig å få i stand innen rusmiddelbehandling. Dette prosjektet forsøker å gjøre "det mulige" - å kartlegge en del basale egenskaper og forutsetninger ved klientene som skal behandles slik at man skal kunne få et grovt mål på om gruppene er like i utgangspunktet. Dette prosjektet tar ikke i seg selv sikte på noen slik etterundersøkelse. Hensikten er likevel å legge forholdene til rette for det.

Ett av instrumentene som er valgt for å beskrive klientgruppen er Eggert Petersens belastningsindeks som summerer opp faktorer en vet eller tror skaper vansker i behandlingen til en summert "vanskelighetsskåre" - belastningsindeks. For å vurdere den tilstanden som skal behandles, rusmiddelproblemene, er det brukt operasjonaliserte skalaer basert på standardiserte kliniske bilder. Instrumentene er DTES - Drug Taking Evaluation Scale og GAS - Global Assessment Scale. Den første skalerer rusmiddelbruk, sosial funksjon og sosial tilhørighet på en skala fra 1 - 9, hvor 1 er problemfrihet/optimal funksjon mens 9 er maksimalt problempreget. Området 1-3 er et "normalområde", mens skårer fra 4-6 peker mot overforbruk og kritikkløs rusing, problemer med sosial mestring og et sosialt nettverk med betydelig innslag av rusmiddel-

belastning. Skårer over 6 sier at pasienten har kontrollsvikt slik at rusmiddelbruken i økende grad dominerer tilværelsen, det er sammenbrudd i sosial funksjon og rusmiddelbrukere dominerer nettverket. Global Assessment Scale (GAS) skalerer psykisk helse ut fra samme prinsipielle tenkning. En tenker seg en skala hvor 100 er en helsemessig idealtilstand og 1 det maksimale problem/sykkelighetsnivå.

Eggert Petersens belastningsindeks bygger på summering av konkrete forhold slik de registreres i spørreundersøkelsen. DTES og GAS baserer seg på skåringer som forutsetter klinisk skjønn. Dette krever veiledning, og deltakende institusjoner ble derfor invitert til møter hvor skalaene ble gjennomgått. Det ble også gjort prøveskåringer. Noen behandlere var skeptiske til bruken som tidligere omtalt, andre følte seg ikke kvalifisert til å utføre slike skåringer. Tiltakene ble likevel oppfordret til å gjøre forsøk. (Skalaene er tatt inn i vedlegg V-VII.)

10.1 Belastning og bakgrunn (Eggert Petersens belastningsindeks)

Eggert Petersens indeks bygger på 17 ulike forhold (Se vedlegg V). I denne undersøkelsen er 13 av forholdene dekket gjennom spørsmål i inntaksskjemaet og inngår i vår skåring. Følgende punkter (merket med stjerne i vedlegget) er ikke inkludert i vårt basisskjema: 1. Født utenfor ekteskap, 7. Skolekarriere, 14. Seksuelt misbruk, 15. Prostitusjon. Som det fremgår av oversikten nedenfor, avspeiles belastende bakgrunnsfaktorer i 6 punkter, mens 7 andre beskriver graden av misbruk og relaterte situasjonsvansker.

I. Barndom/oppvekst: (6 punkter)

Foreldre skilt/døde (spm. 158-159)
Innlagt i institusjon før 15 år (spm. 126-127)
Plassert utenfor biologiske foreldres omsorg (spm. 160)
Tilsyn av barnevernet (spm. 165)
Antall skoleskift (2 eller flere) (spm. 156)
Skolevansker (spm. 155)

II. Arbeid/bolig/kriminalitet/stoffbruk/selv mord: (7 punkter)

Ikke i arbeid eller utdanning siste 6 måneder (spm. 56-61)
Uten fast bopel (spm. 46)
Registrert kriminalitet (spm. 64)
Registrert stoffkriminalitet (spm. 64)
Bruk av stoff i mer enn 3 år (spm. 108-109)
Selvmordsforsøk (spm. 124)
Tatt overdose (spm. 123)

Hvert av disse forhold gir skåre 1 på indeksen.

Tabell 10.1.1. Eggert Petersen belastningsindeks

Type tiltak	Gjennomsnitt			Antall personer
	I	II	Samlet	
Døgninst.	1.9	4.2	6.1	289-324
Akuttinst.	1.9	3.9	5.9	78-86
Ungdomsteam	2.0	3.1	5.1	141-185

GRUPPE I: Omfatter barndom/oppvekstforhold(6 punkter)=bakgrunnsbelastning

GRUPPE II: Omfatter arbeid/bolig/kriminalitet/stoffbruk/selv mord (7 punkter)=situasjonsproblemer

Tabell 10.1.1 viser skåringen av klientene i tiltakstypene (gjennomsnitt). Vi ser at hele gruppen hadde ca 2.0 i bakgrunnsbelastningsfaktor i gjennomsnitt og her var det ingen forskjell mellom tiltakstypene eller ved kjønnsfordeling. Ser vi på hvor alvorlig situasjonsbelastningen er, blir bildet noe annerledes. Akuttinstitusjonen og døgninstitusjonene hadde i snitt 3.9-4.2, mens ungdomsteamene hadde 3.1. Ungdoms-teams gjennomsnittsskåre på situasjonsbelastning synes å bekrefte tidligere beskrevne funn vedrørende undergrupper med ulik og i gjennomsnitt lavere misbruksprofil enn for de øvrige tiltakstypene. Eggert Petersens belastningsindeks er benyttet i flere norske undersøkelser tidligere, bl.a. av Holsten 1984, Ravndal og Vaglum 1991, Schanche Andresen 1991, Vaglum 1979.

Da begrunnelsen for å inkludere denne belastningsindeksen i basis-skjemaet bl.a. var å kunne ivareta et komparativt perspektiv, håper vi å kunne benytte materiale både fra forprosjektet og den nasjonale studien til en egen beskrivelse hvor vi vurderer skalaen og sammenholder og drøfter funnene mer inngående.

10.2 Psykisk helse (GAS - Global Assessment Scale)

Det er et vanlig funn at de som utvikler et misbruk har større helseproblemer enn de som holder bruken under kontroll. (Pedersen 1991). Dårlig psykisk helse hos rusmisbrukere predikerer behandlingsvansker

(Ravndal&Vaglum 1991, McLellan 1983), noe som selvsagt må sees i sammenheng med den kompetanse på behandling av psykiske lidelser som er tilstede i de tiltak der vurderingene blir gjort.

Tabell 10.2.1 viser gjennomsnittstallene i undersøkelsen fordelt på behandlingstyper og kjønn. Vi ser at det er nokså høy andel ubesvarte. Særlig har problemene med å bruke GAS vært store i Akuttinstitusjonen, men andelen ubesvarte er også så stor som 1/3 i døgninstitusjonene. Teamene har derimot i betydelig grad brukt skalaen.

Tabell 10.2.1. Skåring på GAS-skalaen. Gjennomsnitt siste 6 måneder. Prosent. (N=697)

GAS-skåre	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Tot. anta.
Inntil 30	1	0	5	3	3	3	
31-40	20	9	20	20	17	19	
41-50	20	23	24	22	21	22	1
51-60	27	53	18	27	22	26	1
61-70	17	14	22	17	23	19	
71-80	10	2	8	7	10	8	
81 og over	5	0	3	3	5	4	
TOTAL	100	101	100	99	99	101	5
BASIS (V 151-3)	241	57	210	332	176	508	
% UBESVARTE	34	41	11	23	34	27.1	
Gj.snittsskåre	56.1	54.4	53.6	53.1	56.4	54.3	

Samlet ser vi at gjennomsnittsskåren er nær den samme i de ulike tiltakene og blant kvinner og menn. Den typiske skåren er på 53-56.

Sammenlikner en med skåringer fra psykiatriske poliklinikker tilsvarer dette skårer for alvorlige nevrotiske tilstander og personlighetsforstyrrelser eller lettere psykoser. Det antydes altså en populasjon med betydelige behandlingsbehov.

Figur 10.2.1 GAS-skåre. Gjennomsnitt siste 6 måneder.

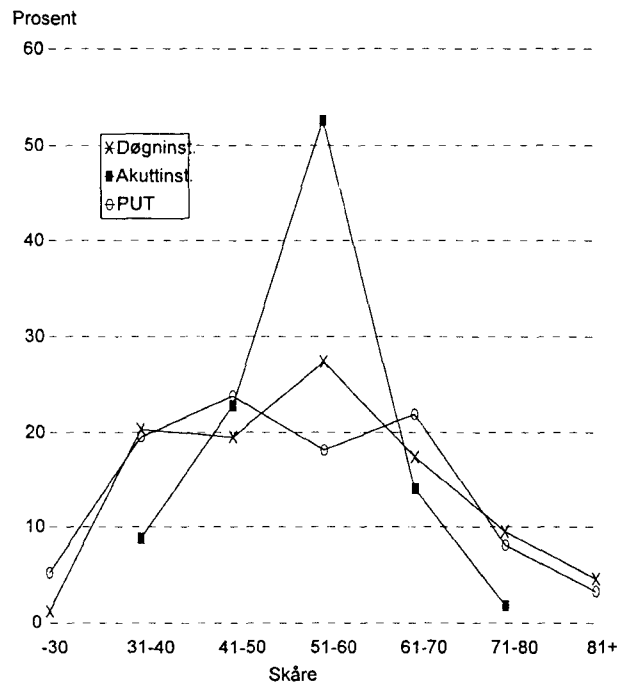


Fig1021

Figur 10.2.1 viser hvorledes skårene fordeler seg i klientgruppene. Av kurvene ser vi at det er svært få som har de alvorligste psykiske lidelsene, men det er også svært få som skåres i området for god psykisk helse (høyere enn 70). Majoriteten skåres mellom 40-60, hvor en regner med klare behov for psykologiske og psykiatriske behandlingstiltak, og

så mye som 1/5 bedømmes til området 30-40, som indikerer at personen vil ha vanskelig for å klare seg uten døgninstitusjon eller omfattende hjelpetiltak. Ungdomsteamene og døgninstitusjonene har nokså like profiler. Akuttinstitusjonen skiller seg ut ved at færre er skåret for svært god og svært dårlig psykisk helse. Vi ville ha forventet at Akuttinstitusjonen lå nær døgninstitusjonene i profil ut fra tidligere beskrevne funn og kan ikke gi noen annen forklaring på avviket enn skåringspraksis innenfor denne spesielt pressede akuttsituasjonen, der observasjonstiden også er svært kort.

10.3 Misbrukets alvorlighet (DTES Misbruksskala)

For å bruke denne skalaen trenger en opplysninger om bruksintensiteten, om graden av rusmiddeldominering og problemer i en gitt tidsperiode. I undersøkelsen har vi både bedt klientene beskrive de 6 månedene de hadde sitt mest alvorlige misbruk og de siste 6 månedene før behandlingen begynte. Tabell 10.3.1 viser DTES-skårene for den perioden klientene hadde sitt mest alvorlige misbruk fordelt på tiltakstyper og på kjønn. Tabell 10.3.2 viser bedømmelsen av perioden før behandlingen. Figurene 10.3.1 og 10.3.2 viser det samme fremstilt som kurver over skårene i gruppene.

Tabell 10.3.1. Skåring på DTES-skalaen for perioden med mest omfattende misbruk. Prosent. (N=697)

DTES-skåre	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Normal (1-3)	0	0	6	2	4	3	13
Symptom (4-6)	8	15	37	19	25	21	103
Pasient (7-9)	92	85	57	79	71	77	381
TOTAL	100	100	100	100	100	101	497
BASIS (V 110)	237	55	205	327	170	497	
% UBESVARTE	35	43	13	24	36	28.7	
Gj.snittsskåre	7.9	7.6	6.4	7.4	7.0	7.2	

Figur 10.3.1. DTES-skåre for misbruk i mest omfattende periode.

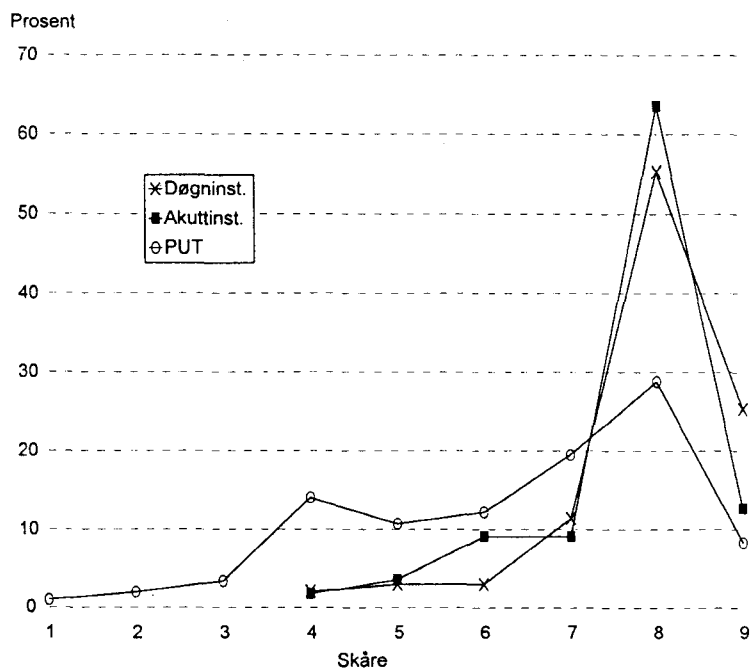


Fig1031

Av tabellen ser vi igjen at andelen ubesvarte er høy i døgninstitusjonene og særlig i Akuttinstitusjonen. Teamene ser imidlertid ut til å mestre skalabruken og gjennomføre skåringen i betydelig grad. Vi ser også at det er reelle forskjeller mellom tiltakenes klientgrupper.

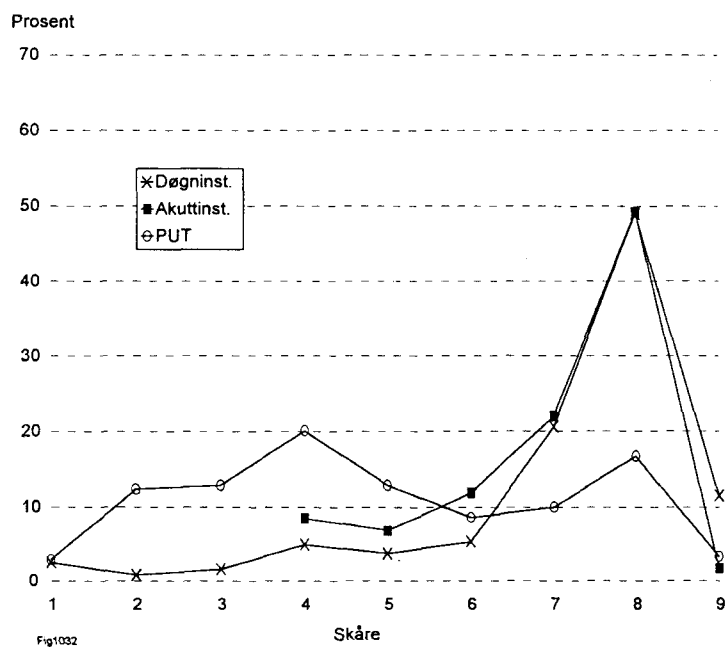
Døgninstitusjonene har skåret over 90% av sine klienter innen området 7-9, dvs. karakterisert klientene ved et svært alvorlig misbruk i den mest belastede 6 måneders perioden i misbruksforløpet. Akuttinstitusjonen ligger nær opp til dette, mens teamene har en større andel enn institusjonene i "symptomområdet", dvs. klienter som er storforbrukere eller har en kritikklos rusing.

Tabell 10.3.1. og figur 10.3.1 viser en skåring av den tiden klienten selv beskriver som mest preget av rusmiddelproblemer, mens tabell og figur 10.3.2 viser bedømmelsen av de siste 6 månedene før behandlingen startet. Ved å sammenholde skåringer innenfor de to tidsperiodene, ser vi at en stor andel klienter oppgir misbruket som alvorligere i en tidligere periode enn siste 6 måneder. Vi ser også at døgninstitusjonenes og Akuttinstitusjonens klienter beskrives med kategorier for rusmiddelbruk i skalaens avhengighetsområde, mens teamene i langt større grad har klienter i skalaens symptomområde. Vi ser også at kvinnes misbruk gjennomgående bedømmes noe mindre alvorlig enn mennenes, men variasjonene er ikke store.

Tabell 10.3.2. DTES-skåre for misbruk siste 6 måneder. Prosent.
(N=697)

DTES-skåre	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Normal (1-3)	5	0	28	11	20	14	71
Symptom (4-6)	14	27	42	27	26	27	137
Pasient (7-9)	81	73	30	62	54	59	303
TOTAL	100	100	100	100	100	100	511
BASIS (V 148)	243	59	209	333	178	511	
% UBESVARTE	34	39	11	23	33	26.7	
Gj.snittsskåre	7.2	7.0	5.0	6.5	6.0	6.3	

Figur 10.3.2. DTES-skåre for misbruk siste 6 måneder.



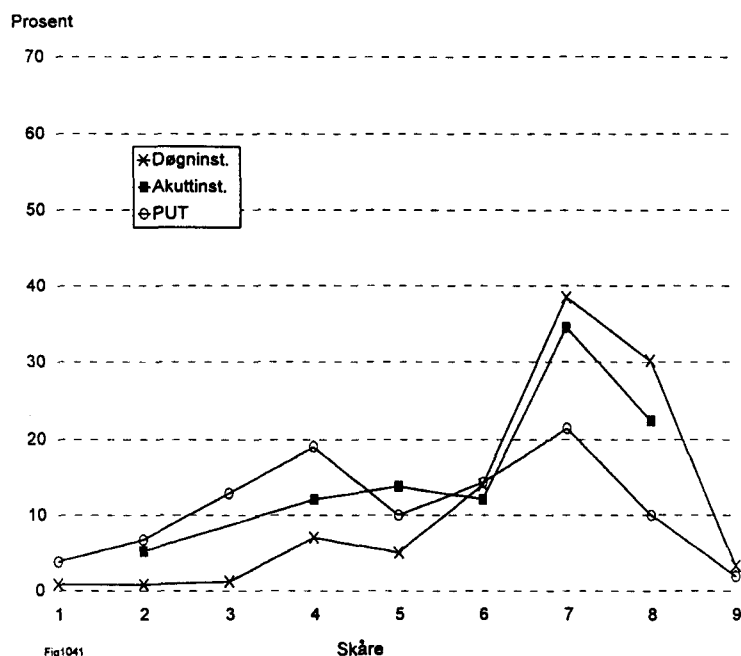
10.4 Sosial funksjon (DTES Sosial funksjonsskala)

For å skåre på denne funksjonsskalaen må en primært kjenne til hvorledes klienten mestrer arbeid/utdannelse, hvilken økonomi/inntekt tilværelsen baseres på og i en viss grad hvordan ivaretagelse av personlige behov er. Tabell og figur 10.4.1 viser hvorledes funksjonen har vært i perioden før behandlingen fordelt på de samme kategorier som ovenfor.

Tabell 10.4.1. Skåring på DTES-skalaen for sosial funksjon siste 6 måneder. Prosent. (N=697)

DTES-skåre	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Normal (1-3)	2	5	23	8	16	11	57
Symptom (4-6)	26	38	43	35	34	35	176
Pasient (7-9)	72	57	33	57	50	54	277
TOTAL	100	100	99	100	100	100	510
BASIS (V 149)	242	58	210	333	177	510	
% UBESVARTE	34	40	11	23	33	28.6	
Gj.snittsskåre	6.9	6.2	5.1	6.2	5.8	6.1	

Figur 10.4.1. DTES-skåre for sosial funksjon siste 6 måneder.



Vi ser at gjennomsnittsskårene med denne DTES-skalaen på sosial funksjon ligger noe lavere enn hva gjaldt misbruk, men en gjennomsnittsskåre på 6.1 viser likevel en populasjon med betydelig svikt symptomer. Særlig gjelder dette innenfor institusjonsgruppen, mens ungdomsteamenes klienter synes å ha større grad av sosial funksjon. Kvinner vurderes til å ha mindre funksjonssvikt enn menn. Funnene er her parallelle med misbruksskårene. En forskjell som fremkommer er den betydelige andel som skåres i normalområdet, dvs. at mange synes å ha en lite svekket sosial funksjon på tross av et reelt misbruk.

10.5 Sosial tilhørighet (DTES Sosial tilhørighetsskala)

Denne skalaen er basert på en beskrivelse av kontakten med familie og venner. Kvaliteten av kontakten trekkes også inn i skåringen. Tabell 10.5.1 og figur 10.5.1 viser vurderingen av nettverk og tilhørighet i tiden før behandlingsstart.

Tabell 10.5.1. Skåring på DTES-skalaen for sosial tilhørighet siste 6 måneder. Prosent. (N=697)

DTES-skåre	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Normal (1-3)	11	9	35	18	26	21	105
Symptom (4-6)	43	73	46	48	48	48	242
Pasient (7-9)	46	18	19	35	27	32	162
TOTAL	100	100	100	101	101	101	509
BASIS (V 150)	243	56	210	332	177	509	
% UBESVARTE	34	42	11	23	33	27.0	
Gj.snittsskåre	6.3	5.3	4.7	5.8	5.3	5.6	

Figur 10.5.1. DTES-skåre for sosial tilhørighet siste 6 måneder.

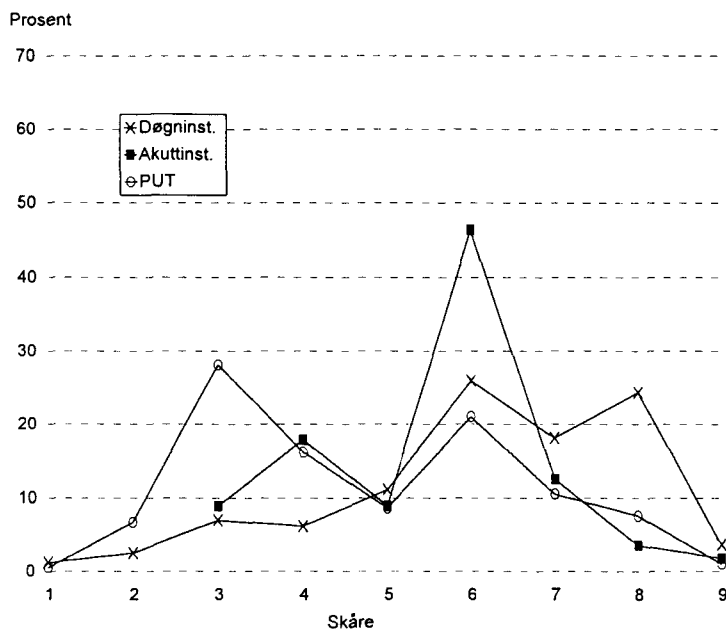


Fig1051

Tabellen viser at det på sosial tilhørighetsskalaen skåres med verdier som svarer til lavere problemgrad enn på de andre områdene. Så mye som en femtedel har normalskårer og skal altså ha et nettverk dominert av familie og ikke-misbrukende venner. Vi ser også at dette gjelder så mye som en tredjedel av teamenes klienter, mens klientene ved døgninstitusjonene og Akuttinstitusjonen i svært stor grad ser ut til å ha mistet denne tilhørigheten. Det er også noe ulike kurver over fordelingen av skårene og det kan se ut som om Akuttinstitusjonen igjen får en noe annerledes profil der klientene befinner seg mellom utstøtning og tilhørighet. Vi vil anta at skåringspraksis forklarer denne variasjonen til en viss grad slik som beskrevet under 10.2. Kvinnene synes å bevare sine kontakter i ulike miljøer noe bedre og dette avspeiler kanskje

kvinnenes større relasjonelle kompetanse, men kan nok også sees i sammenheng med funnene i de to andre skalaområdene, nemlig noe mindre tungt misbruk og større grad av sosial funksjon.

10.6 Noen konklusjoner og kommentarer

Erfaringene i forprosjektet peker mot at de valgte instrumentene er egnet til å tegne et grovt differensiert bilde av misbrukerpopulasjonen. Belastningsindeksen synes å vise at en stor andel av klientene som kommer til behandling rekrutteres fra befolkningsgrupper med betydelige og reelle belastningsfaktorer, og at dette fordeler seg nokså likt på tiltaksgrupper og kjønn.

Skalaen for psykisk helse viser en gruppe med omfattende psykiske vansker, særlig i området for angst, depresjon og personlighetsvansker. Her ser det ikke ut til å være klare skiller mellom de gruppene vi har undersøkt. Funnet står i kontrast til at andelen institusjoner med kompetanse i behandling av psykiske vansker er lav og et lite utstrakt samarbeid med Psykisk helsevern på registreringstidspunktet. Misbrukskalaene viser at gruppen har et svært alvorlig misbruk både i perioden før inntak og spesielt i den mest belastede 6 måneders perioden i misbruksforløpet. Skalaene ser ut til å skille grovt mellom klientgruppene profiler på en konsistent måte som svarer til forventete forskjeller mellom på den ene siden døgninstitusjonene, som tar til behandling klienter med størst rusproblemer, betydeligst funksjonssvikt og størst grad av sosial utstøtning, og på den annen side ungdomsteamene, som også skal arbeide med de yngre som ikke er kommet så langt i misbruksutviklingen. Helseproblemene og bakgrunnsbelastning-

en er lik, men konsekvensene i form av misbruk og sammenbrudd i funksjon er ulik.

Forprosjektet viser imidlertid også problemer i bruk av DTES og GAS skalaer. Allerede i forberedelsene ga mange uttrykk for at de var vanskelige å benytte. Dette har blitt bekreftet ved at svarprosenten til dels er lav. I tilbakemeldingene sies det at Akuttinstitusjonen ofte har klientene inne for kort tid til at de får godt nok grunnlag for skåring. Mange av døgninstitusjonene har formidlet at de ikke har den kompetanse som forutsettes for å skåre pålitelig. Teamene har derimot både brukt skalaene, problematisert bruken og også gitt tilbakemelding om at de kan være klinisk nyttige. En konklusjon er at disse instrumentene best egner seg der det er terapeutisk kontakt over noe tid. I døgninstitusjonene forutsetter bruken mer omfattende opplæring og skolering av de ansatte.

Det er altså betydelige problemer med å inkludere slike skalaer i et standard registreringsinstrument når undersøkelsen skal omfatte såvidt mange og ulike tiltak. Noen fordeler er det likevel. Funnene i undersøkelsen er konsistente med forventete kliniske bilder og kjente forskjeller mellom gruppene av klienter. Dette skulle styrke en vurdering av innholdsvaliditeten. Det ser også ut til at skalaene måler noe ulike sider av misbruksproblemene til klientene. De kan derfor også stå i forhold til ulike behandlingsmål og synes også å kunne tydeliggjøre ulike behandlingsbehov.

Et uavklart problem er reliabiliteten. Siden såvidt mange av skårerne angir usikkerhet i bruken eller i kjennskap til skåringsgrunnlaget, bør en

kunne forvente reliabilitetsproblemer. I en undersøkelse for forskningsformål bør en inkludere en grundig reliabilitetsvurdering f.eks med flere uavhengige skårere. Brukt som evalueringsinstrument med det formål å gi kunnskap om klientene i egen institusjon, er dette problemet likevel ikke så stort hvis det er en rimelig intern konsistens i skalabruken gjennom evalueringen. Det kan overkommes ved at en vinner erfaring med bruken av skalaene.

11. BEHANDLING OG UTSKRIVING

Undersøkelsen omfatter også spørsmål vedrørende inntak, tidligere behandling, behandlingsinnhold, utskriving og situasjon ved utskriving.

11.1 Inntaket/Innleggelsen (Tabell 11.1.1 - 11.1.3 i vedlegg)

Vi har undersøkt om klienten kom første gang til behandlingstiltaket eller om de er flergangsbehandlet ved samme tiltak. Mer enn 7 av 10 (74%) kommer for første gang. Ytterligere 18% har vært der en eller to ganger før. Åtte prosent har vært enda flere ganger. Det er ingen forskjell mellom kjønnene, men fordelingen i tiltakstypene er ulik. Ungdomsteamene har registrert 79% førstegangsbehandlete og bare 3% med mer enn 2 tidligere behandlingsperioder. Langtidsinstitusjonene har i noe større grad flergangsbehandlete, men deres gruppe likner ellers mye på teamenes. Det er i første rekke Akuttinstitusjonen som ofte tar imot samme klient mange ganger. Disse funnene svarer delvis til Akuttinstitusjonens rolle i behandlingsapparatet. Man kan imidlertid ha grunnlag for å reise spørsmål ved den lave grad av reinnleggelser generelt ved døgninstitusjonene i forhold til at mange institusjoner har som del av sin målsetting å forankre et behandlingsforløp over svært lang tid.

Er så pasientene kommet frivillig til behandling eller ved bruk av formell tvang? I undersøkelsesperioden var de aktuelle tvangshjemlene de som fantes i Lov om psykisk helsevern, Lov om edruskapsvern eller Lov om barnevern. Dessuten kunne innsatte søke om overføring til behandling etter Fengselslovens §12 og §32. Av de institusjonene som er med i undersøkelsen, kunne bare Akuttinstitusjonen formelt sett bruke

Lov om psykisk helsevern og ingen kunne bruke Lov om edruskapsvern. Det er derfor et naturlig funn at innleggelsene nesten utelukkende har skjedd uten formell tvang. To prosent ble innlagt etter barnevernsloven og ingen etter de andre lovhjemlene.

Derimot er det ganske mange overføringer fra fengslene. I alt er det registrert at 55 klienter ble tatt inn i behandling som overført fra fengsel for soning etter §12. Dette er 8% av alle, og de søkes til døgninstitusjonene, som har fått 15% på denne måten. Innslaget er derfor ikke ubetydelig i enkelte av tiltakene. Akuttinstitusjonen og ungdomsteamene skal ikke ta inn klienter etter §12.

11.2 Tidligere behandling (Tabell 11.2.3 - 11.2.7 i vedlegg)

Selv om undersøkelsen har registrert en klar overvekt av førstegangsinnntak, kan mange ha vært behandlet tidligere i andre institusjoner. Vi har derfor også sett på omfanget av tidligere behandling i andre tiltak. Vi får da et bilde av en populasjon med omfattende behandlingserfaring, slik det fremgår av tabell 11.2.1 hvor vi har satt sammen indikatorer fra tabellene i vedlegget. Prosentbasis varierer noe.

Tabell 11.2.1. Tidligere behandling. Prosent*

Indikatorer	Døgn-institu- sjon	Akutt-institu- sjon	Psykiat. ungd. team	Menn	Kvin- ner	Alle	
Tidligere i noen poliklinisk kontakt	57	71	72	60	69	64	
Tidligere i noen institusjon	78	85	50	70	70	70	
Første gang i institu- sjon før fylte 20 år	27	32	24	23	32	27	
Mer enn 2 ulike poli- kliniske kontakter	12	9	25	15	19	17	
I mer enn 2 ulike institusjoner	48	60	25	41	42	42	

* Prosentbasis og andel ubesvarte fremgår av tabellene 11.2.3 - 11.2.7 i vedlegg.

Vi ser at mer enn 6 av 10 har hatt en eller flere polikliniske kontakter før og 7 av 10 har vært innlagt i institusjon tidligere. Det er viktig å presisere at spørsmålene som lå til grunn for tabell 11.2.1 var: "Ved hvilke steder har du de siste 3 år fått poliklinisk behandling for rus-middelproblemer, nervøse problemer eller atferdsproblemer?" Et like-lydende spørsmål er stilt for institusjonsbehandling. Selv om spørsmålet har en tidsbegrensning, må man nok anta at det kan ha vært vanskelig å skille disse tre årene innenfor en lengre karriere.

Gjennomsnittsalderen ved den aktuelle behandlingsperioden er som tidligere anført 27-29 år. Vi ser at mer enn 1 av 4 har vært innlagt i institusjon før fylte 20 år. Det er liten forskjell mellom kjønnene. Akuttinstitusjonens gruppe synes å ha et særlig høyt antall tidligere

behandlingskontakter, ungdomsteamene har stor andel som har vært behandlet poliklinisk tidligere, mens både døgninstitusjonene og Akuttinstitusjonen har svært høy andel med tidligere innleggelser.

Dette dreier seg ikke bare om én tidligere behandlingsperiode. Tabell 11.2.2 viser antall forskjellige institusjoner den enkelte har erfaring fra. Vi ser at 1 av 5 har vært innlagt i 3-4 institusjoner og mer enn 1 av 10 har vært i 5 eller flere. Det kan se ut som om mennene har vært innlagt noen flere steder og funnet er særlig tydelig for døgnavdelingene og for Akuttinstitusjonen.

Tabell 11.2.2. Antall institusjoner klienten har vært innlagt ved i alt. Prosent (N=697)

Antall	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	21	16	50	30	30	30	173
1-2 institusj.	41	41	28	37	37	37	213
3-4 "	24	25	15	19	25	21	122
5 el.flere	14	18	7	14	8	12	69
TOTAL	100	100	100	100	100	100	577
BASIS (V 128-9	319	68	190	362	215	577	
% UBESVARTE	13	29	19	16	19	17.2	

Vi ser altså at mens det er forholdsvis få som tidligere har vært innlagt i eller behandlet ved samme tiltak, har majoriteten blitt behandlet andre steder tidligere, og svært mange i flere typer tiltak. Faktisk har så mange som 10% vært innlagt 10 eller flere ganger og ytterligere 32% har vært

innlagt fra 3 til 9 ganger. Dette gjelder igjen i særlig grad Akuttinstitusjonens og døgninstitusjonenes klienter.

Bare nærmere forskning kan si noe om hvorvidt disse oppholdene har vært nyttige. Det som umiddelbart fremgår, er at det er betydelige behov for informasjon og kontinuitet mellom tiltakene.

11.3 Oppholds- og behandlingstid

Undersøkelsen omfatter spørsmål om tid i institusjonen eller i den polikliniske behandlingen. Vi har også spurt klienter i poliklinisk behandling om antall konsultasjoner.

Når det gjelder behandlingstidens lengde, må resultatene av denne delen av undersøkelsen tolkes med stort forbehold. For det første er det gjennom registreringen avdekket at behandlingsavslutning defineres ulikt, særlig der hvor behandlingssystemet består av flere faser eller behandlingstrinn. De polikliniske teamene har dessuten et annet forhold til utskriving enn institusjonene både pga. refusjonsordning og fordi behandlingsprosess og forløp er annerledes. Sammenligninger mellom behandlingstid i tiltakene har derfor begrenset verdi. Vi velger allikevel å angi tid i behandling slik det fremgår av tabell 11.3.1. Tabellen bygger på det antall behandlingsopphold der det har vært mulig å beregne behandlingstidens lengde på grunnlag av dato for behandlingsstart og avslutning. Det betyr at opphold som ikke var avsluttet eller hvor en av datoene manglet ikke er med i denne tabellen.

Tabell 11.3.1. Behandlingstidens lengde i antall uker.

	Antall inntak	Korteste tid	Lengste tid	Gj.snitts-tid
Døgninstitusjonene	398	0	187	24
Akuttinstitusjonen	127	0	3*	1
Ungdomsteamene	201	0	203**	33

* Et opphold på 14 og et på 19 uker er utelatt

**Et opphold på 455 uker er utelatt.

Materialet viser at det er store variasjoner i behandlingstid. Akuttinstitusjonen, som tar klienter til avrusning, har naturligvis kort liggetid med et gjennomsnitt på en uke. Døgninstitusjonene hadde et gjennomsnitt på 24 uker, med en variasjon fra gjennomsnittlig 15 til 39 uker for de enkelte tiltak. De psykiatriske ungdomsteamene har et gjennomsnitt på 33 uker, altså nesten 2/3 år. Variasjonen i gjennomsnittet var her fra 24 til 56 uker for de tre teamene. Begrepsdefinisjoner og praksis innenfor teamene er imidlertid heller ikke entydige, slik at det er stor grad av usikkerhet knyttet til dataene.

Behandlingstiden sett i forhold til det registrerte antall konsultasjoner klientene har fått i den polikliniske behandlingsperioden antyder at klienten kan være innskrevet over en lang periode med lav frekvens av samtaler. Vi har oppgaver for 208 av de polikliniske behandlingene. Av disse har 15% bestått av 1 konsultasjon, 12% av 2 konsultasjoner, og 9% av 3 konsultasjoner. I så mye som 48% er det gitt (eller mottatt) 5 eller færre behandlingstimer. Så få konsultasjoner avspeiler enten en krise-

intervensjon eller en behandling som er blitt avbrutt svært tidlig, eventuelt en rådgivningsoppgave. I 18% av behandlingene var det brukt fra 6 - 10 behandlingstimer og i 18% fra 11 - 20. Over 20 konsultasjoner var benyttet i 15% av alle de polikliniske inntakene. Behandlingstidens lengde har i gjennomsnitt vært på 33 uker. Dette avspeiler at få har møtt til regelmessige samtaler over tid.

Det er ikke mulig på grunnlag av disse registreringene å si mye om behandlingen. Vi har sett at svært mange av klientene har store og sammensatte rusproblemer, betydelige personlige problemer og omfattende vansker i forhold til utdanning og arbeidsliv. På denne bakgrunn er det ønskelig med lengrevarende og kontinuerlige behandlingskontakter samtidig som en vet at klientenes behandlingsmotivasjon er svingende og evne til stabil oppfølging svært varierende. Oppholdstidene i døgninstitusjonene synes ut fra en ideell målsetting i gjennomsnitt korte. Når det gjelder de polikliniske arbeidsformene, er periodene lengre, mens regelmessigheten og intensiteten i den polikliniske kontakten kan for en andel av klientene synes liten.

11.4 Behandlingsinnhold

Innhold i behandlingen ble undersøkt ved spørsmål om hvilke av 14 ulike behandlingsformer som var benyttet overfor den enkelte klient. Vi vil anta at det er variasjoner i hvordan en del av begrepene er forstått. Forklaringer og presiseringer vedrørende svaralternativene var ikke gode nok. Tabell 11.4.1 antyder likevel et grovt bilde av hva de ulike tiltak har lagt vekt på i behandlingen. De behandlingsformer klienten har fått tilbud om, gjenspeiler i noen grad tiltakets karakter. Tabellen viser andelen som svarte bekreftende på å ha mottatt de ulike behandlingsformer. Svarprosenten varierte en del for de ulike tiltakene. I døgninstitusjonene varierte prosentbasis fra 264-282 med andel ubesvarte på 24-28%, i Akuttinstitusjonen var prosentbasis fra 84-86 og andel ubesvarte

10-12%, mens teamene hadde en prosentbasis varierende mellom 179-207 og en andel ubesvarte mellom 12-24%. For kjønnene lå andelen ubesvarte på rundt 20%.

Tabell 11.4.1 Innhold i behandlingen.* Prosent.

Type behandling	Døgn- inst.	Akutt- inst.	Ungd. team	Menn	Kvinner	Total
Økonomisk hjelp	42	2	18	28	28	28
Hjelp til bolig/arbeid	31	4	32	26	30	27
Pedag.hjelp/rådgivning	71	10	21	48	39	45
Forskrevet medikamenter	13	86	14	21	32	25
Somat.utredn./behandling	61	26	10	39	37	38
Individuell støtteterapi	83	48	73	75	73	74
Innsiktsor.psykoterapi	37	-	14	25	21	23
Parsamtaler	47	16	15	31	31	31
Familiebehandling	30	1	13	24	12	20
Gruppebehandling	93	2	1	53	41	48
Ressurskartl./yrkesveil.	76	6	29	56	39	49
Sosialt nettverk/fritid	81	6	25	54	44	50
Utredning, planlegging	77	48	69	72	65	70
Attføringsopplegg	36	1	22	27	25	26

*Refererer seg til spørsmålene 203-216 i inntaksskjemaet. Grunntabellene er ikke tatt med i rapporten.

Den vanligste behandlingstilnærming for tiltakene samlet var individuell støtteterapi. Hva som dekkes av dette begrepet vil variere fra ordinære samtaler til mer regelmessig og strukturert samtaleterapi over tid. Vi ser at denne individrettede formen var forholdsvis utbredt ved alle typer tiltak, mest ved døgninstitusjonene og ungdomsteamene. Utredning og planlegging inngikk også ofte i behandlingstilbudet for klientene ved de fleste tiltak. For øvrig var det tildels store variasjoner.

Døgninstitusjonene benyttet seg i større eller mindre grad av hele spekteret av metoder med vekt på gruppebehandling, arbeid med klientens sosiale nettverk og fritidsaktiviteter, pedagogisk hjelp og rådgivning, somatisk utredning eller behandling. De andre tilbudene, som familiebehandling, psykoterapi, attføring og ettervern, var mer avhengig av det enkelte tiltakets behandlingsprofil. Akuttinstitusjonen skilte seg ut med hyppig forskrivning av medikamenter, noe som er naturlig sett på bakgrunn av klientenes tilstand ved inntak og institusjonens behandlingstilnærming. De fleste trengte avrusning og oppholdet var vanligvis så kortvarig at det ikke ble anledning til annet enn samtale, eventuelt utredning og viderehenvisning. De psykiatriske ungdomsteamene derimot har vanligvis klientene i behandling over et lengre tidsrom og kan i større grad legge opp behandlingen etter klientenes ønsker og behov. Ved siden av ulike former for individualterapi, synes teamene å gå inn i klientens praktiske situasjon og arbeide med eventuelle økonomiske problemer, gi hjelp i forbindelse med bolig eller arbeidssituasjonen, foreta ressurskartlegging og gi yrkesveiledning, se på det sosiale nettverk og bistå ved eventuelle attføringstiltak.

Ungdomsteamene kommer ut med en lavere andel psykoterapi og familiebehandlinger enn døgninstitusjonene. Dette kan synes overraskende ut fra teamenes sterke fagkompetanse. Funnet kan avspeile en mer

kritisk holdning til begrepene eller disse arbeidsformene kan reelt være mindre benyttet. Tallene for familiebehandling kan eventuelt antyde vanskene med å rekruttere familier til poliklinisk behandling. Kortvarig og lite kontinuerlig kontakt kan også gjøre det vanskelig å komme i gang med familiebehandling og psykoterapi.

Når det gjelder behandlingsinnhold og kjønn, er det ingen vesentlige forskjeller. Denne måten å spørre på gir ikke indikasjoner på at tiltakene nyanserer behandlingsinnholdet etter kjønnsdimensjonen.

11.5 Utskrivingen

Skjemaet inneholdt 3 spørsmål som gjaldt forholdene omkring utskrivningen (behandlingsavslutningen for teamene). Tabell 11.5.1 viser hvorledes utskrivningen skjedde.

Tabell 11.5.1. Type utskrivning. Prosent (N=613) *

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Gjens.avtale	21	64	36	30	36	32	173
Mot pers.råd	41	16	1	27	23	25	135
Uteblitt	16	2	39	20	21	21	111
Utvist	15	5	0	9	8	9	47
Annen inst/beh	3	11	14	8	8	8	43
Annet	3	1	9	6	4	5	26
TOTAL	99	99	99	100	100	100	535
BASIS (V 218)	287	87	161	342	193	535	
% UBESVARTE	16	9	8	11	16	12.7	

*De som ikke var utskrevet, 84 personer, er utelatt i tabellen.

Vi ser at omtrent en tredjedel av utskrivingene skjer i forståelse mellom klient og behandler i materialet som helhet. Akuttinstitusjonen har den største andelen utskrivinger på bakgrunn av gjensidig avtale, 64%. Dette er som forventet, da Akuttinstitusjonen har svært korte og avgrensede opphold og mange av inntakene er ledd i en allerede planlagt langtidsbehandling. De psykiatriske ungdomsteamene rapporterer at 39% av behandlingene er avsluttet fordi klienten har uteblitt, mens 36% er avsluttet etter gjensidig avtale. Når det gjelder døgninstitusjonene, ser vi at 41% av behandlingene avbrytes mot personalets råd og at denne andelen, i tillegg til dem som har uteblitt eller blitt utvist, er svært høy. Kun 21% oppgis å ha blitt skrevet ut som planlagt. Fordi vi ikke har full dekningsgrad på institusjonsmaterialet og således ikke kjenner alle inntak i registreringsperioden, må man her ta forbehold om at klienter kan ha reinnleggelser og fortsette behandlingen uten at dette kommer frem i vårt materiale. Tallene på avbrutte behandlinger både i polikliniske tiltak og spesielt i døgninstitusjonene er imidlertid såvidt høye at de må avspeile reelle vansker i møte mellom klient og behandlingstiltak. En videre problematisering av dette funnet må bla sees i forhold til beskrivelsene av klientpopulasjonens belastningsgrad. Man bør også undersøke nærmere behandlingstiltakenes innhold og målsettinger og vurdere særtiltakenes rolle innenfor en helhetlig helse- og sosialomsorg.

Tabell 11.5.2 viser klientenes oppholdssted ved utskriving. Førtitre prosent av alle har eget fast bosted ved utskriving, mens 16% oppgir å ikke ha noe sted å bo. Mange skrives enten ut til midlertidige bosituasjoner eller til foreldre. Vi har sett dette i forhold til type utskriving og finner da at de som avbryter behandlingen mot behandlers råd, dropper ut eller blir utvist blir betegnet som bostedsløse i 28% av tilfellene (N=287) mot i 4% ved planlagte utskrivinger (N=171). Akuttinstitusjonen skriver oftest sine klienter ut til andre behandlingsinstitusjoner slik målsettingen

er. Kvinner har i større grad eget fast bosted, mens menn oftere bor i foreldrehjemmet.

Tabell 11.5.2. Klientenes oppholdssted ved utskriving.
Prosent (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Intet/hospits	21	13	11	19	11	16	98
Eget fast bost	44	28	48	36	54	43	262
Foreldre/slekt	12	8	20	17	10	14	86
Midl.t.muligh.	4	2	5	4	4	4	25
Behandl.inst.	3	44	6	9	10	10	59
Hybel/bokoll.	5	6	3	4	5	4	26
Fengsel	6	0	2	6	0	4	22
Ikke utskrevet	6	0	6	5	6	5	32
TOTAL	101	101	101	100	100	100	610
BASIS (V 219)	304	87	219	382	228	610	
% UBESVARTE	17	9	7	12	14	12.5	

Tabell 11.5.3 viser hva klienten skal beskjeftige seg med etter avsluttet behandling og avdekker også store uløste problemer. Over halvdelen er uten planlagt beskjeftigelse. Ti prosent har fast arbeid og 10% skoleplass, mens 7% har plass i arbeidsmarkedstiltak, til sammen 27%. Når vi ser beskjeftigelse i forhold til type utskriving, finner vi at 70% av klientene som avbryter behandlingen (N=259) blir rapportert å være uten beskjeftigelse, mot 36% ved planlagte utskrivinger (N=171).

Tabell 11.5.3. Har klienten arbeid eller skoleplass ved
utskriving. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	56	61	41	49	55	51	298
Uføretrygd	4	4	2	4	3	3	19
Arb.m.tiltak	7	2	8	8	4	7	38
Vanlig arbeid	7	5	17	11	10	10	61
Skoleplass	10	7	12	9	13	10	60
Til fengs/inst	5	19	9	11	5	9	51
Annet	5	2	4	4	5	4	24
Ikke utskr/avs	7	0	7	5	6	6	34
TOTAL	101	100	100	101	101	100	585
BASIS (V 220)	279	84	222	364	221	585	
% UBESVARTE	24	13	6	16	17	16.1	

11.6 Konklusjoner

Denne delen av undersøkelsen er preget av vanskene med å innhente systematiske og pålitelige data. Spesielt gjelder dette behandlingstidens lengde. Vi har ikke full oversikt over i hvilken grad reinntak er registrert og vi vet at institusjonene har ulik praksis når det gjelder å definere reinntak etter korte perioder ute av behandling. Forskjellig vurdering av når behandlingsavslutning defineres innenfor døgninstitusjonssystemene gjør sammenligning mellom institusjonstiltakene vanskelig og mål for behandlingstidens lengde usikre. Det er også ulike formelle avslutningsprosedyrer innenfor ungdomsteamene og sammenligninger mellom tiltaksgruppene er av begrenset verdi fordi behandlingsmålsettinger er så forskjellige.

Ut fra materialet synes det imidlertid som om klientene i stor grad kommer til det enkelte tiltak for første gang, samtidig som de har hatt svært mange andre behandlingstiltak tidligere. Behandlingsperiodene avsluttes i døgninstitusjonene spesielt ofte med dropout, noe som preger data vedrørende avslutningssituasjonen. Internasjonale funn synes å vise lignende tendens.

Det kan antydes fare for at klientene får bekreftet sine nederlag eller lærer å forholde seg uforpliktet til behandlingstiltakene. Det er tilsvarende nærliggende at behandlerne blir pessimistiske.

Analyser av behandlingsinnhold i forhold til bakgrunnsbelastninger og situasjonsbeskrivelser ved inntak kan si noe om graden av individuell tilretteleggelse av behandling. Vi vil komme tilbake til disse spørsmålene i bearbeidingen av hovedprosjektmateriale. Behovet for å differensiere behandlingstilbud er aktuelt å drøfte. Ut fra tendensene vi kan se av

forprosjektet, synes det å være behov for mer avgrensede målsettinger med behandlingsperiodene slik at muligheten for å avslutte på en konstruktiv måte kan øke. Det synes å være behov for forsterket vekt på rehabiliterende innsatser og at ungdomsteamene bør ha en sentral plass i forhold til kontinuitet og langsiktighet i behandling og befestelse sine strategiske roller i samspillet mellom førstelinjetjeneste og en differensiert annenlinjekompetanse.

12. SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

Denne rapporten redegjør for forprosjektet til en norsk landsomfattende studie av klienter som henvender seg og som blir tatt inn i behandling for stoffmisbruk. Hensikten med forprosjektet har i første rekke vært metodeutvikling og utprøving av instrumentene i en slik undersøkelse. Rapporten har derfor lagt vekt på å redegjøre for prosjektutviklingen og de erfaringene som er gjort. Det er sagt noe om metodene som er brukt i kontakten med tiltaksapparatet og de konsekvenser vi har trukket i forhold til de valgte instrumentene. Forprosjektet omfatter bare Oslo-tiltak.

En toårig datainnsamling har skaffet informasjon om en større gruppe klienter i behandling enn noen annen tidligere norsk undersøkelse. Materialet har derfor selvstendig interesse, og rapporten beskriver en del av de funnene som er gjort. Det er kun foretatt enkle dataanalyser og man har foreløpig i begrenset grad gått inn i utdypende tolkning av materialet. Funnene må også sees i lys av at data er innhentet i en prosess med metodeutvikling og de er derfor forbundet med en del usikkerhet.

Den nasjonale studien har stor likhet i metoder og tilnærming. Der hvor forprosjektet og hovedundersøkelsen gir likeartede resultater, vil funnene få større tyngde.

12.1 Forprosjekt

Kapittel 2-4 beskriver utviklingen av prosjektet og bedømmer hensiktmessighet av arbeidsform og metoder. Noen av de sentrale erfaringene

er at en må legge betydelig vekt på metodisk stringens i utarbeidelsen av et standard kartleggingsinstrument og på motivasjon, opplæring og oppfølging av de tiltakene som skal være med i en slik undersøkelse.

Det var nedlagt et stort arbeid av klinikere og forskere i dette første forsøket på å forme et basisskjema for mange ulike behandlingsenheter. Gjennom forprosjektet viste det seg at skjemaet var for stort for tiltak med presset arbeidssituasjon og kort behandlingstid slik som akutttiltak, og for tungt å bruke for tiltak med en sårbar inntaksfase slik som polikliniske team. Skjemaet ble derfor både forenklet og delt inn mer hensiktsmessig til den landsomfattende datainnsamlingen. Det ble dessuten utarbeidet et forkortet skjema for akuttenheter. Introduksjonen av et standard instrument har gitt et levende bilde på hvor vanskelig det er å fange inn en behandlingsvirkelighet i fastlagte svaralternativer. Vår erfaring er at det krever en omfattende kjennskap til behandlingsvirksomhet for å sikre en forsvarlig tolkning av materialet fra en slik undersøkelse.

12.2 Materialet

Forprosjektmaterialet består av 2896 henvendelser for 1537 personer. Henvendelsene førte til 999 inntak som gjaldt 697 personer. Det samlede materialet er stort. Dekningsgraden for Akuttinstitusjonens og for de psykiatriske ungdomsteamenes inntak er høy i forhold til den reelle registreringsperiode på hhv seks måneder og et kalenderår. For døgningstitusjonene er dekningsgraden i gjennomsnitt lavere og varierer tiltakene i mellom. Her strekker registreringen seg over en toårs periode. Representativiteten vurderes til å være god i materialet fra Akuttinstitusjonen og de polikliniske teamene, mens det er usikkerhet knyttet til

representativiteten i døgninstitusjonsmateriale. Datakvaliteten er skiftende.

12.3 Henvendelser om behandling

Kapittel 5 redegjør for de funnene som berører henvendelsene til behandlingsapparatet og hvorledes de blir saksbehandlet. Noe under 2 av 3 henvendelser har ført til inntak. Hovedproblemet er lokalisert til langtids døgnbehandling hvor avslagsprosenten antyder kapasitetsproblemer. Ut fra de få variablene vi kan sammenligne, er det vanskelig å se forskjell på klienter som blir tatt inn i tiltaksapparatet og søkere som blir avslått. Vi finner få tegn på at klienter henvender seg mange steder.

Få søknader blir viderehenvist. Det kan synes som om samarbeidet behandlingstiltakene i mellom ikke er godt nok på undersøkelsestidspunktet for å sikre klienten tilgang til behandling og i forhold til et overordnet felles ansvar for en hel klientpopulasjon. Det er en høy andel som selv henvender seg for hjelp. Det avspeiler i stor grad at mange tiltak krever egenaktivitet, men det kan også vise at det er ønskelig med mer systematiske innsatser fra det primære hjelpeapparatet.

I videre undersøkelser blir det viktig å få bedre datagrunnlag til å kunne beskrive samspillet mellom tiltakene og kontinuiteten i arbeidet med den enkelte klient. Henvendelsesbildet er dessuten preget av ulik praksis i de forskjellige tiltakene. Det kan være grunnlag for å undersøke hensiktsmessigheten av dette nærmere.

12.4 Klientene

Kapittel 6-8 beskriver den sosiale og personlige bakgrunnen til klientene som er tatt imot til behandling og om klientgruppene fordelt på tre ulike tiltakstyper varierer i vesentlig grad. Vi har valgt å skille mellom døgn-institusjoner, akutttiltak og polikliniske behandlingstilbud. Kjønnsskjellene er også vurdert. Videre undersøkes utviklingen i klientenes rusmiddelbruk og hvilke rusmiddelrelaterte problemer de har.

Undersøkelsen tegner et bilde av en klientgruppe som svært tidlig har møtt et vanskelig liv og tidlig er kommet i konflikt med utdanningssamfunnet. Misbrukerne har betydelige psykiske og psykososiale vansker og har liten arbeidslivserfaring. Samlet peker undersøkelsen mot nødvendig vekt på forståelse og bearbeiding av disse vanskene og på rehabiliteringsaspektet. Det er tegn på at kvinner og menn kan ha noe ulike behandlingsbehov. Flere funn peker mot betydelig grad av selvdestruktivitet. Risikoatferden i forhold til HIV-smitte er betenkelig høy og indikerer ytterligere behov for forebyggende tiltak. Ti prosent oppgir at de er HIV-smittet.

Undersøkelsen viser som ventet at rusmiddelkarrieren har startet tidlig. Tobakk og alkohol kommer først. Deretter går veien videre med bruk av cannabis, så beroligende midler og senere amfetamin og opiater. Sprøytebruken har i gjennomsnitt begynt ved 17,5 års alder. Tiden fra debut til regelmessig bruk kan synes kort for tobakk og for illegalt stoff, mens bruksutviklingen av alkohol tar lenger tid. Jentene begynner tidligere med illegale stoffer enn guttene, mens guttene begynner tidligere med tobakk. Overgangen fra barndom til ungdomsalder er en kritisk fase i forhold til misbruksutvikling. Det er et tidsintervall mellom debut og regelmessig bruk, og debatten om forebyggende innsatser bør reises med

full styrke.

12.5 Tilstand før behandling og vurderingsskalaer

Undersøkelsen kartlegger klientenes situasjon siste halvår før behandling. Det er et bevisst valg å ta utgangspunkt i en såvidt lang periode. Klienten kommer ofte til behandling i en spesielt krisepreget situasjon og dette gjør det nærliggende å vurdere behandlingseffektene for høyt. Det ble lagt vekt på konkrete beskrivelser i forhold til bruk av rusmidler og av sosiale forhold relatert til misbruk som sosial funksjon og sosialt nettverk. Evalueringsinstrumentene er Eggert Petersens belastningsindeks, GAS (Global Assessment Scale) og DTES (Drug Taking Evaluation Scale).

Konklusjonen er at gruppen som helhet har et betydelig misbruk, særlig av opiater og cannabis, men også at det er store variasjoner både når det gjelder type misbruk og grad av rusfrie perioder siste halvår. Variasjonene er såvidt store at svært presise standardmetoder er nødvendig om en ønsker å kunne sammenlikne undersøkelser. Det viser seg også at det er en fordel å bruke gjennomsnittsfunksjonene over en såvidt lang periode før undersøkelsen. Denne måten å spørre på harmoniserer status mot et nivå mer typisk enn dårligste periode.

De valgte instrumentene har både sterke og svake sider. Belastningsindeksen viser en gruppe med store bakgrunns- og situasjonsvansker. Det går frem at klientene i de ulike tiltakstypene har omtrent samme bakgrunnsbelastning, mens rusmiddelbelastningen ved inntaket har vært mindre i de polikliniske tiltakene. Det er likevel uklart hvilke av faktorene i indeksen som har prediktiv verdi og altså er nødvendige i en slik

undersøkelse. De valgte skalaene, GAS og DTES oppleves av mange behandlere som vanskelige. I akutttiltakene synes de å være lite brukbare fordi behandlerne ikke blir godt nok kjent med klientene. Døgninstitusjonene synes å trenge mye opplæring for å oppnå en trygg skåring. Skalaene er i størst grad benyttet i de psykiatriske ungdomsteamene. Svarprosenten er imidlertid lav på flere av skåringene og reliabiliteten er usikker.

12.6 Behandlingen

Vi har sett på reinnleggespraksis og tidligere behandlingsopphold, behandlingstidens lengde, behandlingsinnhold og situasjon ved utskriving. En del av dataene knyttet til behandlingen, ikke minst til behandlingstidens lengde, er usikre. Det er lite entydige definisjoner av behandlingens avslutning både innenfor døgninstitusjoner og innenfor polikliniske tiltak. Her bør videre undersøkelser ta sikte på begrepsavklaringer og fremme forslag om større grad av likhet i utskrivingsprosedyrer.

Det er en høy andel klienter som ikke har planlagte utskrivinger og en tilsvarende ustabil situasjon etter behandling. Forholdsvis få kommer tilbake til samme tiltak, mens en stor andel har vært i andre behandlingsinstanser tidligere. Vi har antydnet behov for større grad av samarbeid mellom tiltakene med formål å skape kontinuitet og langsiktig plan i behandlingen for den enkelte.

12.7 Overgang til hovedprosjektet

Ved overgangen til hovedprosjektet hadde vi nyttige erfaringer å arbeide videre ut fra. Planleggingen av den landsomfattende datainnsamlingen foregikk imidlertid parallelt med siste års registrering i forprosjektet, slik at man hadde ikke en vurdering av et samlet materiale som grunnlag. Forarbeidene til den nasjonale studien var derfor preget av en mangelfull empirisk kunnskap om svakheter ved kartleggingsinstrumentet ut fra analyser av materialet. Behandlernes erfaringer med bruken av basisskjemaet og deres inntrykk av gjennomføringen ble imidlertid nøye gjennomgått og problematisert. Entusiasmen og ønsket om en fortsatt systematisk registrering av klientpopulasjonen og klientadministrative rutiner både for klinisk nytte og for evalueringsformål var tilstede kanskje i særlig grad blant døgninstitusjonene. Den bevisstgjøringsprosess som ble formidlet var et bærende element i forberedelsen til hovedprosjektet.

REFERANSER

Holsten F. *Forløpet ved stoffmisbruk hos ungdom*. Bergen: Institutt for psykiatri 1984.

McLellan TA, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. *Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity*. Archives of General Psychiatry, 1983, 40, 620-625.

Norsk behandlingsforskning. En seminarrapport. Oslo: Sentralrådet for narkotikaproblemer 1986.

Pedersen W. *Drugs in adolescent worlds. A longitudinal study of adolescent drug use socialization*. Thesis. Oslo: Department of psychiatry, University of Oslo 1991.

Ravndal E, Vaglum P. *Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991, 83, 217-222.

Skog O.-J. *Utviklingen av intravenøst narkotikabruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens*. SIFA-rapport nr. 1/90. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning 1990.

Schanche Andresen A. *Evalueringsopplegg for kollektiver m.v.* Evalueringsprosjektet for bo- og arbeidskollektiver. Prosjektrapport 1991.

Vaglun P. *Unge stoffmisbrukere i et "terapeutisk samfunn". Forløp under og etter behandling.* En klinisk psykiatrisk undersøkelse. Oslo: Universitetsforlaget 1979.

VEDLEGG

- I Forklaring til tabellene
- II Tabeller
- III Henvendelsesskjema
- IV Basisskjema
- V Eggert Petersens belastningsindeks
- VI Global Assessment Scale (GAS)
- VII Drug Taking Evaluation Test (DTES)
 - Misbruk
 - Sosial funksjon
 - Sosial tilhørighet

Forklaring til tabellene.

De fleste tabellene i denne rapporten er satt opp etter en spesiell mal. Hver tabell behandler svar på et enkelt spørsmål fra et av de benyttede skjemaer, henvendelsesskjemaet eller inntaksskjemaet. Hvilket skjema og hvilket spørsmål eller variabel som ligger til grunn fremgår av tabell-overskriften. En presis referanse til hvilket spørsmål som er besvart, (V---) står i linjen som starter med BASIS.

Hver tabell er delt opp i to undertabeller, en som er splittet opp for hver av tiltakstypene og en som er splittet på kjønn. Tallene inne i selve tabellen er vertikale prosenter som vanligvis er avrundet til nærmeste hele prosent. Det er regnet ut prosenter innen alle underkategorier som nevnt, i tillegg til en prosent for totalutvalget. Ubesvarte er trukket fra. I kolonnen helt til høyre er angitt hvor mange som totalt har besvart spørsmålet.

Under rekken med svarprosentene kommer tre linjer som starter med TOTAL, BASIS og % UBESVARTE. TOTAL-linjen gir som en kan forvente summen av tallene ovenfor i samme kolonne. Siden de fleste er vertikale prosenter vil summene vanligvis variere mellom 99 og 101.

I kolonnen for "Total antall" vil det på tilsvarende måte vises totalantallet som har besvart hvert enkelt spørsmål.

I BASIS-linjen er angitt prosentbasis, dvs. hvor mange innen hver undergruppe som har besvart spørsmålet. Summene for henholdsvis tiltakstyper og kjønn vil derfor bli den samme.

I “% UBESVARTE” er angitt hvor mange prosent innen hver undergruppe som ikke har besvart spørsmålet. Disse prosenter er beregnet ut fra totalantallet skjemaer som er innkommet for hvert av underutvalgene.

Tabeller**5. HENVENDELSENE****5.2 Hvem søker behandling**

Tabell 5.2.1. Kjønnsfordeling. Prosent. (N=1537)

Kjønn	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Total prosent	Total antall
Menn	68	57	63	63	972
Kvinner	32	43	37	37	565
TOTAL	100	100	100	100	1537
BASIS (V 29)	566	324	647	1537	

Tabell 5.2.2. Alder ved henvendelsen. Prosent. (N=1537)

Alder	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
12-19 år	5	3	8	4	8	5	80
20-24 år	23	20	33	22	32	26	378
25-29 år	32	34	36	34	33	34	494
30-34 år	28	24	18	27	19	24	349
35-39 år	11	15	5	12	6	10	143
40-51 år	2	4	1	2	2	2	25
TOTAL	101	100	101	101	100	101	1469
BASIS	661	300	508	926	543	1469	
% UBESVARTE	7	2	2	5	4	4.4	
Gjennomsnitts- alder	28	29	26	28	26	28	

Tabell 5.2.3. Sivilstand. Prosent. (N=1537)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Aldri gift	81	76	83	83	77	81	1049
Gift	6	8	6	6	7	6	83
Separert/skilt	12	14	9	11	13	11	148
Enke(mann)	1	2	1	0.4	3	1	17
TOTAL	100	100	99	100.4	100	99	1297
BASIS (V 36)	622	241	434	830	467	1297	
% UBESVARTE	13	22	16	15	17	15.6	

Tabell 5.2.4. Lever sammen med fast partner. Prosent. (N=1537)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	35	30	27	28	38	32	431
Nei	65	70	73	72	62	68	936
TOTAL	100	100	100	100	100	100	1367
BASIS (V 37)	650	250	467	865	502	1367	
% UBESVARTE	9	19	10	11	11	11.1	

Tabell 5.2.5. Partner med rusproblemer. Prosent. (N=431)*

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Partn.u.probl	20	25	33	34	12	24	97
Partn.m.probl	32	48	53	32	52	41	164
Partner i beh	48	27	14	34	36	35	140
TOTAL	100	100	101	100	100	100	401
BASIS (V 38)	220	68	113	222	179	401	
% UBESVARTE	4	8	11	9	5	7.0	

* Gjelder klienter som lever sammen med fast partner

Tabell 5.2.6. Antall barn. Prosent. (N=1537)

Antall	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	60	64	74	70	59	65	842
1 barn	27	23	17	20	27	23	295
2 "	11	10	8	8	12	10	122
3 "	2	2	1	2	2	2	21
4-6 "	1	1	0	1	0.4	1	7
TOTAL	101	100	100	101	100.4	101	1287
BASIS (V 39)	616	223	448	794	493	1287	
% UBESVARTE	14	27	14	18	13	16.3	

Tabell 5.2.7. Omsorg for barn. Prosent. (N=1537)

Antall	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	88	94	90	93	85	90	1087
1 barn	9	3	7	5	11	7	84
2 "	3	3	3	2	4	3	35
3-6 "	0.4	1	0	0.4	0	0	4
TOTAL	100.4	101	100	100.4	100	100	1210
BASIS (V 40)	577	220	413	753	457	1210	
% UBESVARTE	19	28	20	23	19	21.3	

Tabell 5.2.8. Ønskes barn med i behandling. Prosent. (N=1537)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	14	0	3	5	13	8	82
Nei	86	100	97	95	88	93	1009
TOTAL	100	100	100	100	101	100	1091
BASIS (V 41)	519	194	378	692	399	1091	
% UBESVARTE	27	37	27	29	29	29.0	

Tabell 5.2.9. Er klienten gravid. Prosent. (N=1537)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	4	4	2	0	7	3	31
Nei	94	93	95	95	93	94	990
Partn.gravid	2	4	3	5	0.5	3	30
TOTAL	100	101	100	100	101	100	1051
BASIS (V 42)	509	173	369	613	438	1051	
% UBESVARTE	29	44	29	37	23	31.6	

Tabell 5.2.10. Er klienten i skole eller arbeid. Prosent. (N=1537)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psykia- triske ungd.t	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosen	Total antall
Nei	90	87	70	84	81	83	1164
Ja	10	13	30	16	19	17	243
TOTAL	100	100	100	100	100	100	1407
BASIS (V 43)	673	264	470	892	515	1407	
% UBESVARTE	6	14	9	8	9	8.5	

6. KLIENTENE

Tabell 6.1.3. Kjønnssfordeling. Prosent. (N=697)

Kjønn	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Total	Total antall
Menn	65	53	60	62	432
Kvinner	35	47	40	38	265
TOTAL	100	100	100	100	697

Tabell 6.1.4. Alder ved inntak. Prosent. (N=697)

Alder	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Inntil 19 år	2	0	9	3	6	4	27
20-24 år	21	21	35	19	36	25	171
25-29 år	31	34	33	32	32	32	216
30-34 år	29	28	18	29	19	25	171
35-39 år	14	15	5	14	7	11	76
40 år og mer	3	2	0	3	0	2	12
TOTAL	100	100	100	100	100	99	673
BASIS	357	88	220	419	254	673	
% UBESVARTE	3	8	3	3	4	3.4	
GJ.SNITTALDER	29	29	26	29	27	28	

Tabell 6.1.5. Sivilstand ved inntak. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Aldri gift	77	68	83	80	75	78	510
Gift	6	8	8	7	6	7	44
Separert/skilt	16	24	8	12	17	14	90
Enke/enkemann	2	0	1	0.5	2	1	8
TOTAL	101	100	100	99.5	100	100	652
BASIS (V 36)	348	75	229	409	243	652	
% UBESVARTE	5	22*	3	5	8	6.8	

* Høy andel ubesvarte for Akuttinstitusjonen

Tabell 6.1.6. Lever med fast partner. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	40	37	32	35	40	37	243
Nei	60	63	68	65	60	63	415
TOTAL	100	100	100	100	100	100	658
BASIS (V 37)	353	73	232	412	246	658	
% UBESVARTE	4	24	1	5	7	5.6	

Tabell 6.1.7. Partner med rusproblemer. Prosent. (N=243)*

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Partn.u.probl.	24	4	37	36	11	26	60
Partn.m.probl.	17	58	43	23	38	29	68
Partn.i beh.	59	37	20	41	51	45	104
TOTAL	100	99	100	100	100	100	232
BASIS (V 38)	138	24	70	135	97	232	
% UBESVARTE	3	11	5	6	2	4.5	

*Gjelder klienter som lever sammen med fast partner

Tabell 6.1.8. Antall barn. Prosent. (N=697)

Antall	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen barn	53	53	75	64	57	61	397
1 barn	28	30	16	21	29	24	157
2 "	15	16	6	12	13	12	78
3 "	3	0	3	3	1	3	16
5 "	0.3	0	0	0.2	0	0	1
TOTAL	99.3	99	100	100.2	100	100	649
BASIS (V 39)	343	73	233	406	243	649	
% UBESVARTE	6	24	1	6	8	6.9	

Tabell 6.1.9. Omsorg for barn. Prosent. (N=697)

Antall	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen barn	83	87	90	89	81	86	545
1 barn	12	7	6	6	14	9	58
2 "	4	6	4	4	5	4	27
3 "	1	0	0.4	1	0	0.5	3
TOTAL	100	100	100.4	100	100	99.5	633
BASIS (V 40)	339	69	225	396	237	633	
% UBESVARTE	7	28	4	8	11	9.2	

Tabell 6.1.10. Barn med i behandling. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	11	3	0.5	4	10	7	38
Nei	89	97	99	96	90	93	549
TOTAL	100	100	99.5	100	100	100	587
BASIS (V 41)	327	63	197	372	215	587	
% UBESVARTE	11	34	16	14	19	15.8	

Skolegang

Tabell 6.1.11. Fullført grunnskole. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ordinært	72	77	72	69	79	72	437
Spesialunderv.	18	17	21	21	16	19	115
Nei	10	6	7	11	5	9	52
TOTAL	100	100	100	101	100	100	604
BASIS (V 154)	323	69	212	376	228	604	
% UBESVARTE	12	28	10	13	14	13.3	

Tabell 6.1.12. Trivsel i grunnskolen. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Godt, OK	48	49	48	43	57	48	273
Mistrivsel	52	51	52	57	43	52	295
TOTAL	100	100	100	100	100	100	568
BASIS (V 155)	304	65	199	356	212	568	
% UBESVARTE	17	32	15	18	20	18.5	

Tabell 6.1.13. Skiftet grunnskole. Prosent. (N=697)

Antall ganger	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	45	55	47	46	48	47	249
1 gang	16	19	16	16	18	17	88
2-4 ganger	28	15	33	30	26	28	151
5 el.flere	11	11	4	9	8	8	45
TOTAL	100	100	100	100	100	100	533
BASIS (V 156)	296	67	170	334	199	533	
% UBESVARTE	19	30	28	23	25	23.5	

Tabell 6.1.14. Fullført videregående utdanning. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	49	40	59	52	50	51	304
Allm/delfag	8	18	6	6	12	8	48
1-2 år yrkesf.	28	25	25	27	27	27	160
3 år allm.fag	4	3	6	4	5	5	27
3 år yrkesfag	4	6	2	4	4	4	22
Fagbrev	6	3	1	5	1	4	22
Høyere utd.	1	6	1	2	1	1	9
TOTAL	100	101	100	100	100	100	592
BASIS (V 157)	320	68	204	372	220	592	
% UBESVARTE	13	29	13	14	17	15.1	

Familie- og oppvekstforhold

Tabell 6.1.15. Foreldre skilt før klienten var 16 år. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	36	50	40	34	48	39	225
BASIS (V 158)	311	66	200	358	219	577	
% UBESVARTE	15	31	15	17	17	17.2	

Tabell 6.1.16. Levde biologiske foreldre til klienten var 16 år.
Prosent (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	87	90	85	85	90	87	514
Far død	7	10	6	8	6	7	42
Mor død	2	-	3	3	1	2	12
Begge døde	0.3	-	1	0.3	1	1	3
Vet ikke	3	-	5	4	3	3	21
TOTAL	99.3	100	100	100.3	101	100	592
BASIS (V 159)	317	68	207	370	222	592	
% UBESVARTE	13	29	12	14	16	15.1	

Tabell 6.1.17. Klienten plassert utenfor biologiske foreldres omsorg i minst 1 år. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	72	73	71	73	71	72	414
Adoptert	1	-	4	1	3	2	12
Foster/barnhj.	14	15	15	14	15	14	83
Hos slektning	6	8	3	6	4	5	29
Komb.1 og 2	0.3	-	0.4	0.3	0.4	0.3	2
Komb.2 og 3	2	-	3	1	3	2	11
Andre komb.	5	5	5	5	4	5	27
TOTAL	100.3	101	101.4	100.3	100.4	100.3	578
BASIS (V 160)	312	67	199	360	218	578	
% UBESVARTE	15	30	15	17	18	17.1	

Tabell 6.1.18. Biologisk fars forhold til alkohol. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Problembruk*	39	34	38	35	43	38	208
BASIS (V 161)	301	68	177	341	205	546	
% UBESVARTE	18	29	25	21	23	21.7	

*Svaralternativene "problembruk" og "vært i behandling" er slått sammen.

Tabell 6.1.19. Biologisk mors forhold til alkohol. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Problembruk*	16	13	17	13	21	17	88
BASIS (V 162)	293	67	176	333	203	536	
% UBESVARTE	20	30	25	23	23	23.1	

*Svaralternativene "problembruk" og "vært i behandling" er slått sammen.

Tabell 6.1.20. Biologiske foreldre i psykiatrisk behandling.
Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja, far	9	13	9	8	12	9*	49
Ja, mor	19	21	23	17	26	20*	110
BASIS (V 163)	304	64	170	333	205	538	
(V 164)	301	67	171	335	204	539	
% UBESVARTE	17	33	28	23	23	23.1	
	18	30	27	23	23	22.8	

*Henholdsvis 27% og 15% oppga "Vet ikke" på dette spørsmålet.

Tabell 6.1.21. Tilsyn av barnevernet som barn. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	72	68	65	69	69	69	389
Pga.familien	8	9	15	6	17	10	58
Pga.tilp.probl	17	20	14	20	10	16	90
Vet ikke	3	3	6	5	4	4	24
TOTAL	100	100	100	100	100	99	561
BASIS (V 165)	305	66	190	346	215	561	
% UBESVARTE	17	31	19	20	19	19.5	

Tabell 6.1.22. Lengste sammenhengende arbeidsforhold. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ikke arbeid	6	5	11	7	9	8	45
1-12 måneder	32	45	43	33	44	37	216
13-24 "	24	16	20	20	25	22	128
25-48 "	20	16	17	23	11	19	109
49 mnd.el.mer	18	18	8	17	10	15	86
TOTAL	100	100	99	100	100	101	584
BASIS	321	67	196	365	219	584	
% UBESVARTE	12	30	17	16	17	16.2	

8. Rusmiddelrelaterte problemer

8.1. Kontakt med strafferettsapparatet

Tabell 8.1.2. Noen gang domfelt. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Aldri domfelt	17	23	45	15	47	27	164
Ja, nark. loven	16	12	18	15	19	16	99
Ja, andre lovbr	15	16	16	17	13	16	94
Ja, begge	52	49	21	53	21	41	247
TOTAL	100	100	100	100	100	100	604
BASIS (V 64)	327	69	208	377	227	604	
% UBESVARTE	11	28	11	13	14	13.3	

Tabell 8.1.3. Antall dommer. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	17	23	49	15	48	28	163
En dom	14	12	22	14	20	16	94
2-9 dommer	52	53	25	52	30	44	251
10 el. flere	17	12	4	19	1	12	69
TOTAL	100	100	100	100	99	100	577
BASIS (V 65-6)	322	68	187	354	223	577	
% UBESVARTE	12	29	20	18	16	17.2	

Tabell 8.1.4. Uoppgjorte saker med politi/rettsvesen. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	38	28	64	41	53	46	269
Ubetalte bøter	15	14	8	11	16	13	74
Uoppgj.saker	35	48	22	36	26	32	188
Ikke sonet dom	12	10	6	12	5	9	56
TOTAL	100	100	100	100	100	100	587
BASIS (V 70)	322	69	196	365	222	587	
% UBESVARTE	12	28	17	15	16	15.8	

Tabell 8.1.5. Antall måneder i fengsel. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	36	32	74	32	74	48	277
1-12 måneder	24	44	14	25	21	24	136
13-24 "	10	3	5	11	3	7	43
25-36 "	8	10	3	9	1	6	36
37-48 "	7	2	2	7	1	5	26
49 el.flere	15	9	2	16	0.4	10	58
TOTAL	100	100	100	100	100.4	100	576
BASIS (V 67-9)	322	68	186	352	224	576	
% UBESVARTE	12	30	21	19	16	17.4	

8.2. Overdose og suicidalitet

Tabell 8.2.3. Noen gang forsøkt selvmord. Prosent. (N=697)

Antall ganger	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Aldri	62	55	58	63	55	60	331
1 gang	12	21	21	15	17	16	88
2 ganger	11	10	8	10	10	10	55
3 "	6	3	2	4	6	5	25
4 "	4	3	3	3	4	3	18
5 "	1	2	2	1	2	1	7
6 "	1	2	1	1	1	1	6
8 "	-	2	1	1	-	1	2
9 eller flere	4	3	3	3	5	3	19
TOTAL	101	101	100	101	100	100	551
BASIS (V 124)	307	67	177	344	207	551	
% UBESVARTE	16	30	25	20	22	20.9	

Tabell 8.2.4. Dødstanker eller dødsønsker siste uke. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ord.livsløst	58	52	28	48	46	47	264
Lei av livet	32	32	45	36	36	36	205
Selv mord mulig	11	16	27	16	18	17	95
TOTAL	101	100	100	100	100	100	564
BASIS (V 125)	307	68	189	355	209	564	
% UBESVARTE	16	29	20	18	21	19.1	

8.3. HIV-smitte og risikoatferd

Tabell 8.3.2. Kan ha blitt HIV-smittet eller smittet andre.
Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	32	31	32	33	31	32	180
Ja, sprøyter	20	15	17	20	16	19	105
Ja, seksuelt	14	24	26	18	21	19	106
Begge deler	33	30	25	29	32	30	170
Annet	1	-	-	1	-	0.4	2
TOTAL	100	100	100	101	100.0	100.4	563
BASIS (V 143)	313	67	183	352	211	563	
% UBESVARTE	15	30	22	19	20	19.2	

Tabell 8.3.3. Tatt HIV-test. Prosent. (N=697)

Antall ganger	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Aldri	5	4	24	12	9	11	62
1 gang	12	17	20	17	13	15	87
2-5 ganger	45	49	42	43	48	45	253
Flere ganger	38	29	13	28	30	29	164
TOTAL	100	99	99	100	100	100	566
BASIS (V 144)	320	69	177	350	216	566	
% UBESVARTE	13	28	25	19	19	18.8	

Tabell 8.3.4. Når HIV-testet siste gang. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ikke testet	5	3	25	12	8.	11	60
Siste halvår	68	57	36	55	60	57	314
Siste år	14	22	20	16	17	17	93
Over et år	13	19	19	16	15	16	87
TOTAL	100	101	100	100	100	101	554
BASIS (V 145)	317	69	168	348	206	554	
% UBESVARTE	13	28	29	19	22	20.5	

Tabell 8.3.5. Resultat av siste HIV-test. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ikke testet	5	3	24	12	7	11	60
Negativ	85	74	64	74	83	77	438
Positiv	8	15	11	11	8	10	55
Ikke resultat	2	9	1	3	2	2	14
Oppgir ikke	0.3	-	-	0.3	-	0.2	1
TOTAL	100.3	100.0	100	100.3	100.0	100.2	568
BASIS (V 146)	323	69	176	354	214	568	
% UBESVARTE	12	28	25	18	19	18.5	

Tabell 8.3.6. Utsatt for smitte etter siste test. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ikke testet	15	9	28	20	15	18	89
Ja, sprøyter	10	3	7	11	4	8	40
Ja, seksuelt	10	14	12	10	13	11	53
Begge deler	8	10	8	6	12	8	40
Annet (nei)	23	37	12	21	22	22	104
Nei	33	27	34	32	34	33	158
TOTAL	99	100	101	100	100	100	484
BASIS (V 147)	273	59	152	302	182	484	
% UBESVARTE	25	39	35	30	31	30.6	

9. Tiden før behandlingsstart (siste 6 måneder).

9.2. Sosial funksjon

Tabell 9.2.1. Bosted siste 6 måneder. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Intet fast	15	15	11	15	11	13	86
Eget fast bost	49	59	52	43	65	51	328
Foreldre/slekt	13	6	22	18	12	16	100
Midl.t.muligh.	6	7	9	9	4	7	46
Behandl.inst.	7	6	2	6	3	5	31
Hybelh/bokoll.	2	7	4	2	4	3	19
Fengsel	9	0	0.4	7	1	5	30
TOTAL	101	100	100.4	100	100	100	640
BASIS (V 46)	338	69	233	401	239	640	
% UBESVARTE	8	28	1	7	10	8.2	

Tabell 9.2.2. Antall uker i heldags skole siste 6 måneder.
Prosent. (N=697)

Antall uker	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	92	90	87	92	87	90	570
1-12 uker	5	3	5	4	6	5	32
13 eller flere	2	7	8	4	7	5	32
TOTAL	99	100	100	100	100	100	634
BASIS (V 60-61)	335	69	230	397	237	634	
% UBESVARTE	9	28	2	8	11	9.0	

Tabell 9.2.3. Antall uker i heldags arbeid. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	80	80	69	73	80	76	478
1-12 uker	11	9	11	13	6	11	66
13 eller flere	9	12	20	14	13	14	85
TOTAL	100	101	100	100	99	101	629
BASIS (V 56-57)	330	69	230	394	235	629	
% UBESVARTE	10	28	2	9	11	9.8	

Tabell 9.2.5.inntekt av arbeid/studielån siste 6 måneder.
Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	82	88	61	71	82	75	382
Ja, benyttet	11	6	12	12	8	11	55
Ja, viktig	7	6	27	16	10	14	71
TOTAL	100	100	100	99	100	100	508
BASIS (V 47)	260	64	184	318	190	508	
% UBESVARTE	29	33	23	26	28	27.1	

Tabell 9.2.6. Inntekt av sykepenger/trygd siste 6 måneder.
Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	56	62	56	61	50	57	299
Ja, benyttet	19	14	18	19	17	18	95
Ja, viktig	25	24	26	21	33	25	134
TOTAL	100	100	100	101	100	100	528
BASIS (V 48)	279	66	183	328	200	528	
% UBESVARTE	24	31	22	24	25	24.2	

Tabell 9.2.7. Inntekt av sosialhjelp siste 6 måneder. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total kvinner	Total antall
Nei	21	23	25	22	23	23	133
Ja, benyttet	45	47	25	39	36	38	220
Ja, viktig	34	30	51	39	41	40	231
TOTAL	100	100	101	100	100	101	584
BASIS (V 49)	305	64	215	365	219	584	
% UBESVARTE	17	33	9	16	17	16.2	

Tabell 9.2.8. Forsørget av partner siste 6 måneder. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total kvinner	Total antall
Nei	88	82	84	86	85	86	418
Ja, benyttet	9	16	13	11	12	11	56
Ja, viktig	3	2	3	3	3	3	14
TOTAL	100	100	100	100	100	100	488
BASIS (V 50)	255	63	170	304	184	488	
% UBESVARTE	30	34	28	30	31	30.0	

Tabell 9.2.9. Forsørget av foreldre siste 6 måneder. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	84	86	67	76	81	78	389
Ja, benyttet	12	13	28	18	17	18	88
Ja, viktig	4	1	5	5	2	4	20
TOTAL	100	100	100	99	100	100	497
BASIS (V 51)	257	63	177	309	188	497	
% UBESVARTE	30	34	25	29	29	28.7	

Tabell 9.2.10. Inntekt av stoffsalg siste 6 måneder. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	41	44	68	46	57	50	253
Ja, benyttet	34	32	25	33	26	31	154
Ja, viktig	25	24	7	21	17	19	97
TOTAL	100	100	100	100	100	100	504
BASIS (V 52)	275	62	167	313	191	504	
% UBESVARTE	25	35	29	28	28	27.7	

Tabell 9.2.11. Inntekt av annen kriminalitet. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	52	59	74	54	71	60	295
Ja, benyttet	27	24	19	25	22	24	117
Ja, viktig	21	17	7	21	7	16	78
TOTAL	100	100	100	100	100	100	490
BASIS (V 53)	267	63	160	309	181	490	
% UBESVARTE	27	34	32	29	32	29.7	

Tabell 9.2.12. Inntekt av prostitusjon siste 6 måneder. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	90	82	89	99	72	89	419
Ja, benyttet	6	10	8	0.3	18	7	34
Ja, viktig	4	8	3	0.3	10	4	19
TOTAL	100	100	100	99.6	100	100	472
BASIS (V 54)	252	62	158	288	184	472	
% UBESVARTE	31	35	33	33	31	32.3	

9.3 Tilhørighet og sosialt nettverk siste 6 måneder

Tabell 9.3.1. Hva slags venner omgang med siste 6 måneder.*
Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen omgang	2	0	3	3	2	2	14
Misbrukere	64	64	47	61	52	58	366
Jevnt fordelt	25	27	30	25	32	27	173
Ikkemisbrukere	8	9	21	12	15	13	81
TOTAL	99	100	101	101	99	100	634
BASIS (V 43)	335	69	230	399	235	634	
% UBESVARTE	9	28	2	8	11	9.0	

*I denne tabellen er svaralternativene "Bare misbrukere" og "Hovedsakelig misbruker" slått sammen til "Misbrukere" og "Hovedsakelig ikke-misbrukere" og "Bare ikke-misbrukere" slått sammen til "Ikke-misbrukere".

Tabell 9.3.2. Kontakt med biologisk far siste 6 måneder. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen kontakt	48	50	41	48	44	46	279
Daglig	10	8	10	10	9	9	57
Ukentlig	17	20	20	18	19	19	112
Månedlig	12	11	14	11	15	12	74
Sjeldnere	13	12	15	14	14	14	83
TOTAL	100	101	100	101	101	100	605
BASIS (V 44)	329	66	210	377	228	605	
% UBESVARTE	10	31	11	13	14	13.2	

Tabell 9.3.3. Kontakt med biologisk mor siste 6 måneder. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen kontakt	15	12	17	17	12	15	95
Daglig	15	13	23	18	17	18	110
Ukentlig	37	48	36	31	48	38	232
Månedlig	20	9	15	19	13	17	104
Sjeldnere	13	18	9	14	9	12	74
TOTAL	100	100	100	99	99	100	615
BASIS (V 45)	331	67	217	385	230	615	
% UBESVARTE	10	30	8	11	13	11.8	

9.4 Behandlingskontakt

Tabell 9.4.1. Klienten vært i behandling for rusmiddelproblemer,
nervøse problemer eller atferdsproblemer siste 6
måneder. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Nei	56	33	35	49	41	46	265
Innlagt	24	25	4	19	14	17	98
Poliklinisk	12	19	52	24	33	27	155
Begge deler	8	23	9	9	13	10	59
TOTAL	100	100	100	101	101	100	577
BASIS (V 142)	306	69	202	362	215	577	
% UBESVARTE	16	28	14	16	19	17.2	

11. Behandling og utskrivning

11.1. Innleggelsen

Tabell 11.1.1. Antall tidligere inntak ved samme behandlings-
instusjon/team. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	79	45	78	74	75	74	511
1-2	14	27	19	17	18	18	121
3 eller flere	7	27	3	9	7	8	58
TOTAL	100	99	99	100	100	100	690
BASIS (V 9-10)	363	95	232	429	261	690	
% UBESVARTE	1	1	1	1	2	1.0	

Tabell 11.1.2. Overført etter fengselslovens §12 eller §32.
Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ja	15	0	0	12	2	8	55
Nei	85	100	100	88	98	92	621
TOTAL	100	100	100	100	100	100	676
BASIS (V 17)	357	87	232	423	253	676	
% UBESVARTE	3	9	1	2	5	3.0	

Tabell 11.1.3. Er innleggelsen frivillig. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total kvinner og menn	Total antall
Poliklinisk	1	0	92	31	34	32	221
Ja	95	96	8	67	62	65	445
Nei Barnevern	3	3	0	1	3	2	13
Nei Psy.helsev.	0	0	0	0	0	0	0
Nei, annet	1	1	0	1	1	1	6
TOTAL	100	100	100	100	100	100	685
BASIS (V 18)	363	88	234	427	258	685	
% UBESVARTE	1	8	0	1	3	1.7	

11.2. Tidligere behandling

Tabell 11.2.3. Alder innlagt i institusjon første gang. Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ikke innlagt	17	14	47	28	26	27	155
Opptil 9 år	2	0	3	2	1	2	10
10-19 år	25	32	21	21	31	25	141
20-29 år	47	48	28	41	39	40	230
30 år el.mer	9	6	1	8	3	6	34
TOTAL	100	100	100	100	100	100	570
BASIS (126-127)	311	65	194	360	210	570	
% UBESVARTE	15	32	17	17	21	18.2	

Tabell 11.2.4. Antall ganger innlagt i noen institusjon. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	22	15	50	30	30	30	172
1-2 ganger	31	25	26	28	28	28	162
3-4 "	19	21	10	15	18	16	92
5-9 "	19	24	7	16	15	16	90
10 el.flere	10	15	8	10	9	10	57
TOTAL	101	100	101	99	100	100	573
BASIS (130-131)	318	67	188	360	213	573	
% UBESVARTE	13	30	20	17	20	17.8	

Tabell 11.2.5. Antall måneder i alt innlagt i institusjon.
Prosent. (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ikke innlagt	24	30	53	34	35	35	184
1-12 måneder	40	25	26	34	35	34	181
13-24 "	18	19	11	15	17	16	84
25-36 "	7	16	4	8	6	7	39
37 el. flere	10	10	5	9	8	9	46
TOTAL	99	100	99	100	101	101	534
BASIS (132-134)	297	63	174	340	194	534	
% UBESVARTE	19	34	26	21	27	23.4	

Tabell 11.2.6. Antall polikliniske kontakter i alt. Prosent.
(N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	43	29	28	40	31	36	191
1-2 kontakter	45	63	46	45	51	48	250
3-9 kontakter	10	7	22	11	18	14	72
10 el.flere	2	2	3	4	0.5	3	13
TOTAL	100	101	99	100	100.5	101	526
BASIS (137-138)	288	62	176	326	200	526	
% UBESVARTE	21	35	25	25	25	24.5	

Tabell 11.2.7. Antall måneder i poliklinisk behandling i alt.
Prosent (N=697)

	Døgn- insti- tusjon	Akutt- insti- tusjon	Psyki- atriske ungd.t.	Menn totalt	Kvinner totalt	Total prosent	Total antall
Ingen	47	33	20	42	27	37	189
1-12 måneder	33	40	39	37	35	36	185
13-36 måneder	12	14	27	14	23	17	88
37 el. flere	8	12	14	7	16	11	54
TOTAL	100	99	100	100	101	101	516
BASIS (139-141)	285	57	174	325	191	516	
% UBESVARTE	22	41	26	25	28	26.0	

H E N V E N D E L S E S S K J E M A

(Denne siden rives fra før innsending til SIFA)

HENVENDELSESSKJEMAET FYLLES UT VED ENHVER HENVENDELSE OM
INNTAK/BEHANDLING.

Koden, dvs. det tallet eller det tegnet som angir
svaret, skrives i ruten til høyre på arket.
Disse rutene er nummerert fortløpende slik det
fremgår av tallene foran hvert spørsmål.
Pass på at alle rutene er utfylt, men bare med
ett tall eller tegn i hver.

Som kode brukes tall fra 0 til 9 og tegnet
- (minus).

Generelt gjelder at: - betyr "ubesvart", opplysninger
mangler, ikke relevant.
7 skrives med tversoverstrek
9 betyr 9 eller flere der slikt
svar passer.
0 betyr ingen/ikke/ingen ganger.

Angis svaralternativet "Annet",
skrives også hva dette står for
på prikket linje. Ruten for dette
kodes sentralt.

NAVN:.....

ADRESSE:.....

HENVISENDE INSTANS:.....

INSTITUSJONENS HENVENDELSESNUMMER:

--	--	--	--	--	--

HAR DU HENVENDT DEG HIT FØR?

00: Aldri, 01: 1 gang tidl. osv.

--	--

HENVENDELSESDATO:

Dag		Mnd		År	

MOTTATT AV:.....

Dette skjemaet er utarbeidet av Fred Holsten og Mona Duckert
i samarbeid med en rådgivningsgruppe ved Sentralrådet for
narkotikaproblemer.

Forespørsler om utfylling kan rettes til SIFA v/Oddvar Arner.

HENVENDELSESSKJEMA

1- 3	INSTITUSJON/TILTAK.....	
	(Skriv navnet)	
4- 8	INSTITUSJONENS HENVENDELSESNUMMER	
9-10	ANTALL TIDLIGERE HENVENDELSER HIT FØR FOR Å FÅ BEHANDLING? (00: Aldri, 01: 1 gang osv. Inst. fyller ut).	
11-16	HENVENDELSESDATO	
		Dag Mnd År
17	HENVENDELSESMÅTE 1: Fremmøte, 2: Telefon, 3: Brev	
18	TYPE HENVENDELSE 1: Egen, 2: Familie, 3: Venner/nettverk 4: Fengsel 5: Annet:.....	
19-22	INITIALER (de <u>to</u> første i første fornavn og de <u>to</u> første i første etternavn)	
23-28	FØDSELSDATO	
		Dag Mnd År
29	KJØNN 1: Mann 2: Kvinne	
30-33	HVILKEN KOMMUNE:..... (iflg. folkeregister) (Skriv ned)	
34-35	BYDEL:..... (Skriv navnet)	
36	SIVILSTAND 1: Har aldri vært gift, 2: Gift, 3: Separert/skilt, 4: Enke/enkemann	
37	LEVER DU SAMMEN MED NOEN FAST PARTNER NÅ? 1: Ja 2: Nei	

- 38 HAR DIN FASTE PARTNER RUSMIDDELPROBLEMER?
0: Har ingen fast partner, 1: Har partner uten problemer, 2: Har partner med problemer, 3: Søker behandling sammen med partner ☐
-
- 39 HAR DU BARN?
(Antall barn kodes.)
0: Ingen ☐
-
- 40 HVOR MANGE BARN HAR DU OMSORG FOR?
(Antall barn kodes.)
0: Ingen ☐
-
- 41 ØNSKES BARN MED INN I BEHANDLING?
1: Ja, 2: Nei ☐
-
- 42 ER DU GRAVID?
1: Ja, 2: Nei, 3: Partner er gravid ☐
-
- 43 ER DU I SKOLE ELLER ARBEID?
0: Uten beskjeftigelse
1: Ja ☐
-
- 44 DOMINERENDE MISBRUK
0: Intet, 1: Alkohol, 2: Opiater, 3: Cannabis
4: Beroligende midler, 5: Sentralstimulerende midler
6: Løsemidler, 7: LSD o.l., 8: Blanding
9: Annet: ☐
.....
-
- 45 HOVEDFORMÅL MED HENVENDELSEN
1: Rådgivning/veiledning, 2: Krisehjelp
3: Utredning, 4: Mer langsiktig behandling
5: Annet: ☐
.....
-
- 46 SAKSBEHANDLING
0: Avslått, 1: Kun rådgivning, 2: Henvvisning
3: Kriseinntak/samtale, 4: Poliklinisk oppfølging
5: Innleggelse/døgninntak, 6: Mangelfull avklaring
7: Annet: ☐
.....
-
- 47 HVIS AVSLÅTT, HVORFOR?
0: Ikke avslått, 1: Ikke plass/kapasitet 2: Ikke misbruk
3: Passer ikke her/tidligere behandlingserfaring
4: Finansieringsgaranti ikke gitt
5: Annet: ☐
.....
-
- 48 HVIS HENVIST, HVOR?
0: Ikke henvist, 1: Annen del av rusmiddelomsorgen
2: Barnevernet, 3: Psykiatrisk behandling
4: Somatisk institusjon, 5: Sosialkontor
6: Annet: ☐
.....

B A S I S S K J E M A

(Denne side rives fra før innsending til SIFA)

BASISSKJEMAET FYLLES UT VED HVER ETABLERTE POLIKLINISKE KONTAKT OG VED HVER INNLEGGELSE.

FYLL OGSÅ UT SKJEMA PÅ PERSONER SOM ALLEREDE ER INNLAGT/GÅR I BEHANDLING.

SPØRSMÅLENE ANGÅENDE BAKGRUNNSOPPLYSNINGER SKAL BARE FYLLES UT EN GANG FOR HVER PERSON.

Koden, dvs. det tallet eller tegnet som angir svaret, skrives i ruten til høyre på arket. Disse rutene er nummerert fortløpende slik det fremgår av tallene foran hvert spørsmål.
Pass på at alle rutene er utfylt, men bare med ett tall eller tegn i hver rute.

Som kode brukes tall fra 0 til 9 og tegnet - (minus).

Generelt gjelder at: - betyr "ubesvart", manglende opplysning, ikke relevant.
7 skrives med tversoverstrekk
9 betyr 9 eller flere der slikt svar passer.
0 betyr ingen /ikke /ingen ganger.

Angis svaralternativet "Annet", skrives også hva dette står for på prikket linje. Ruten for dette kodes sentralt.

NAVN:.....

ADRESSE:.....

INSTITUSJONENS JOURNALNUMMER:

--	--	--	--	--

HAR DU VÆRT INNLAGT/TIL BEHANDLING HER FØR?

(00: Aldri, 01: 1 gang tidl. osv.)

--	--

INNLEGGELSESDATO:

--	--	--	--	--	--

Dag Mnd År

Dette skjemaet er utarbeidet av Fred Holsten og Mona Duckert i samarbeid med en rådgivningsgruppe ved Sentralrådet for narkotikaproblemer.

Forespørsler om utfylling kan rettes til SIFA v/Oddvar Arner.

BASISSKJEMA

FYLLES UT VED INNLEGGELSE/INNTAK

1- 3	INSTITUSJON/TILTAK:.....			
	(Skriv navnet)			
4- 8	INSTITUSJONENS JOURNALNUMMER			
9-10	ANTALL TIDLIGERE INNLEGGELSER/INNTAK VED DENNE INSTITUSJONEN (00: Ingen, 01: 1 gang, osv. Inst. fyller ut).			
11-16	DATO FOR BEHANDLINGSSTART: (Institusjon) (Poliklinisk)			
		Dag	Mnd	År
17	ER DU OVERFØRT FRA FENGSEL ETTER FENGSELSLOVENS §12 ELLER §32? 0: Poliklinisk tilbud, 1: Ja, 2: Nei			
18	ER INNLEGGELSEN FRIVILLIG? 0: Poliklinisk, 1: Ja, 2: Nei, Lov om barnevern 3: Nei, Lov om psykisk helsevern 4: Nei, Lov om edruskapsvern 5: Nei, annet:			
19-22	INITIALER (de <u>to</u> første i første fornavn og de <u>to</u> første i første etternavn)			
23-28	FØDSELSDATO			
		Dag	Mnd	År
29	KJØNN: 1: Mann 2: Kvinne			
30-33	HVILKEN KOMMUNE:..... (iflg. folkeregister) (Skriv ned)			
34-35	BYDEL:.....			

36	SIVILSTAND 1: Har aldri vært gift, 2: Gift 2: Gift, 3: Separert/skilt, 4: Enke/enkemann	☐
37	LEVER DU SAMMEN MED NOEN FAST PARTNER NÅ? 1: Ja 2: Nei	☐
38	HAR DIN FASTE PARTNER (KJÆRESTE) RUSMIDDEL- PROBLEMER? 0: Har ingen fast partner, 1: Har partner uten problemer, 2: Har partner med problemer, 3: Partner i behandling samtidig	☐
39	HAR DU BARN? (Antall barn kodes.) 0: Ingen	☐
40	HVOR MANGE BARN HAR DU OMSORG FOR? (Antall barn kodes.) 0: Ingen	☐
41	HAR DU BARN MED INN I BEHANDLING? 1: Ja, 2: Nei	☐
42	ER DU GRAVID? 1: Ja, 2: Nei	☐
43	HVA SLAGS VENNER HAR DU HOVEDSAKELIG HATT OMGANG MED SISTE 6 MÅNEDER? 0: Ikke omgang med noen, 1: Bare misbrukere 2: Hovedsakelig misbrukere, 3: Jevnt fordelt misbrukere/ikke misbrukere, 4: Hovedsakelig ikke-misbrukere, 5: Bare ikke-misbrukere	☐
44	HVILKEN KONTAKT HAR DU HATT MED DIN BIOLOGISKE FAR DE SISTE 6 MÅNEDER? 0: Ingen kontakt, 1: Daglig, 2: Ukentlig 3: Månedlig, 4: Sjeldnere	☐
45	HVILKEN KONTAKT HAR DU HATT MED DIN BIOLOGISKE MOR DE SISTE 6 MÅNEDER? 0: Ingen kontakt, 1: Daglig, 2: Ukentlig 3: Månedlig, 4: Sjeldnere	☐
46	HVORDAN HAR DU BODD DE SISTE 6 MÅNEDER? 0: Intet fast oppholdssted/hospits 1: Fast leilighet/hus/hybel (egen) 2: Hos foreldre eller nære slektninger 3: Ingen bolig, men midlertidige muligheter 4: Behandlingsinstitusjon 5: Ettervernshjem/hybelhus/bokollektiv 6: Fengsel	☐

HVA HAR VÆRT DINE VIKTIGSTE INNTEKTSKILDER I DE
SISTE 6 MÅNEDER?

- 0: Inntektskilden er ikke benyttet siste 6 måneder.
1: Inntektskilden er benyttet siste 6 måneder.
2: Inntektskilden har vært viktig siste 6 mndr.
(Regn siste 6 mndr. ute dersom klienten kommer fra fengsel/institusjon).

47	Eget arbeid/studielån.....	
48	Sykepenger/attføring/trygd.....	
49	Kommunal sosialhjelp.....	
50	Forsørget av partner.....	
51	Forsørget av foreldre.....	
52	Stoffsalg.....	
53	Annen kriminalitet.....	
54	Prostitusjon.....	
55	Annet:..... (Skriv ned)	

56-57 HVOR MANGE UKER HAR DU VÆRT I HELDAGS ARBEID
SISTE 6 MÅNEDER?
(Regn siste 6 måneder ute dersom
vedkommende kommer fra fengsel/institusjon.
Trekke ikke fra ferie, men trekk fra evt.
sykemeldte perioder.
Antall uker kodes direkte. Maks. 26 uker.)

--	--

58-59 HVOR MANGE UKER HAR DU VÆRT I ARBEIDSMARKEDS-
TILTAK SISTE 6 MÅNEDER?
(Kodes som 56-57.) 00: Ingen

--	--

60-61 HVOR MANGE UKER HAR DU VÆRT I HELDAGS SKOLE
SISTE 6 MÅNEDER?
(Kodes som 56-57.) 00: Ingen

--	--

62-63 HVOR LENGE HAR DITT LENGSTE SAMMENHENGENDE
ARBEIDSFORHOLD VÆRT?
(Antall mndr. kodes.)
(Evt. sykmeldt periode skal ikke medregnes.)
00: Mindre enn 1 måned. 97: Lengre enn 8 år

--	--

64 HAR DU NOEN GANG VÆRT DOMFELT?
0: Nei, aldri, 1: Ja, for brudd på narkotikaloven
2: Ja, for andre lovbrudd, 3: 1+2

--

65-66 HVOR MANGE DOMMER HAR DU FÅTT?
(Antall dommer kodes.)
00: Ingen

--	--

67-69 I HVOR MANGE MÅNEDER HAR DU SITTET I
FENGSEL TILSAMMEN?
(Antall måneder kodes.) 000: Ingen

--	--	--

70 HAR DU NOEN UOPPGJORTE SAKER MED POLITI
ELLER RETTSVESEN?
(Det høyeste skåres.)
0: Nei, 1: Ubetalte bøter, 2: Uoppgjorte saker
som kan føre til dom, 3: Ubetinget dom som
ikke er sonet

--

HVOR GAMMEL VAR DU FØRSTE GANG DU BRUKTE:
(Alder kodes.)
00: Har aldri brukt denne stofftypen

71-72	Tobakk.....
73-74	Alkohol.....
75-76	Opiater.....
77-78	Cannabis.....
79-80	Beroligende midler.....
81-82	Sentralstimulerende midler.....
83-84	Løsemidler.....
85-86	LSD o.l.....
87-88	Sprøyte.....
89-90	Annet:..... (Skriv ned)

91-92 HVOR GAMMEL VAR DU DA DU BEGYNTE Å BRUKE
ALKOHOL REGELMESSIG?
(Alder kodes.) 00: Aldri brukt alkohol

--	--

93-94 HVOR GAMMEL VAR DU DA DU BEGYNTE Å BRUKE
STOFF REGELMESSIG?
(Alder kodes.) 00: Aldri brukt stoff

--	--

95-96 HVOR GAMMEL VAR DU DA DU BEGYNTE Å BRUKE
TOBAKK REGELMESSIG?
(Alder kodes.) 00: Har aldri brukt tobakk

--	--

HAR DU NOEN GANG HATT PERIODER PÅ MINST EN
MÅNED MED ET TILNÆRMET DAGLIG BRUK AV NOEN
AV DISSE RUSMIDLENE?

0: Nei
1: Ja

97	Alkohol.....	☐
98	Opiater.....	☐
99	Cannabis.....	☐
100	Beroligende midler.....	☐
101	Sentralstimulerende midler.....	☐
102	Løsemidler.....	☐
103	LSD o.l.....	☐
104	Blanding.....	☐
105	Annet:..... (Skriv ned)	☐

106-107 HAR DU NOEN GANG HATT PERIODER MED ET DAGLIG
ELLER NESTEN DAGLIG BRUK AV SPRØYTER?
(Antall mndr. kodes.) 00: Nei, mindre enn
1 måned, 97: Lengre enn 8 år

☐	☐
--------------------------	--------------------------

108-109 I HVOR LANG TID HAR DU TILSAMMEN HATT ET DAGLIG
ELLER NESTEN DAGLIG BRUK AV NARKOTISKE STOFFER?
(Antall år kodes.) 00: Ikke, mindre enn et år

☐	☐
--------------------------	--------------------------

110 DTES SCORE MISBRUK I DEN PERIODEN RUSMIDDEL-
BRUKEN VAR MEST OMFATTENDE.
(Se manual)

☐

HVORDAN HAR DITT RUSMIDDELBRUK VÆRT DE SISTE
6 MÅNEDER?

(Sett opp et tilnærmet gjennomsnitt. Regn
siste 6 mndr. ute hvis pasienten kommer
fra fengsel/institusjon.)

0: Ikke brukt rusmiddelet i løpet av dette
halvåret

1: Brukt det noen ganger, men ikke oftere
enn 2-3 ganger pr. mnd.

2: Brukt det omtrent 1-4 ganger i uken

3: Brukt det daglig eller nesten daglig

111	Alkohol.....	☐
112	Opiater.....	☐
113	Cannabis.....	☐
114	Beroligende midler.....	☐
115	Sentralstimulerende midler.....	☐
116	Løsemidler.....	☐
117	LSD o.l.....	☐
118	Blanding.....	☐
119	Annet:..... (Skriv ned)	☐

120-122 I OMTRENT HVOR MANGE DAGER HAR DU HVERKEN
BRUKT ALKOHOL ELLER STOFF DE SISTE 6 MÅNEDER?
(Legg sammen antall dager.)
(Regn siste 6 mndr. ute hvis pasienten kommer
fra fengsel/institusjon.) Maks. 182 dager.

----------------------	----------------------	----------------------

123 HAR DU NOEN GANG VÆRT INNLAGT I MEDISINSK
INSTITUSJON P.G.A. OVERDOSE?
(Antall ganger kodes.)
0: Ingen ganger, 9: 9 eller flere

☐

124 HAR DU NOEN GANG FORSØKT Å TA DITT EGET LIV?
(Antall ganger kodes.)
0: Ingen ganger, 9: 9 eller flere

☐

HAR DU I LØPET AV DEN SISTE UKEN HATT
DØDSTANKER ELLER DØDSØNSKER?

1:

3:

5:

11

Institusjonens navn:

Oppholdets
varighet[illegible]

--	--

--	--

--	--

--	--	--

[illegible]

--	--

--	--

--	--	--

178

143	HAR DU VÆRT I SITUASJONER HVOR DU KAN HA BLITT HIV-SMITTET ELLER KAN HA SMITTET ANDRE MED HIV? 0: Nei, 1: Ja, ved urene sprøyter 2: Ja, ved seksuell kontakt, 3: 1+2 4: Annet:	☐
144	HAR DU TATT HIV-TEST? 0: Aldri, 1: 1 gang, 2: 2-5 ganger, 3: Flere	☐
145	NÅR TESTET DU DEG SIST? 0: Ikke testet, 1: I løpet av siste halvår 2: I løpet av siste år, 3: Over et år siden	☐
146	HVA VAR RESULTATET SISTE GANG? 0: Ikke testet, 1: Negativ, 2: Positiv 3: Ikke fått resultatet 4: Vil ikke oppgi resultatet	☐
147	HAR DU UTSATT DEG FOR SMITTE ETTER AT DU TESTET DEG SISTE GANG? 0: Ikke testet, 1: Ja, ved urene sprøyter 2: Ja, ved seksuell kontakt, 3: 1+2 4: Annet:	☐

De neste scores forutsetter bruk av DTES skalaene (Drug Taking Evaluation Scale) for MISBRUK, SOSIAL FUNKSJON OG SOSIAL TILHØRIGHET, samt score på GLOBAL ASSESSMENT SCALE (GAS-score). (Se manual.) Sett opp gjennomsnittlig funksjon siste 6 mndr. Bruk siste 6 måneder ute hvis pasienten kommer fra fengsel/institusjon.

148	MISBRUK SISTE 6 MÅNEDER: DTES Misbruk	☐
149	SOSIAL FUNKSJON SISTE 6 MÅNEDER: DTES Sosial funksjon	☐
150	SOSIAL TILHØRIGHET SISTE 6 MÅNEDER: DTES Sosial tilhørighet	☐
151-153	GAS-SCORE (Gjennomsnitt siste 6 mndr.)	

- 154 ER GRUNNSKOLEUTDANNINGEN FULLFØRT?
1: Ja, på ordinær måte, 2: Ja, ved hjelp av
spesialundervisning, 3: Nei ☐
- 155 HVORDAN TRIVDES DU I GRUNNSKOLEN?
1: Godt, 2: OK å være der, 3: Mistrivsel, trolig pga.
lærevansker, 4: Mistrivsel, trolig pga. atferdsvansker
5: 3+4, 6: Mistrivsel av andre grunner ☐
- 156 HVOR MANGE GANGER HAR DU SKIFTET SKOLE I
GRUNNSKOLEN?
0: Ingen, 9: 9 eller flere ☐
- 157 HAR DU FULLFØRT NOEN VIDERE GÅENDE UTDANNING?
0: Nei, 1: Almenfag/delfag, 2: 1-årig/2-årig
yrkesfag, 3: 3-årig almenfag, 4: 3-årig
yrkesfag, 5: Fagbrev, 6: Høyskole, univ. ☐
- 158 FLYTTET FORELDRENE DINE FRA HVERANDRE
(SKILTE DE SEG) FØR DU VAR 16 ÅR?
0: Foreldrene har aldri bodd sammen etter fødselen
1: Ja, 2: Nei, 3: Vet ikke ☐
- 159 LEVDE BEGGE DINE BIOLOGISKE FORELDRE FRAM
TIL DU VAR 16 ÅR?
1: Ja, 2: Far døde, 3: Mor døde, 4: 2+3, 5: Vet ikke ☐
- 160 HAR DU NOEN GANG VÆRT Plassert utenfor dine
BIOLOGISKE FORELDRES OMSORG? (Minst 1 år.)
0: Nei, 1: Adoptivforeldre, 2: Fosterforeldre/barnehjem
3: Slektsplassering, 4: 1+2, 5: 2+3
6: Andre kombinasjoner ☐
- 161 HVA SLAGS FORHOLD TIL ALKOHOL HADDE DIN
BIOLOGISKE FAR I DIN OPPVEKST?
1: Totalavhold, 2: Meget måteholden, bare sporadisk
alkoholforbruk, 3: "Vanlig bruk", uten problemer
4: Bruk med problemer, 5: Vært til behandling
6: Vet ikke ☐
- 162 HVA SLAGS FORHOLD TIL ALKOHOL HADDE DIN
BIOLOGISKE MOR I DIN OPPVEKST?
(Kodes som 160) ☐
- 163 HAR DIN BIOLOGISKE FAR VÆRT I PSYKIATRISK
BEHANDLING?
1: Ja, 2: Nei, 3: Vet ikke ☐
- 164 HAR DIN BIOLOGISKE MOR VÆRT I PSYKIATRISK
BEHANDLING?
1: Ja, 2: Nei, 3: Vet ikke ☐
- 165 HADDE DU TILSYN AV BARNEVERNET SOM BARN?
(Før fylte 16 år.)
0: Nei, 1: Tilsyn pga. familien, 2: Tilsyn pga.
tilpasningsvansker, 3: Vet ikke ☐
- 166 BLE DU NOEN GANG BEHANDLET FOR PSYKISKE
PROBLEMER FØR DU FYLTE 16 ÅR?
1: Ja, 2: Nei ☐

UTSKRIVELSE/AVREISE/AVSLUTNINGSDATA

NB! Polikliniske/ambulante tiltak:
GÅ til punkt 184-189.

FOR INSTITUSJONER OG KOLLEKTIVER:

167-172	UTSKRIVNINGSDATO (Avreisedato kollektiv)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dag</td> <td style="text-align: center;">Mnd</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">År</td> </tr> </table>							Dag	Mnd	År			
Dag	Mnd	År												
173-175	OPPHOLDSTID I UKER	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
176-178	ANTALL UKER I DØGNSTATUS DENNE PERIODE (Kollektiv: Antall uker delmedleverskap)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
179-181	ANTALL UKER SOM DAGPASIENT DENNE PERIODE (Kollektiv: Antall uker delmedleverskap)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
182	VIDERE BEHANDLINGSKONTAKT 1: Fortsatt poliklinisk behandling fra denne institusjon/Fortsatt i kollektivets opplegg, selvstendig bosituasjon. (NB! Ved avslutning av det polikliniske tilbud eller kollektivets opplegg utfylles da pkt. 184-189.) 2: Poliklinisk kontakt annet sted, 3: Innleggelse annet sted, 4: Ingen videre kontakt													
183	VED INNLEGGELSE ELLER POLIKLINISK KONTAKT ANNET STED (PKT. 2 ELLER 3 OVENFOR) ANFØRES NAVNET PÅ INSTITUSJONEN/TILTAKET													

GÅ TIL PUNKT 203.

FOR POLIKLINISKE TILTAK

NB! Ved utskrivning fra døgn/daginstitutioner/
kollektiver, gå til pkt. 203.

184-189 AVSLUTNINGSDATO

Planlagt avslutning eller uteblivelse fra
kontakten. Ved innleggelse i institusjonen
med planlagt kontakt under oppholdet
registreres ikke avslutning.

Dag		Mnd		År	

190-192 ANTALL UKER I DENNE POLIKLINISKE
BEHANDLINGSPERIODEN

--	--	--

193-195 ANTALL KONSULTASJONER I DENNE PERIODEN

--	--	--

196-197 ANTALL INNLEGGELSER I LØPET AV DENNE
POLIKLINISKE BEHANDLINGSPERIODEN
00: Ingen slike innleggelser

--	--

198-200 ANTALL UKER INNLAGT I LØPET AV DENNE
POLIKLINISKE BEHANDLINGSPERIODEN
000: Ingen slike innleggelser/
mindre enn en uke

--	--	--

201 VIDERE BEHANDLINGSKONTAKT

1: Innleggelse i denne institusjon
(Avslutning av innleggelsen fylles
da ut under pkt. 167-182 og 203-220.)
2: Poliklinisk kontakt annet sted, 3: Innleggelse
annet sted, 4: Ingen videre kontakt

--

202 VED INNLEGGELSE ELLER POLIKLINISK KONTAKT
ANNET STED (PKT. 2 ELLER 3 OVENFOR) ANFØRES
NAVNET PÅ INSTITUSJONEN/TILTAKET:

.....

--

FOR INSTITUSJONER, KOLLEKTIVER OG POLIKLINISKE TILTAK

INNHOOLD I BEHANDLINGEN I DENNE PERIODEN:

1: Ja 2: Nei

203	Økonomisk hjelp.....	☐
204	Hjelp til bolig eller arbeid.....	☐
205	Pedagogisk hjelp eller rådgivning.....	☐
206	Foreskrevet medikamenter.....	☐
207	Somatisk utredning eller behandling.....	☐
208	Individuell støtteterapi.....	☐
209	Innsiktsorientert psykoterapi.....	☐
210	Parsamtaler.....	☐
211	Familiebehandling.....	☐
212	Gruppebehandling.....	☐
213	Ressurskartlegging, yrkesrettledning.....	☐
214	Sosialt nettverk, fritidsaktiviteter.....	☐
215	Utredning, planlegging.....	☐
216	Ettervernsmessig attføringsopplegg.....	☐
217	Annet:.....	☐

218 TYPE UTSKRIVNING/AVREISE/AVSLUTNING:

1: Planlagt, dvs. gjensidig avtale, anbefalt av behandler
 2: Mot personalets råd, 3: Uteblitt, 4: Utvist pga.
 reglements/avtalebrudd, 5: Overført annen institusjon/
 poliklinisk behandling,
 6: Annet:

☐

219 OPPHOLDSSTED VED AVSLUTNING/UTSKRIVNING:

0: Intet fast oppholdssted/hospits
 1: Fast leilighet/hus/hybel (egen)
 2: Hos foreldre eller nære slektninger
 3: Ingen bolig, men midlertidige muligheter
 4: Behandlingsinstitusjon
 5: Ettervernshjem/hybelhus/bokollektiv
 6: Fengsel

☐

220 HAR DU ARBEID ELLER SKOLEPlass VED UTSKRIVNING/
AVSLUTNING:
1: Hverken arbeid eller skoleplass, 2: Uføretrygd
3: Arbeidsmarkedstiltak, 4: Vanlig arbeid
5: Skoleplass, 6: Overføres fengsel/institusjon
7: Annet:.....



Intervjuer:

.....
Navn, stilling

Dato for utfylling:.....

BIOGRAFISKE FORHOLD	IKKE BELASTENDE	BELASTENDE FORHOLD
* 1. Fødselsforhold	Født i ekteskap	Født utenfor ekteskap
2. Forekomst av brutt hjem	Ikke brutt hjem	Brutt hjem (inkludert dødsfall)
3. Institusjonsopphold	Ikke forekomst av institusjonsopphold før 15 års alder	Forekomst av institusjonsopphold før 15 års alder
4. Antall oppdragelseskonstellasjoner	1 oppdragelseskonstellasjon	2 eller flere oppdragelseskonstellasjoner
5. Barnevernskontakt	Ikke tilsyn, eller tilsyn pga. familien	Tilsyn pga. tilpasningsproblemer
6. Antall skoleskift	1 skoleskift	2 eller flere skoleskift
* 7. Skolekarriere	Gjennomført ungdomsskole/realskole/gymnas	Avbrutt folke- eller ungdomsskole
8. Skolevanskeligheter	Ingen vanskeligheter	Pedagogiske og/eller atferdsmessige vanskeligheter
9. Arbeid/utdannelsesforhold	1 arbeid/under utdanning ved innleggelse eller mindre enn 6 mndr. uten arbeid el. utdanning før ankomsten	Mer enn 6 mndr. uten arbeid og utdanning før henvendelsen til avdelingen
10. Boligforhold ved ankomsten	Bor hos foreldre, familie, leiet rom	Uten fast bopel
11. Kriminalitet uten relasjon til stoffbruk	Ikke registrert	Registrert (straffedømt/fengslet)
12. Kriminalitet med relasjon til stoffbruk	Ikke registrert	Registrert (straffedømt/fengslet)
13. Varighet av stoffbruk	Under 3 år	3 eller flere års varighet
* 14. Seksuelt misbruk/voldtekt	Ikke misbrukt seksuelt, ikke voldtatt	Misbrukt seksuelt før 16 år, eller voldtatt
* 15. Prostitusjon	Ikke prostituert seg før 16 år	Prostituert seg 1 eller flere ggr. etter 16 år
16. Alvorlige suicidalforsøk	Ingen slike forsøk	1 eller flere slike forsøk
17. Livstruende overdoser	Ingen livstruende overdoser	1 eller flere livstruende overdoser

* Ikke brukt i denne undersøkelsen

GAS

GLOBAL VURDERINGSSKALA

Skalaen angir et tenkt kontinuum av mental helse. Du skal avgjøre hvor på dette kontinuum personens aktuelle tilstand befinner seg. Du gjør dette ved å velge det laveste skalaområde som beskriver hans gjennomsnittlige funksjonering de siste 6 måneder. F.eks. vil en person hvis "atferd i stor grad er påvirket av vrangforestillinger" (område 20 - 30), bli plassert innen dette skalaområde, selv om vedkommende har "store problemer innen flere funksjonsområder" (område 31 - 40). Bruk de mellomliggende nivåene når du synes dette passer (altså f.eks. 35, 58, 63 o.s.v.). Du skal vurdere personens nåværende funksjonering uavhengig av om vedkommende får, og du tror at vedkommende kan komme til å profitere på, medikasjon eller annen form for behandling.

- 100 Ingen symptomer, ingen problemer innen et vidspæktret funksjonsområde.
 1 Livsproblemene blir aldri overveldende. Andre liker ham og søker hans
 91 selskap p.g.a. hans varme og integritet.
- 90 Forbigående symptomer kan forekomme, men han fungerer relativt
 1 problemfritt innen alle områder. Interessert og tar aktiv del i en
 1 rekke aktiviteter. Fungerer sosialt godt. Er generelt tilfreds med
 1 livet. Det hender bare sjelden at hverdagslivets bekymringer og pro-
 81 blemer ikke mestres.
- 80 Lette symptomer kan forekomme, men evnen til å fungere er bare ube-
 1 tydlig svekket. Hverdagslivets bekymringer og problemer vil av og til
 71 kunne virke overveldende, og vil av og til ikke mestres.
- 70 Noen relativt lette symptomer (f.eks. depressivt stemningsleie og
 1 lette innsvningsproblemer) og vanskeligheter med å funksjonere innen
 1 flere områder. Generelt fungerer pasienten relativt bra. Han har en
 1 del betydningsfulle mellommenneskelige kontakter. De fleste som ikke
 61 var fagfolk vil ikke se på ham som avvikende eller "syk".
- 60 Moderate symptomer og generelle vanskeligheter med å funksjonere
 1 (f.eks. få venner og avflatet følelsesliv, depressiv sinnstilstand og
 1 patologisk selvsikkerhet, euforisk sinnstilstand og taletranghet,
 51 middels alvorlig asosial atferd).
- 50 Enhver alvorlig symptomatologi eller svekkelse i funksjonering som de
 1 fleste klinikere ville mene åpenbart gjorde behandling nødvendig. (F.
 1 eks. selvmordstanker eller demonstrasjoner, alvorlige tvangspregede
 1 ritualer, hyppige angstanfall, alvorlig asosial atferd, alkoholpro-
 41 blemer.)
- 40 Sterk svekkelse innen flere funksjonsområder, slik som arbeid,
 1 familieliv, tankeforstyrrelser eller emosjonelle forstyrrelser (f.eks.
 1 deprimert kvinne unngår venner, tar seg ikke av sin familie, er ute av
 1 stand til å gjøre husarbeid, eller svekkelse i realitetstestende evne
 1 eller evnen til å meddele seg (f.eks. snakker av og til uforståelig,
 31 ulogisk, eller usammenhengende, eller et enkelt selvmordsforsøk).
- 30 Ute av stand til å fungere innen nesten alle områder (d.v.s. ligger i
 1 sengen hele dagen, eller atferd som for en stor grad er påvirket
 1 enten av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, eller alvorlig
 1 svekkelse i evnen til å meddele seg (f.eks. snakker av og til usammen-
 1 hengende eller svarer ikke). Eller svekkelse av den sosiale kontroll
 21 (f.eks. sterkt avvikende og ukritisk atferd).
- 20 Trenger noe tilsyn for å forhindre at han skader seg selv eller andre,
 1 eller for å opprettholde den personlige hygiene (f.eks. gjentatte
 1 selvmordsforsøk, hyppig fysisk aggressiv, manisk opphisselse, kliner
 1 med feces), eller sterk svekkelse i evnen til å meddele seg (d.v.s.
 11 for det meste usammenhengende eller taus).
- 10 Trenger kontinuerlig overvåking i dagevis for å forhindre at han
 1 skader seg selv eller andre, eller for at en minimal personlig hygiene
 1 kan opprettholdes.

DTES

**ANVISNINGER PÅ BRUKEN AV DE TRE SKALAENE;
RUSMIDDELBRUK, SOSIAL FUNKSJON OG SOSIAL TILHØRIGHET.**

Skalaene har en felles oppbygning og gradering. Som en modell på delskalaenes oppbygning har vi tenkt oss en persons selvhjulpenhet (autonomi) innenfor de områdene skalaen måler.

Hver delskala gir en klinisk beskrivelse av polariteten mellom fullstendig frihet fra belastning eller autonomi og hjelpeløshet og avvik.

Beskrivelsene er inndelt i 9 trinn. De første 3 trinnene gir den normale delen av skalaen. Trinnene 4 - 6 angir problemfeltet, og trinnene 7 - 9 rent avvik eller sykdom.

Det vil vanligvis være mulig å skåre klienten på de tre skalaene på bakgrunn av de spørsmål som stilles gjennom intervjueskjemaet. I enkelte tilfeller vil intervjueren eventuelt måtte utdype spørsmålene noe og da skal spørsmålene knyttes til beskrivelsene i hver enkelt skala.

Den første skalaen, rusmiddelbruk, angir polariteten mellom totalt avhold og massivt bruk av rusmidler uten kontroll eller personlig håp.

DTES MISBRUK

Skalaen gir et klinisk bilde som omfattes av hyppigheten av misbruket, type stoff og graden av kontroll. De viktigste faktorene i denne skalaen er bruksfrekvens og grad av kontroll. Det er åpent for diskusjon at graden av kontroll ofte varierer med hvilken type stoff som blir benyttet, slik at f.eks. cannabisbruk alene ikke skal begrunne for dette. Det er også et postulat at misbruk skåret i kategoriene 7 - 9 som regel sentrerer seg om et stoff. Blandingsmisbruk kan skåres i alle skalaens dimensjoner, men i varierende grad. Et paradoks må nevnes: For å kunne oppnå skåre 8 og 9 i denne skalaen ser det ut til at en person må ha krefter og ressurser til å leve et relativt aktivt liv.

DTES-SKÅRE, MISBRUK

Stikkordsoverskrift	Pasientbeskrivelse (P), eksempler (E)
Normalområdet:	
1. Abstinens	P: Bruker av prinsipp eller av valg overhodet ingen rusmidler. Totalavhold.
2. Moderat bruk	P: Sosialt aksepterte rusmidler blir brukt i en moderat grad i sosialt aksepterte situasjoner. E: Vin eller øl til middag, drinker i selskap, m.v.
3. Kontrollert, men høyt forbruk	P: Mer enn vanlig bruk av sosialt aksepterte rusmidler som ikke er vanlige eller legale. Det er ingen tegn til kontrollsvikt eller negative konsekvenser. E: Alkohol flere ganger i uken, men ikke beruset. Sjelden en pipe hasj, men ikke når noe skal gjøres.
Symptomområdet:	
4. Problembruk	P: Bruk som begynner å skape problemer for funksjonen eller som motiveres av tilpasningsvaner. Kritisk bedømmelse av bruken er inntakt. E: Bruker alkohol hver dag, men ikke alltid til beruselse. Daglig bruk av cannabis, men ikke når omstendighetene forbyr det.
5. Kritikkløs rusing	P: Bruker rusmidler når det er noe å få, men går ikke til ekstremer for å få tak i dem. Kan holde seg abstinert uten store vansker når omstendighetene tilsier det. E: Bruker alkohol eller cannabis daglig. Misbruker snuffemidler eller sporadisk opiater eller amfetaminstoffer. Stoffer kan sporadisk inntas ved injeksjoner.
6. Kritikkløshet og tegn til kontrollsvikt	P: Som ovenfor, men episoder hvor eget ønske om abstinens har mislykkes. E: Mest typisk et ukritisk blandingsmisbruk basert på cannabis eller alkohol. Amfetamin eller opiater mer eller mindre i bruk, men ikke som det sentrale stoff.
Sykdomsområdet-pasientområdet-institusjonsområdet-sosialkasusområdet.	
7. Begynnende avhengighet	P: Bruken begynner å samle seg om et middel med tydelig tegn til avhengighetsreaksjoner. Fremdeles alternering mellom rusmidler, perioder med tanker om å slutte og tegn til bedre kontroll. E: Bruk av alkohol med black-outs. Bruk av opiater i dager. Bare bruk av cannabis vil kun kvalifisere hvis nøye bedømmelse viser tilsvarende grad av mangel på kontroll og påvirkning av stoff.
8. Tydelig avhengighet	P: Bruksmønsteret festnet rundt et rusmiddel eller med sterkt avhengighetspreg. Tanker og planer om å slutte fremdeles tilstede i perioder. E: Daglig innhalasjon av organiske løsningsmidler, bruk av amfetaminstoffer med typiske misbruksperioder, regelmessig inntak av opiater flere ganger om dagen, særlig injeksjoner.
9. Kronisk misbruk	P: Har gitt opp. Den eneste målsetning å sikre fortsatt bruk. Ingen tanke om å slutte med noe alvor i. E: Uteliggende alkoholikere, langtkomne sprøyte-narkomane.

DTES SOSIAL FUNKSJON

Skalaen for sosial funksjon er en kompleks skala bygget på beskjeftigelse i arbeid eller utdanning.

Den sosiale funksjonen blir vurdert både ut fra grad av uavhengighet, sosial akseptasjon og personens tilfredsstillelse i beskjeftigelse. Knyttet til skalaen for sosial funksjon er problemet med å rangere sosialt akseptert og ikke-akseptert atferd. Det kan være et problem hvordan man skal rangere en selvhjulpen og selvstendig prostituert eller en selvhjulpen og effektiv stoffselger på den samme måten som en forkommen og hjelpetrengende misbruker, eller en person som går inn og ut av fengsel. Vi har valgt å bedømme også den selvhjulpne asosiale funksjon i den negative eller belastede del av skalaen.

DTES-SKÅRE SOSIAL FUNKSJON

Stikkordsoverskrift Pasientbeskrivelse

Normalområdet:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Fullgod. "Har funnet sin plass" | Fast heldagsjobb/utdannelse svarende til evner og behov - mestring og trivsel. Full økonomisk selvstendighet, ivaretagelse av personlige behov. |
| 2. Vanlig, akseptabel | Fast heldagsjobb/utdannelse. "En jobb må man ha." Full mestring men uten spesiell trivsel. |
| 3. Spinkel | Heldagsjobb/utdannelse, men ikke fast eller målrettet mot noe yrke. Manglende trivsel/mistrivsel og eventuelt noe skoft eller samarbeidsproblemer. "Klarer seg". |

Symptomområdet - klientområdet - ambulantområdet:

- | | |
|-----------------|---|
| 4. "Skrantete" | Er i jobb/skole eller har nylig vært og er på aktiv søking. Eller er i jobb, men trenger regelmessig beskyttelse/støtte for å holde den (skoft, funksjonssvikt). Attføring/voksenopplæring o.l. |
| 5. Liten/dårlig | Har småjobber, men av kort varighet, eller tilfældige kurser, ikke inntektsbringende hobbypregede aktiviteter kan være tilstede. Avhengi av hjelp og støtte økonomisk og sosialt. Asosialitet som innslag bare. |
| 6. Minimal | Aktive forsøk på å få jobb/utdannelse eller helt kortvarige arbeidstilknytninger har vært tilstede. Ønsker men får det ikke til. I hovedsak økonomisk avhengi, evt. småkriminalitet, stoffsalg. |

Sykdomsområdet - pasientområdet - institusjonsområdet - sosialkassusområdet

- | | |
|--|---|
| 7. Fungerer ikke, men ønsker det | Ikke fungert arbeidsmessig eller i utdannelse i perioden, men holdningen og ønsket foreligger reelt. Hvis kriminell, kriminell med motforestillinger. |
| 8. Fungerer ikke, begynner å gi opp ønske/håp om tilpasset sosial funksjon | Som ovenfor, men nå ikke sikre aktive ønsker. Evt. mer systematisk kriminalitet/prostitusjon, men ikke som villet fremtid. |
| 9. Fungerer ikke, har gitt opp eller forkastet enhver tanke om det | Som ovenfor, men nå uten noe håp/ønske om annen situasjon. |

DTES SOSIAL TILHØRIGHET

Denne skalaen er ment å gi et bilde av den sosiale tilhørighet og identifikasjon hos personen.

De faktorer som er involvert er type av familiekontakt og kontakt med andre personer. Kvaliteten på kontakten og miljøets holdning til stoffmisbruk og sosial funksjon er også viktig. I det ene ytterpunktet finner man personer som har en tilfredsstillende kontakt med sin egen familie og en rik krets av venner som ikke bruker stoffer og som er sosialt integrerte. I den andre enden av skalaen finner man personer integrert i asosiale, eventuelt misbrukende miljøer, eller fullstendig isolerte personer i drift. Den største vanskeligheten med denne skalaen ligger i hvilken kontakt og forbindelse man skal legge vekt på. Vi valgte å skåre både en aktiv integrasjon i et asosialt miljø og en uintegrert person mot den negative pol av skalaen.

DTES-SKÅRE, SOSIAL TILHØRIGHET

Stikkordsoversikt

Pasientbeskrivelser

Normalområdet:

- | | |
|--|--|
| 1. Fullgod, akseptabel med god behovsdekning. "God familie, gode venner" | Integrert i egen familie eller opphavsfamilie på en følelsesmessig tilfredsstillende måte. Egne venner uten misbruk/asosialitet med reelle følelsesmessige bånd. |
| 2. Vanlig | Som ovenfor, men ikke nødvendigvis så nære følelsesmessige bånd. En del mindre konflikter kan være tilstede. |
| 3. "Anstrengt tilhørighet" | Har både egen familie/opphavsfamilie og venner, men forholdene er tydelig vanskelige eller fjerne/tilfeldige til en av sidene. Reelle bånd tilstede. |

Symptomområdet - klientområdet - ambulantområdet

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 4. Problematisk | Tydelige og alvorlige konflikter eller fjernhet/likegyldighet til venner eller familie. Tydelig innslag av kontaktforhold med ikke-akseptabelt rusmiddelbruk eller asosialt livsmønster kan være tilstede. |
| 5. Uavklart
"En fot i hver leir" | Konflikter, isolasjon eller dominans av rusmiddelbrukende miljø gjør at det er usikkert hvor tilhørigheten er sterkest. |
| 6. "Noen betyr noe for meg" | Kontakten og tilhørigheten domineres i retning av rusmiddelmisbruk/asosialitet eller kontaktløshet/drifting. Men noen er tilstede emosjonelt og sosialt med tilpasning og ressurser selv om vanskelig. |

Sykdomsområdet - pasientområdet - institusjonsområdet

- | | |
|--|--|
| 7. "Det er ikke mye igjen utenfor rusmiljøene" | Som ovenfor, men nå uten tydelige bånd og tilknytninger. Konflikter eller avvisning til/fra opphavsfamilie forhindrer kontakt for det meste. Men det kan være kontakt/tilknytning til behandlere eller polititjenestemenn. |
| 8. Avvikertilhørigheten dominerer | Enkelte bevegelser og tilknytninger vage. Ønsker om et liv utenfor rusmiddel/asosiale miljøer kan spores, men bare som fjerne drømmer. Full tilhørighet i rusmiddelmiljøene eller mønster som ensom drifter. |
| 9. Avvikertilhørigheten fastlagt | Aktivt fiendtlig, eller uten noe håp om andre tilknytninger. Integrert aktivt med i miljøene eller helt oppgitt ensom drifter uten noen egentlige kontakter. |

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 spørre-skjemaundersøkelse 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.

Rossow, Ingeborg og Træen, Bente: *På kafe i Norge. Om kafebruk, alkoholbruk og livsstil*. 59 s., Oslo 1995.