

# Som man roper i skogen får man svar

---

**En case-studie om BrukerPlans egnethet  
for å kartlegge befolkningens behov for  
rusbehandling og –omsorg.**

**Av Miriam Hartveit**

**Master i helseledelse og helseøkonomi**  
Det medisinske fakultet  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
**Universitetet i Bergen**  
**2008**





## Masteroppgave i helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel <b>SOM MAN ROPER I SKOGEN FÅR MAN SVAR – en case-studie om BrukerPlans egnethet for å kartlegge befolkningens behov for rusbehandling og –omsorg.</b>				
Forfatter <b>Miriam Hartveit</b>				
Forfatterens stilling og arbeidssted <b>Forskningskoordinator Forskningsseksjonen, Psykiatrisk klinikk, Helse Fonna HF</b>				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Førsteamanuensis Otto Brun Pedersen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen		
Antall sider <b>96</b>	Språk oppgave <b>Norsk</b>	Språk sammendrag <b>Norsk</b>	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag <b>Bakgrunn:</b> Tradisjonelt sett har helsetjenesten benyttet epidemiologiske data for å planlegge behandlings- og omsorgstjenester. Men for tjenester for rusmisbrukere er det knyttet stor usikkerhet til blant annet omfanget av gruppen, kunnskap om behandlingseffekt, og sammenhengen mellom behov og etterspørsel. Dette er karakteristikk vi kjenner igjen fra andre store brukergrupper som alvorlig psykisk syke. Det er derfor behov for økt kunnskap om hvordan vi best kartlegger behov hos denne brukergruppen.  BrukerPlan er utviklet for kunne gi et beslutningsgrunnlag for å planlegge rusbehandling og –omsorg. Instrumentet og metoden er derfor interessant som et eksempel på fenomenet kartleggingsverktøy for brukergrupper med nevnte usikkerhet og med behov for integrert behandling.  <b>Hensikt:</b> Gjennom å studere BrukerPlan vil en kunne få forståelsen for konsekvenser av de ulike valg som er tatt i BrukerPlan. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvilke konsekvenser valg av grunnsyn, utforming av kartleggingsinstrument og valg av informanter får ved denne type kartlegging.  <b>Materiale:</b> 669 rusmisbrukere kartlagt gjennom BrukerPlan utgjør datamaterialet. Det er fremkommet ved at sosialtjenesten i åtte kommuner har kartlagt de klienter som har et kjent rusmisbruk. Dette materialet suppleres med litteratur om begrepet ”behov” ved helsetjenesteplanlegging, og kunnskap om rusmisbruk og rusmisbrukeres behov.  <b>Metode:</b> Det fleksible designet case-studie er valgt som design for problemstillingen ”I hvilken grad fanger BrukerPlan opp befolkningens behov, for planlegging av rusbehandling og –omsorg?”. BrukerPlan vurderes opp mot modellen ”Developing Individual Services in the Community” (DISC) og andre kilder til kunnskap, etter definerte analyseenheter.				

**Resultat:** En finner at BrukerPlan bygger på en grunnforståelse som skiller seg fra modellen for integrert behandling. Tjenesteyterperspektiv fremfor pasientperspektiv, fokus på hele gruppens enkelte behov fremfor individers sammensatte behov, og elementer av markedstenkning fremfor individuell tilpassing, er forhold ved BrukerPlans grunnforståelse som står i motsetning til kunnskap om rusmisbrukeres behov og kunnskap om planlegging av tjenester for denne pasientgruppen.

Det er indikasjoner på at kartleggingen ikke fanger alle rusmisbrukere i en befolkning. Gruppene eldre, kvinner, foreldre og mennesker med ”lettere” rusmisbruk er fremhevet som mulige grupper som kan være underrepresentert.

Som følge av at eksisterende tjenester legges til grunn i BrukerPlan, finner en flere indikasjoner på at visse antatte behov ikke fremkommer i datamaterialet fra BrukerPlan, og overestimering av andre behov. Ved å kartlegge antatt etterspørsel for enkelte tiltak oppsummert for hele gruppen, skilles ikke undergrupper med spesielle behov ut. Bearbeiding av dataene viser at konsekvensen er at noen klients funksjonssvikt eller behov generaliseres og aksepteres som representative for hele gruppen.

BrukerPlan legger til grunn en bred behovsforståelse. I tråd med prinsipper for integrert behandling gjennomføres kartleggingen på tvers av forvaltningsnivå og ulike etater.

### **Konklusjon**

Gjennom analytisk generalisering gir studien kunnskap om konsekvenser en sannsynligvis kan forvente ved bruk av andre kartleggingsmodeller, om en gjør de samme valg som er gjort i BrukerPlan. Studien viser at det er tatt noen valg i BrukerPlan som må ansees som ikke hensiktsmessige. Samtidig viser resultatene også at det er tatt noen valg som er i tråd med kunnskapsgrunnlaget for denne studien. Det er behov for mer forskning på området.

Nøkkelord

Behov, kartlegging, befolkning, rusmisbruk, integrert behandling



## Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management and Health Economics at the University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation IN THE WAY YOU CALL IN THE WOODS YOU WILL GET ANSWER – a Case Study on the BrukerPlan’s adequacy for mapping the needs for Substance abusing treatment and care in the population.				
Author Miriam Hartveit				
Author’s position and address Research Coordinator Section for Mental Health Research, Helse Fonna HF				
Date of approval		Supervisor Associate professor Otto Brun Pedersen, Institute of community medicine, University of Bergen		
Number of pages 96	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Abstract</p> <p><b>Background:</b> Traditionally the Health Services have used epidemiological data to plan Health Services. But for services for substance abusers there is an uncertainty regarding the number of substance abusers, effect from various interventions, and the connection between demands and needs. These are characteristics we know from other groups of patients such as those with major mental illness. It is therefore a need for more knowledge about best practice for mapping the needs in this patient group.</p> <p>“BrukerPlan” is developed to give a basis for planning treatment and care for substance abusers. The instrument and the method is an interesting example of the phenomenon mapping tool for a patient group with mentioned uncertainty, which are in need of integrated care.</p> <p><b>Aim:</b> By studying BrukerPlan one can get an understanding of the consequences from the choices made in BrukerPlan. The aim is to develop knowledge about the consequences from basic understanding, formulation of the mapping tool and choice of informants, when doing this kind of mapping.</p> <p><b>Material:</b> 669 substance abusers mapped by using BrukerPlan make the material. The mapping was carried out by employees in the Social Services in eight municipalities, who mapped all their clients which were defined as substance abusers. The material is supplemented by literature on the concept “need” when planning Health- and Social Services, and knowledge about substance abuse and substance abusers needs.</p> <p><b>Method</b> Case Study Design, as a flexible design, is chosen for the research question “To what degree do BrukerPlan capture the population’s needs, in planning substance abusing treatment and care?”. BrukerPlan is assessed and compared to the model “Developing Individual Services in the Community” (DISC) and other sources of knowledge, by using defined units of analysis.</p>				

**Results:** It is found that BrukerPlan is based on a basic understanding that is different from the model for integrated care. The service perspective instead of patient perspective, focus on the whole group's single needs instead of individuals inseparable needs, and elements of market thinking instead of individual adjustment, are issues of BrukerPlan's basic understanding that is contradictory to knowledge about the substance abusers' needs and knowledge on planning of services for this patient group.

The study indicates that the mapping does not capture all the substance abusers in the population. Elderly, women, parents and people with "minor" substance abuse are put forward as examples of groups that can be underestimated.

As a result of BrukerPlan's use of demand for existing services to map needs, the study indicates that needs one expect to find do not appear in the results of the mapping. Other needs may be overestimated. When mapping is based on assumed demand for single interventions summed up for the whole group, the special needs of subgroups are not defined separately. Analyses show that the consequence of this is that some clients' disabilities or needs are generalized and accepted as representative for the whole group.

BrukerPlan uses a broad understanding for substance abusers' needs. In accordance to principles for integrated care, the mapping involves a wide range of services that provide interventions for substance abuse.

**Conclusion:** By analytic generalisation this study develops knowledge about consequences one may expect also when using other models for mapping, if the same choices that have been made in BrukerPlan are made. The study shows that some of the choices made in BrukerPlan are not in accordance to the tool's intention. It shows also that there is made some choices that are in accordance with the knowledge this study is based on. There is a need for more research on the subject.

Key words

Needs, mapping, Population, Substance Abuse, Integrated Care

*”Jeg har hatt for sterk vilje og for mange egne meninger og visjoner til at jeg føler at de har tatt meg på alvor. Hvis du vil ha hjelp fra systemet er du nødt til å være så knekt og ødelagt at de kan bygge deg opp og programmere deg som de vil ha deg.”*

Hank von Helvete, artist og LAR-klient

Fra Megafon nr 4, 2007

# Innholdsfortegnelse

INNLEDNING .....	9
<b>1. BAKGRUNN .....</b>	<b>11</b>
1.1. "BEHOV" VED PLANLEGGING AV TJENESTER .....	11
1.1.1 En definisjon av "behov" .....	11
1.1.2 "Requirement" til forskjell fra "need" .....	12
1.1.3 Følt, uttrykt, normativt og komparativt behov .....	12
1.1.4 Behov slik pasient og fagpersonell vurderer det .....	12
1.1.5 Behov i et samfunnsperspektiv .....	13
1.1.6 "Sørge for -ansvar" som svar på behov .....	14
1.2 USIKKERHET KNYTTET TIL RUSMISBRUK OG -BEHANDLING .....	15
1.2.1 Hva er et rusmiddel? .....	15
1.2.2 Hva er "rusmisbruk"? .....	15
1.2.3 Hvem er rusmisbrukere? .....	16
1.2.4 Hva er beste praksis i behandling av rusmisbruk? .....	16
1.3 HVA HAR RUSMISBRUKERE BEHOV FOR? .....	17
1.3.1 Allmenne behov .....	17
1.3.2 Rusmisbrukeres behov .....	18
1.3.3 Behov hos spesielle grupper av rusmisbrukere .....	20
1.4 EN MODELL FOR INTEGRERT BEHANDLING: DISC-MODELLEN .....	22
1.4.1 Introduksjon av DISC til rusfeltet .....	23
1.4.2 Behovskategorier .....	23
1.4.3 Fokus på sammensatte tjenester og samarbeid på tvers .....	24
1.4.4 Fokus på innovasjon og nye løsninger .....	24
1.5 DAGENS KARTLEGGINGSMETODER .....	25
1.5.1 Indikasjoner og indirekte sammenhenger .....	25
1.5.2 Undersøkelser av ulike gruppers erfaring med rusmidler .....	25
1.5.3 Etterspørsel og ventelister .....	28
1.5.4 Kartleggingsverktøy .....	30
1.6 BRUKERPLAN .....	31
1.6.1 Bakgrunn .....	31
1.6.2 Utvikling av verktøyet .....	32
1.7 SAMMENLIGNING AV BRUKERPLAN OG DISC-MODELLEN .....	33
1.7.1 Grunnforståelse i DISC-modellen og BrukerPlan .....	33
1.7.2 Variabler i DISC-modellen og BrukerPlan .....	35
<b>2. HENSIKTEN MED STUDIEN .....</b>	<b>37</b>
2.1 BEHOVET FOR KARTLEGGINGSVERKTØY .....	37
2.2 Å VURDERE BRUKERPLAN SPESIFIKT .....	38
2.3 FENOMENET SOM BRUKERPLAN ER ET EKSEMPEL PÅ .....	38
2.4 HVEM KAN HA INTERESSE AV STUDIEN? .....	39
<b>3. FORSKNINGSSPØRSMÅL .....</b>	<b>40</b>
3.1 PROBLEMSTILLING .....	40
3.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	40
<b>4. METODE .....</b>	<b>42</b>
4.1 DESIGN .....	42
4.1.1 Fleksibelt design .....	42
4.2 METODE .....	42
4.2.1 Case-studie .....	42
4.2.2 Analyseenheter .....	45
4.2.3 Gjennomføring av studien .....	46

4.2.4	Litteraturstudie.....	47
4.3	BEGRENSINGER .....	47
<b>5.</b>	<b>ETISKE VURDERINGER.....</b>	<b>48</b>
5.1	GENERELLE ETISKE VURDERINGER .....	48
5.2	TAUSHETSPLIKT .....	48
5.3	INTERESSEKONFLIKT .....	48
<b>6.</b>	<b>MATERIALE.....</b>	<b>50</b>
6.1	INSTRUMENTET.....	50
6.2	BEHANDLING AV DATAENE.....	51
6.3	SOSIALTJENESTEN SOM INFORMASJONSKILDE .....	51
6.4	UTVALGET.....	51
<b>7.</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>53</b>
7.1	SOSIODEMOGRAFISKE FORHOLD .....	53
7.1.1	Utvalget.....	53
7.1.2	Alders- og kjønns sammensetning .....	53
7.1.3	Prevalens.....	53
7.2	FORHOLD MELLOM RUSMISBRUKET OG FUNKSJONSNIVÅ.....	54
7.2.1	Type og omfang av ulike typer rusmidler.....	54
7.2.2	Funksjonssvikt .....	55
7.3	NÅVÆRENDE OG ANTATT FREMTIDIG BEHOV FOR ULIKE TILTAK .....	57
7.3.1	Antall som har Individuell plan, ansvarsgruppe og/eller andre planer .....	57
7.3.2	Behov for førstelinjetjeneste.....	58
7.3.3	Rusbehandling på spesialistnivå .....	59
7.3.4	Psykiatritjenester på spesialistnivå .....	59
7.3.5	Somatisk spesialisthelsetjeneste .....	60
7.3.6	Andre typer tjenester .....	60
7.3.7	Økt etterspørsel.....	61
7.4	FORHOLD KNYTTET TIL ENKELTE UNDERGRUPPER .....	61
7.4.1	Rusmisbrukende foreldre.....	61
7.4.2	Rusmisbrukende kvinner .....	63
7.4.3	Personer med ”dobbeltdiagnose” (alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med alvorlig rusmisbruk) .....	65
7.4.4	Personer med langvarig opiatmisbruk .....	67
7.4.5	Sammenligning mellom undergruppene funksjonssvikt .....	68
<b>8.</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>69</b>
8.1	HVA KJENNETEGNER DE SOM KARTLEGGES I BRUKERPLAN?.....	69
8.1.1	Forekomst i befolkningen .....	69
8.1.2	Fordeling mellom kjønn .....	70
8.1.3	Alderssammensetning.....	70
8.1.4	Barn og omsorgsnivå .....	71
8.1.5	Omfang og type rusmidler.....	71
8.2	HVILKE BEHOV AVDEKKER BRUKERPLAN SETT I LYS AV EN MODELL FOR INTEGRERT BEHANDLING?.....	72
8.2.1	BrukerPlans grunnforståelse.....	72
8.2.2	Vurdering av BrukerPlans variabler etter DISCs behovskategorier.....	75
8.2.3	BrukerPlan sett i lys av andre modeller .....	81
8.3	HVILKEN BEHOVSFORSTÅELSE LEGGES TIL GRUNN I BRUKERPLAN? .....	82
8.3.1	Behov eller etterspørsel etter eksisterende tjenester? .....	82
8.3.2	Formen på tjenesten eller innholdet og hensikten?.....	84
8.3.3	Følt, uttrykt, normativ eller komparativ behovsvurdering? .....	85
8.3.4	Behov ut i fra rusmisbrukerens ønsker? .....	86
8.3.5	Fanger opp skiftende behov? .....	87
8.3.6	I tråd med prinsipper for integrert behandling? .....	87
8.3.7	I tråd med spesialisthelsetjenestens forståelse av behov? .....	88



<b>9. OPPSUMMERING .....</b>	<b>89</b>
9.1 DEN ENKELTE ANALYSEENHET .....	89
9.2 GRUNNFORSTÅELSENS EGNETHET MED HENSYN TIL Å FANGE RUSMISBRUKERNES BEHOV .....	90
9.3 METODENS EGNETHET MED HENSYN TIL Å FANGE BEFOLKNINGENS BEHOV .....	90
9.4 INSTRUMENTETS EGNETHET TIL Å DEKKE RELEVANTE BEHOV .....	92
9.5 "I HVILKEN GRAD FANGER BRUKERPLAN OPP BEHOV I EN BEFOLKNING, FOR PLANLEGGING AV RUSBEHANDLING OG –OMSORG?" .....	92
9.6 MULIGE KONSEKVENSER AV VALIDITETS- OG RELIABILITETSNIVÅET .....	93
9.7 MULIGE IMPLIKASJONER .....	94
9.8 BEGRENSNINGER I STUDIEN .....	95
9.9 ANBEFALING TIL VIDERE FORSKNING .....	96
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>98</b>
<b>VEDLEGG: BESKRIVELSE AV BRUKERPLAN-INSTRUMENTET .....</b>	<b>104</b>

## Innledning

Rusmisbruk er blant de største helsemessige og samfunnsmessige utfordringen vi som helsetjenesteytere står overfor. Bare alkoholkonsumet er anslått til å bidra til 4 % av sykdomsbyrden i verden, målt i disabilityadjusted lifeyears (Lægeforeningen, 2006). Både rusmisbrukere og deres pårørende opplever store lidelser som følge av rusmisbruket.

Evalueringen av rusreformen (Lie, 2006) problematiserer at planlegging av tjenester for rusmisbrukere i stor grad baseres på etterspørsel etter eksisterende tjenester. Det etterlyses kartleggingsmetoder som gir tilstrekkelige data for å kunne utvikle tilpassede tjenester.

Tradisjonelt sett har planlegging av helsetjenesten blitt inspirert av medisinsk tankegang med epidemiologiske data som grunnlag. Men er dette et egnet grunnlag for å planlegge tjenester for rusmisbrukere? Det er mange grunner til at svaret på dette spørsmålet må være ”nei”. Den usikkerhet som er knyttet til omfang av rusmisbruk i befolkningen, effekt av tiltak, og sammenheng mellom pasientopplevd behov, faglig vurdert behov og etterspørsel, taler for at epidemiologiske data ikke vil gi et tilstrekkelig fundament for planlegging av rusrelaterte tjenester for en befolkning. Den samme usikkerheten finner vi igjen i forhold til psykisk lidelse.

BrukerPlan er et eksempel på et kartleggingsverktøy for planlegging av helsetjenester der denne usikkerheten inngår. Det fanget derfor min interesse. Ønsket er å bidra til en bedre forståelse og kunnskap om BrukerPlan spesielt, og kartleggingsverktøy for pasientgruppen i allmennhet. Håpet er at denne studien kan være et bidrag til å utvikle gode kartleggingsverktøy, slik at disse pasientene kan sikres tilstrekkelig hjelp.

Psykiatrisk klinikk i Helse Fonna HF har, som min arbeidsgiver, vært den viktigste bidragsyteren til gjennomføringen av denne studien. Gjennom å tilrettelegge på alle måter har klinikken, ved klinikkdirektør Anne Lise Kvalevaag, vist hva det vil si å være en god arbeidsgiver. Kollegaer i klinikken har bidratt velvillig. Ruskoordinator Bernt Netland og spesialsykepleier Kari Ersland

med sin kompetanse innen rusbehandling, og leder av forskningsseksjonen Eva Biringer, med sin kompetanse innen statistikk. Sverre Nesvaag og Steven Barclay ved IRIS har vært hjelpelige med å tilrettelegge datamaterialet. Avgjørende for gjennomføringen av denne studien har vært veileder Otto Brun Pedersen, førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen. Gjennom å la meg få prøve og finne veien selv, og samtidig gitt veiledning som har forhindrede større feiltrinn, har han gjort dette til en svært lærerik prosess. En stor takk til dere alle!

# 1. Bakgrunn

## 1.1. "Behov" ved planlegging av tjenester

### 1.1.1 En definisjon av "behov"

Behov kan forstås på en rekke ulike måter, med store konsekvenser for utfallet av en behovskartlegging. Å planlegge helsetjenester for en befolkning stiller visse krav til hvordan en forstår "behov".

En definisjon av behov er britiske Medical Research Council sin definisjon av "need for care":

"Need is present when a patient's functioning (social disablement) falls below or threatens to fall below some minimum specified level and this is due to a remediable or potentially remediable cause" (Aoun et al., 2004)

Behov knyttes her til en fungering som dekker mer enn den medisinskfaglig forståelsen. Dette er i tråd kunnskap om rusmisbrukeres flerdimensjonale behov (Tengvald et al., 2004, Falloon et al., 1997). Rusreformens målsetning om helhetlige tjenester støtter også en slik forståelse (Helsedepartementet, 2004). Videre forstås behov som situasjoner der funksjonsevnen er redusert eller truet. Ved det inkluderes ikke bare behandlingsaspektet, men også rehabilitering og forebygging.

Men denne definisjonen forutsetter at det finnes et spesifisert nivå som skiller behov fra ikke-behov. Det er flere forhold som i taler mot et slikt allment, statisk nivå. Sett i lys av begrensede ressurser, hevdes det at det ofte foregår en byttehandel mellom behov, og at behov er relative. Mange argumenterer derfor for at behov må sees som dynamiske, i stadig endring og avhengig av situasjon eller kontekst for øvrig (Slade et al., 1996). For spesialisthelsetjenesten kan en si at et slikt spesifisert nivå finnes gjennom prioriteringsforskriften, der det fremgår tre kriterier som avgjør retten til nødvendig helsehjelp. Disse kriteriene gjelder alvorlighetsgrad, effekt av tiltak,

og kostnad i forhold til nytte (Helse og Omsorgsdepartementet, 2001). Imidlertid forutsettes det bruk av skjønn, slik at en i praksis kun til en viss grad har et definert, spesifisert nivå.

Definisjonen forutsetter at behov eksisterer kun når det finnes eller kan utvikles botemiddel eller mulighet for å dekke behovet. Med den forutsetningen gjøres det et vesentlig skille mellom ønske og behov. At behov også eksisterer når nødvendig tiltak ikke finnes per i dag er viktig. I forbindelse med kartlegging av behov som grunnlag for planlegging av helsetjenester, må også slike behov kunne fanges opp for å kunne utvikle et bedre tilbud. (Smith, 1998, Onyett, 1995)

### **1.1.2 "Requirement" til forskjell fra "need"**

Behov kan forstås som en situasjon der en handling er påkrevd, eller som en mer generell opplevelse av mangel. Den førstnevnte forståelsen er i tråd med Medical Research Councils definisjon. Begrepet "health requirement" er introdusert for å tydeliggjøre forskjellen mellom den type behov der helsetjeneste er påkrevd, til forskjell fra en opplevelse av mangel der helsetjenesten ikke skal prioritere å sette inn tiltak. Det er viktig at behov som ikke er "health requirement" ekskluderes i et datagrunnlaget for planlegging av helsetjenester (Frankel, 1991).

### **1.1.3 Følt, uttrykt, normativt og komparativt behov**

Sosiale behov kan deles inn i fire typer: Følt behov, uttrykt behov, normativt behov og komparativt behov. Følt behov er det folk sier eller tenker at burde vært annerledes. Uttrykt behov fremkommer gjennom folks etterspørsel etter tjenester. Normativt behov besluttes av eksperter på grunnlag av kunnskap og faglig vurdering. Det er definert i objektive termer ut i fra for eksempel prevalens for en gitt lidelse. Komparativt behov fremkommer ved at en persons behov blir vurdert i forhold til andres behov (Aoun et al., 2004). Bare normativt og komparativt behov vurderes ut ifra en faglig vurdering, tilsvarende "health requirement".

### **1.1.4 Behov slik pasient og fagpersonell vurderer det**

Tilgang til spesialisthelsetjeneste er regulert gjennom prioriteringsforskriften (Helse og Omsorgsdepartementet, 2001). Ved vurdering av "rett til nødvendig helsehjelp" legges en komparativ behovsvurdering til grunn. Det vurderes etter tre dimensjoner (også kalt kriterier for

behandlingsbehov (Alver et al., 2004)): Alvorlighetsgrad i forhold til livslengde og –kvalitet, grad av forventet nytte av behandling, og kostnad-nytte. Dette er medisinsk faglige og helseøkonomiske vurderinger. Samtidig ser en at en rekke bestemmelser i Pasientrettighetsloven (Helse og Omsorgsdepartementet, 1999a) vektlegger pasientens rett til medbestemmelse, slik som retten til individuell plan og retten til å velge sykehus. Fokuseringen på pasientens rett til autonomi, gir argumenter for å legge pasientens opplevelse til grunn når en skal vurdere behov for helsetjenester.

Pasienters vurdering av egne behov er ikke nødvendigvis sammenfallende med fagpersonells vurdering. I en studie av overensstemmelse mellom fagpersonell og pasienters vurdering av behov fant en samstemthet mellom antall behov, men liten for hvilke typer behov. ”Camberwell Assessment of need” (CAN) ble benyttet av personell-pasient-par, der pasienten hadde en alvorlig sinnslidelse. Det blir antydnet at det muligens er en større likhet i vurderingene for behov som er knyttet til spesifikke eksisterende tiltak som dagsenter, enn behov som ikke er knyttet til bestemte tiltak (Slade et al., 1996, Slade et al., 1998).

### **1.1.5 Behov i et samfunnsperspektiv**

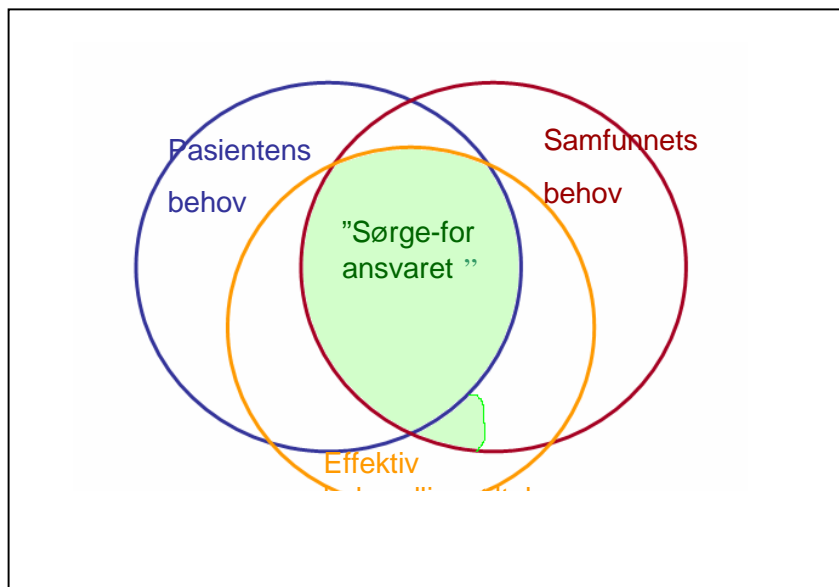
De samfunnsmessige konsekvensene av rusmiddelbruk og -misbruk gjør at behov kan uttrykkes i et folkehelseperspektiv, ved at fellesskapet eller omgivelsene opplever behov. Det er knyttet store kostnader til helse- og sosialhjelp, tapt arbeidsinnsats, velferdstap og rusrelatert kriminalitet. I tillegg lider mange barn under foreldres rusinntak (Helse og omsorgsdepartementet, 2006a). I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) er alkoholbruk blant de fremste underliggende årsaker til sykdom, skade og vold, sosiale problemer, fosterskader, psykiske lidelser, trafikkulykker med mer (Den norske lægeforening, 2006). I følge beregninger WHO har gjort, bidro alkoholkonsumet i 2000 til 4 % av sykdomsbyrden i verden, målt i disabilityadjusted lifeyears (Den norske lægeforening, 2006). Det er anslått at 0,25 – 0,5 % av norsk ungdom mellom 15-25 år er i risikozonen for å utvikle kroniske og invalidiserende rusmiddelbruk (Den norske lægeforening, 2006). Det antas at mellom 100.000 og 200.000 barn i Norge har en vanskelig oppvekst på grunn av den ene eller begge foreldres alkoholbruk (Weisæth og Dalgard, 2000).

### 1.1.6 "Sørge for -ansvar" som svar på behov

De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre befolkningen i sin region et tilstrekkelig omfang av spesialisthelsetjenester (Helse og omsorgsdepartementet, 1999b). Gjennom rusreformen ble ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling inkludert i det såkalte "sørge for -ansvaret".

"Sørge for -ansvaret" oppstår der både pasienten og samfunnet opplever et behov, i tillegg til at effektive behandlingstiltak er tilgjengelige. Med tilgjengelig menes at det kan skaffes tilveie, ikke nødvendigvis at det tilbys per i dag. Innen tverrfaglig spesialisert rusomsorg kan det benyttes tvang i noen situasjoner, slik som tvangsbehandling av gravide av hensyn til barnet (Helse og sosialdepartementet, 1999). Derfor innebærer "sørge for -ansvaret" også å imøtekomme behov som ikke erkjennes av pasienten, men der samfunnet likevel ønsker å gripe inn og det finnes effektive behandlingstiltak.

**Figur 1.** Illustrasjon av når "sørge-for ansvar" foreligger:



## 1.2 Usikkerhet knyttet til rusmisbruk og -behandling

### 1.2.1 Hva er et rusmiddel?

Rusmidler omfatter vanedannende stoffer og midler. De grupperes vanligvis som alkohol, narkotiske stoffer og vanedannende legemidler (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005). Tobakk defineres også som et rusmiddel i flere sammenhenger (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2006b, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 2002). Det skjer en stadig utvikling av nye rusmidler og nye bruksområder (Socialstyrelsen, 2007b), slik at innholdet i begrepet ”rusmidler” er i stadig endring.

### 1.2.2 Hva er “rusmisbruk”?

Begrepet ”rusmisbruk” er ikke et entydig begrep. Innen legale midler som alkohol, vanedannende legemidler og foreskrevet narkotiske stoffer er det glidende overganger fra bruk til misbruk. Rusmiddelmisbruk kan forstås som ”*varig eller periodevis bruk av et rusmiddel uten medisinsk indikasjon, der hensikten er å oppnå ruseffekt, regulere bivirkning eller forsterke virkning av annet misbruk.*” (Statens helsetilsyn, 2005). Det finnes ulike måter og ulike sett av kriterier for å avgjøre hvorvidt rusbruk er et rusmisbruk:

#### 1.2.2.1 ”Cut-offs”

Det enkleste målet kan sies å være grenseverdier, såkalte ”cut-off”-grenser, som benyttes for alkoholforbruk. WHO har satt et forbruk på over 14 alkoholenheter (AE, som tilsvarer 12,8 gram ren alkohol) per uke for kvinner og 21 AE for menn, som risikofull drikking (Nesvaag og Lie, 2004). I Norge benyttes det også et sett med lavere grenseverdier for risiko for ulike typer skadevirkninger, som er satt til 9 AE per uke for kvinner og 13 AE for menn. (Nesvaag and Lie, 2004) Imidlertid viser disse verdiene bare til forhøyet risiko, ikke nødvendigvis et misbruk og sier lite om behov for behandling.

#### 1.2.2.2 Kodeverkene ICD-10 og DSM-IV

Diagnosekodeverkene ICD-10 og DSM –IV legger vekt på en helhet av funn for å diagnostisere et misbruk. Begge system stiller krav til at minst tre kriterier skal være innfridd innen et gitt



tidsrom for avhengighet. Kriteriene er økt toleranse, abstinens, svekket kontroll av forbruket, forsømmelse av andre aktiviteter og/eller stort tidsbruk for å opprettholde inntaket, og fortsatt inntak på tross av kunnskap om risiko for fysisk og psykisk skade (Weisæth and Dalgard, 2000, Hasin et al., 2006). ICD – 10 vektlegger også trangen til å innta middelet (Hasin et al., 2006). En skiller mellom avhengighet ("dependence"), og misbruk og skadelig bruk ("abuse, harmful use") i et hierarkisk system. Kun misbruk uten avhengighet blir diagnostisert som misbruk eller skadelig bruk. I begge systemene er de negative konsekvensene begrenset til fysiske og psykiske forhold hos enkeltindividet. Sosiale og interpersonelle forhold er utelatt (Hasin et al., 2006).

### **1.2.3 Hvem er rusmisbrukere?**

"Rusmisbrukere" er en svært uensartet gruppe. Rusmisbruk kan oppstå i alle sosiale lag, yrkesgrupper, aldersgrupper, kjønn og etnisk bakgrunn. De individuelle risiko- og beskyttelsesfaktorer varierer (Weisæth and Dalgard, 2000). I en oppsummering av kunnskap på feltet konkluderer Helsedepartementet at det ikke finnes lokale eller sentrale registreringer av antall rusmisbrukere i Norge. Men ut ifra de kildene en har, blant annet omsetning av legale rusmidler, beslag av illegale rusmidler, rusrelatert kriminalitet og diverse spørreundersøkelser, konkluderes det med at det er grunn til å tro at det er en økning i antall rusmisbrukere i de senere årene (Helsedepartementet, 2004).

### **1.2.4 Hva er beste praksis i behandling av rusmisbruk?**

For å kartlegge behov for rusbehandling og -omsorg i en befolkning bør behov forstås som en situasjon der handling er påkrevd (tilsvarende "requirements"). Dette forutsetter kunnskap om hvilke tiltak som er effektive i ulike situasjoner. Det er vist at en rekke forhold spiller inn på resultatet. Interaksjons- eller synergieffekten mellom ulike tiltak antas å være betydelige (Socialstyrelsen, 2007b). Effekten av bevisste intervensjoner rettet mot misbruk, fremstår som begrenset når en studerer faktorer som innvirker på endringer i en persons liv. En vurdering er at mellom 15 og 20 prosent av endringen kan tilskrives behandlingen (Socialstyrelsen, 2007b). Dette gir en usikkerhet knyttet til hvilke pasienter og hvilke behandlingstiltak som skal prioriteres. Dette har betydning for planlegging av tjenester for gruppen. Kunnskap om

kompleksiteten i årsaksforholdene stiller krav til at tiltak sees i sammenheng i en helhetlig behandlings- og omsorgskjede.

Ulike forståelsesmodeller for årsak til rusmisbruk kan gi ulike behandlingstilnærminger. Eksempler på årsaksforklaringer kan være arv, nettverk, feil læring og sykdom. Moralske betraktninger kan også ligge til grunn for årsaksforklaring til rusmisbruk (Berg, 1994). Studier på forståelsesmodeller og innhold i behandlingsprogram i både USA og Australia viser at det er stor forskjell fra institusjon til institusjon (McCarty et al., 2007, McNeese-Smith, 2003). I Norge vurderte Helsedepartementet i 2004 at behandlingstilbudet til rusmisbrukere var lite kunnskapsbasert (Helsedepartementet, 2004). Konklusjonen er basert på en gjennomgang av blant annet statlige veiledere og retningslinjer (Statens helsetilsyn, 2005).

### **1.3 Hva har rusmisbrukere behov for?**

Rusmisbrukeres behov varierer både i innhold og over tid. En måte å forstå behov er å se ut i fra allmenne behov, rusmisbrukeres behov, og bestemte grupper rusmisbrukeres behov.

#### **1.3.1 Allmenne behov**

Etter Maslows behovspyramide kan menneskers behov deles inn i fem grupper som forsøkes dekket i en bestemt rekkefølge. Biologiske behov, som viser til grunnleggende fysiologiske behov som sult og tørst, søvn, seksuell tilfredsstillelse og husly, er det første behovet som forsøkes dekt. Neste er behovet for sikkerhet, som gjelder trygge omgivelser, å verge seg mot farer og behovet for trygge rammer rundt seg. Sosiale behov er det tredje behovet. I dette inngår behovet for sosial omgang og tilhørighet. Disse tre behovene betegnes som basisbehov. De siste to behovene er aktelse og selvrealisering, og betegnes som vekstbehov. Selvaktelse skiller seg fra de andre ved å gå ut over egosentriske behov. Motivasjonen for å dekke dette behovet er mer enn eget behag (Ekeland et al., 2004).

## 1.3.2 Rusmisbrukeres behov

### 1.3.2.1 Helhetlig og integrert tiltakskjede

Lidelsen eller livssituasjonen rusmisbruk vil som regel påvirke store deler av en persons liv. Det kan eksistere en rekke innbyrdes avhengige behov for tiltak på samme tid (Friedmann et al., 2004). Noen tiltak kan være effektive, men effekten kan utebli om tiltakene ikke er koordinerte. Det er summen av tiltakene i en tiltakskjede som er effekten (Berg, 1994). Effekter av rusmisbruk, som uro i familiesituasjonen, arbeidsledighet, sykdom og hjemløshet, øker risikoen for tilbakefall (Friedmann et al., 2004). Det er derfor nødvendig at rusmisbrukere får en behandling og oppfølging som ivaretar alle viktige livsdimensjoner og som er integrert på en slik måte at brukeren kan nyttiggjøre seg tiltakene.

Friedmann med flere har studert over 3000 rusmisbrukeres behov innen de fem kategoriene medisinsk helsehjelp, psykisk helsevern, familierådgivning/-støtte, sysselsetting og bolig. De fant at rusmisbrukerne hadde behov innen 3,22 av de fem kategoriene i gjennomsnitt. Tjenester for å imøtekomme behov innen bolig og sysselsetting ga signifikant redusert rusmisbruk i oppfølgingsåret. Imøtekommelse av behov innen psykisk helsevern ga ikke reduksjon i rusmisbruket i denne studien (Friedmann et al., 2004).

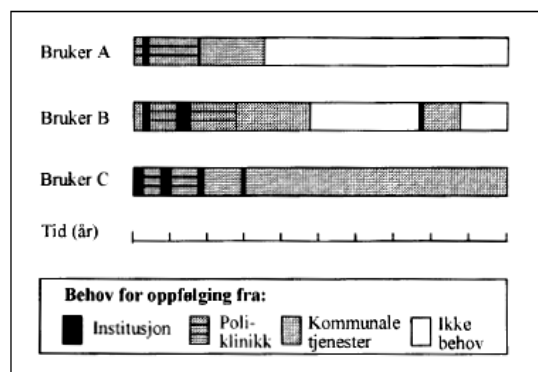
I Norge er målsettingen at behandlingen av rusmisbrukere skal være tverrfaglig med fokus på helhetlige og individuelt tilpassede tilnærminger. Både sosialfaglige og helsefaglige perspektiv skal vektlegges (Helsedepartementet, 2004). Også i Sverige legger en til grunn en helhetlig modell for ivaretagelse av rusmisbrukere. Denne helhetstanken var en av begrunnelsene for å velge Addiction Severity Index (ASI) som nasjonalt kartleggingsverktøy i Sverige (Tengvald et al., 2004). Danmark har valgt dette verktøyet av samme grunn (Vind and Hecksher, 2004). ASI ble utviklet ut i fra en erkjennelse av at en må kartlegge flere dimensjoner enn rusmisbruket alene for å forstå rusmisbrukerens behov (A. Thomas McLellan et al., 2006). Det er internasjonalt anerkjent, og er oversatt til en rekke språk (World Health Organisation 20.09.07, Treatment Research Institute 20.09.07, Godber et al., 1996).

### 1.3.2.2 Behov i endring

Modellen ”Integrerad psykiatri” legges det til grunn en tredelt forståelse av behov. Behov oppstår ved grunnleggende psykiske forstyrrelser (symptom), funksjonsforstyrrelser (gapet mellom grunnleggende forstyrrelser og individets evne til å kompensere for de), og handikapp (gapet mellom funksjonsforstyrrelsene og samfunnets krav) (Falloon et al., 1997). Modellen ser rusmisbrukerens behov som de effekter av misbruket som personens mestringsevne og samfunnets tilretteleggelse ikke kompenserer for. Denne forståelsen er basert på ”stress-sårbarhetsmodellen” (Statens helsetilsyn, 2000).

Både systematiske behandlingstiltak og hendelser i individets liv kan påvirke balansen mellom de grunnleggende forstyrrelsene, mestringsevnen og samfunnets tilpasninger. En rusmisbrukers behov for tiltak varierer derfor over tid. I Statens helsetilsyns utredningsserie 2-2000 er slike skiftende behov illustrert.

**Figur 2.** Illustrasjon av individuelle skiftende behov hos ulike brukere (Statens helsetilsyn, 2000)



### 1.3.2.3 Langt tidsperspektiv

Behandling av mer omfattende rusmisbruk bygger på noe av samme filosofi som behandling for psykisk lidelse. Lidelsene sees på som kroniske med periodevis dårligere faser (Onyett, 1995). Det krever et langt behandlingsperspektiv med stabilisering, opplæring og ”self-management” (Drake et al., 1998). Flere studier gir støtte til at lengre behandlingsvarighet har positiv effekt på misbruket (Friedmann et al., 2004). Med det menes ikke at pasienten skal være innlagt i lang tid, men være i et tilpasset behandlingsprogram som kan gi støtte i dårligere perioder.

### **1.3.3 Behov hos spesielle grupper av rusmisbrukere**

Med en så uensartet gruppe som rusmisbrukere, er det behov for kunnskap om hvilke undergrupper som har spesielle behov (Drake et al., 1998). Rusmisbrukere med en alvorlig psykisk lidelse, kvinnelige rusmisbrukere, rusmisbrukere med langvarig opiatmisbruk og foreldre med rusproblemer er eksempler på slike undergrupper.

#### **1.3.3.1 Rusmisbrukere med en alvorlig psykisk lidelse ("dobbeltdiagnose")**

Mange rusmisbrukere har en samtidig alvorlig psykiatrisk lidelse. Flere studier har vist at problemer knyttet til rusmisbruk har en tendens til å bestå over lang tid hos pasienter med alvorlig sinnslidelse (Drake et al., 1998). Studier på effekten av behandlingsprogram for rusmisbruk i kombinasjon med psykiatrisk behandling, sammenlignet med kun standard psykiatrisk behandling for alvorlig sinnslidende, viser at det ikke er klare bevis for at kombinasjonsbehandling gir bedre resultat enn bare psykiatriske behandlingsprogram. Det er oppgitt ulike mulige forklaringer til resultatene. Blant annet kan mulige effekter skjules av frafall under behandling, begrenset motivasjon for å endre rusmisbruket, og at programmer som er evaluert ikke er fullstendige (Jeffery et al., 2007). Et sammendrag av integrerte psykiatri- og rusbehandlingsprogram, der 36 studier ble vurdert, viste i stor grad et tilsvarende resultat. Unntaket var ti studier der behandlingsprogrammet besto av helhetlig integrert poliklinisk behandling med bruk oppsøkende virksomhet ("assertive outreach") og motivasjonsintervensjoner mot rusmisbruket. Disse behandlingsprogrammene påviste redusert rusmisbruk og færre reinnleggelser (Drake et al., 1998).

Dagens integrerte behandling for dobbeltdiagnosepasienter skiller seg fra behandlingsopplegget for rusmisbrukere på flere måter: Vektlegging av angstforebygging fremfor å bryte igjennom fornektelse, å bygge opp tillit, forståelse og læring fremfor konfrontasjon, fokus på reduksjon av skade av rusmisbruk fremfor umiddelbar avhold, støttende og tilgjengelige terapeuter i kjente omgivelser, og noe mindre restriksjoner i forhold til medikamentell støtte (Drake et al., 1998).

### 1.3.3.2 Rusmisbrukere med et langvarig opiatmisbruk

Brukere med et langvarig opiatmisbruk kan tilbys Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Disse kjennetegnes ved at de ikke klarer å nyttiggjøre seg behandling og rehabilitering uten kontrollert tilførsel av opiater. Et minstekrav for å starte LAR er at det er utarbeidet en helhetlig rehabiliteringsplan. Innholdet i disse planene varierer mellom geografiske områder (Statens helsetilsyn, 2005). Men i tillegg til å sikre bolig og et forsvarlig opplegg for distribuering av legemiddelet, inngår ofte psykososiale tiltak (Helse og omsorgsdepartementet, 2000. Effekten av de psykososiale tiltakene er imidlertid usikker (Mayet et al., 2007). Nasjonalt kunnskapssenter har gjort en kunnskapsoppsummering på medikamentell behandling av opiatavhengighet. Studien viser at det ikke er holdepunkter for at psykososiale tiltak har effekt på retensjon eller illegal opiatbruk. Men det presiseres at det er behov for mer forskning for å kunne konkludere endelig (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006).

### 1.3.3.3 Kvinner

Fra en terdjedel til en fjerdedel av rusmisbrukerne er kvinner (Socialstyrelsen, 2007a, Nesvaag and Stevenson, 2006). Flere studier viser at kvinnelige rusmisbrukere skiller seg fra mannlige i foranledningen til rusmisbruket. Rusmisbruket kommer ofte som et resultat av traumatiske hendelser som fysisk eller seksuelt misbruk, plutselig fysisk sykdom, ulykke eller oppbrudd i familien. Kvinner er ofte trukket inn i misbruket av en partner eller har vokst opp i et miljø med rusmisbruk (Ashley et al., 2003). Kvinnelige rusmisbrukere skiller seg fra mannlige ved at de oftere har lav selvtillit, føler skam og har psykiske lidelser som blant annet angst, depresjon og bipolar affektiv lidelse. Redsel for stigmatisering og skyldfølelse er funnet som fremtredende barrierer mot å søke behandling hos kvinner (Ashley et al., 2003).

Forskning viser at det er forskjeller mellom menn og kvinner i å søke hjelp for rusproblemer. Kvinner avviser ofte rusrelaterte problemer som grunn til å søke hjelp. Psykiske problemer blir i større grad oppfattet som mer forenlig med å være en "verdige hjelpesøker" (Øiern, 2006). Studier har vist at kvinner møter både indre og ytre barrierer for å søke hjelp. Kvinnerollen, og spesielt morsrollen, oppfattes som lite forenlig med rusmisbruk, og bidrar til skamfølelse (Wormnes and Skutle, 2005). Dette og andre faktorer gjør at kvinner har behov for tilpassede opplegg.

Behandlingsprogram der menn og kvinner behandles sammen evner i mindre grad å tiltrekke seg og beholde kvinner i programmet (Ashley et al., 2003).

#### 1.3.3.4 Rusmisbrukere som er foreldre

Rusmisbrukere med omsorg for barn innehar en rolle og forpliktelse som kan stille krav til behandlingsapparatet i tillegg til de som følger av rusmisbruket alene. Både ivaretagelse av barnet og foreldrenes behov for å føle at de mestrer foreldrerollen kan stille krav til behandlingen. En rekke studier viser at barn påvirkes av foreldres rusmisbruk (Solbakken et al., 2005). Flere institusjoner og behandlingsprogram har derfor utviklet spesielle opplegg for rusmisbrukende foreldre. I Norge har en for eksempel flere enheter som tar i mot foreldre med små barn til rusbehandling (Solbakken et al., 2005). I en studie av innhold i ulike behandlingsprogram mot rusmisbruk i USA fremgår det at hjelpe- og støttetjeneste for foreldre tilbys i mer enn hvert fjerde av de 332 undersøkte programmene. Vanligst var et slikt tilbud i langtidsbehandling, der nesten halvparten av de 120 langtidsprogrammene inneholdt dette (McCarty et al., 2007).

Motivasjon for behandling kan være annerledes hos rusmisbrukende foreldre enn hos andre rusmisbrukere. Selvpålevd behov behøver derfor ikke ligge til grunn for behandlingen (Solbakken et al., 2005). Den kan være relatert til det å få beholde ansvaret for barna. Ofte er foreldre utsatt for sterkt press om å gjennomgå behandling fra barnevernet eller det sosiale nettverket. For eksempel et det anledning til å gi gravide rusmisbrukere behandling mot egen vilje (Helse og omsorgsdepartementet, 1999b)

### 1.4 En modell for integrert behandling: DISC-modellen

Det er tidligere i oppgaven vist at det er grunn til å anta at rusmisbrukere, i likhet med alvorlig psykisk syke, har behov for koordinerte og integrerte behandlings- og støttetiltak. "Case Management" (Onyett, 1995), "Integrerad vård" (Falloon et al., 1997) og "Koordinering av psykososialt arbeid" (Statens helsetilsyn, 2000) er alle arbeidsmetoder for å imøtekomme slike behov. "Developing Individual Services in the Community" (DISC) er en modell som bygger på samme forståelse (Smith, 1998). Spesielt for DISC er beskrivelsen av hvordan behov hos alvorlig

psykisk syke skal forstås i et befolkningsperspektiv. Den er derfor en god referanse for å vurdere et kartleggingsverktøy som skal gi datagrunnlag for planlegging av tjenester.

#### **1.4.1 Introduksjon av DISC til rusfeltet**

Å utvikle tjenestene på en kreativ og innovativ måte forutsetter fokus på å identifisere faktiske behov i befolkningen, fremfor å benytte eksisterende tjenester som basis for planlegging. DISC er en tilnærming til en slik kreativ planlegging av helhetlige tjenester innen psykisk helsevern. Modellen er utviklet ved "The Centre for Mental Health Services Development" ved Kings College London (Smith, 1998). Den gir et rammeverk for å samle informasjon om behov, og systematisere den slik at en kan planlegge tiltak og tjenester som dekker befolkningens behov på en effektiv måte. Modellen legger vekt på at planleggingen skal ta utgangspunkt i hva tjenestene skal oppnå for pasientene.

Mange av skadene som oppstår som følge av rusmisbruk er av psykisk art, som angst, nedstemthet, paranoide forestillinger og schizofrenilignende tilstander (Socialstyrelsen, 2007b). Rusmiddelproblemer kan også i seg selv være uttrykk for psykisk lidelse (Arbeids- og sosialdepartementet, 2005). De klare likhetstrekkene mellom psykisk sykes og rusmisbrukeres behov underbygger at DISC-modellen er egnet for rusfeltet.

#### **1.4.2 Behovskategorier**

Modellen inneholder et sett med behovskategorier som individuelt definerte behov kan organiseres etter. På den måten kan en systematisere behovene på en slik måte at det danner grunnlag for å planlegge tjenester. Modellen bygger på et prinsipp om at behovskategoriene er allmenne i den forstand at dette er behov som alle må få dekket. Ikke alle pasienter har udekte behov innen alle kategorier, eller til enhver tid, men en må kunne gjenkjenne når det oppstår og kunne tilby tiltak for å dekke det aktuelle behovet (Smith, 1998).

De seks behovskategoriene er tilgjengelighet og informasjon om tjenestene, individuell planlegging, krisehåndtering, behandling og støtte i forhold til lidelsen, normal livsutfoldelse og langtidsstøtte, og personlig vekst og utvikling (egen oversettelse) (Smith, 1998). Tilgjengelighet



og informasjon innebærer å sikre at de med behov blir identifisert og tilbudt hjelp gjennom god tilgjengelighet, å bidra til åpenhet om lidelsene, og å tilpasse tjenestene slik at de med behov tar kontakt. Individuell planlegging innebærer en kontinuerlig prosess med planlegging og tilpassing av tjenester med utgangspunkt i den enkeltes behov. Krisehåndtering innebærer tiltak, planer eller tjenester som kan forhindre eller begrense omfanget av tilbakefall. Behandling og støtte i forhold til lidelsen er tiltak for å begrense skadevirkninger på ulike sider av livet. Normal livsutfoldelse og langtidsstøtte handler om å bli i stand til å utføre dagligdagse gjøremål som det forventes av personen i hans/hennes kontekst. Dette innebærer å få dekket basale behov som mat, hygiene, inntekt, bolig og å ivareta fysisk og psykisk helse. Vekst og utvikling omhandler å oppleve livskvalitet gjennom mestring av oppgaver innen områder personen finner viktig eller interessant. Ulike former for sysselsetting eller fritidsaktiviteter kan være måter å imøtekomme behov i denne kategorien (Smith, 1990, Onyett, 1995).

#### **1.4.3 Fokus på sammensatte tjenester og samarbeid på tvers**

DISC-modellen bygger på forståelsen av at tiltak for alvorlig psykisk syke må være sammensatte for å være effektive. Selv om en tjenesteyter ikke har ansvar for alle nødvendige elementer, har en et ansvar for å legge til rette for at brukeren skal klare å skaffe seg tilgang til og benytte mulighetene (Smith, 1998). Denne helhetstanken finner en igjen i rusreformen (Helsedepartementet, 2004). Ikke alle har behov for omfattende tjenester, men de behov som eksisterer må identifiseres og imøtekommes for å forhindre en forverring av situasjonen (Statens helsetilsyn, 2000, Falloon et al., 1997).

#### **1.4.4 Fokus på innovasjon og nye løsninger**

For å utvikle godt tilpassede og helhetlige tjenester, må en kunne se nye løsninger. DISC vektlegger at tjenester skal bygges opp ut i fra funksjonen de er ment å ha, hva de skal oppnå for pasienten. Tjenester må tilpasses kontinuerlig etter eksisterende behov for å utnytte tilgjengelige ressurser best mulig (Smith, 1990). Helsedepartementet varsler om at rusreformen innebærer nye og endrede oppgaver for tjenesteyterne (Helsedepartementet, 2004). Den ansvar- og oppgavedeling vi har mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten i dag må derfor ikke sees på som statisk. Det forventes en samhandling og vurdering av alternative måter å imøtekomme behov (Helsedepartementet, 2004). Et av tjenesteproblemene som ledet til

utviklingen av DISC-modellen, var manglende eller begrenset felles plattform for å integrere tjenester på tvers av ulike nivåer (Smith, 1998). Modellen vektlegger derfor å se behov uavhengig av sektor eller nivå, før en så planlegger hvordan tjenestene skal ytes for å dekke behovene.

## **1.5 Dagens kartleggingsmetoder**

### **1.5.1 Indikasjoner og indirekte sammenhenger**

En stor andel av informasjonen om utbredelsen av rusmisbruk kommer fra kilder som indirekte sier noe om omfanget. En rekke instanser bidrar til å gi et visst bilde av forekomsten og effekter av rusmidler. Forbruk av legalt formidlet alkohol, tollvesenets beslag av rusmidler, rusrelatert kriminalitet og vold, antall skjenkeløyver, dødsfall som følge av rusmisbruk, kjøring i påvirket tilstand, og forbruk av vanedannende legemidler er eksempler på datakilder som sier noe om rusfeltet (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005). Felles for disse kildene er den uklare sammenhengen mellom bildene disse kildene tegner og faktisk forekomst av rusmisbruk. Usikkerheten blir enda større om kildene benyttes for å angi behov for behandlingstiltak. Det er derfor vanlig å sammenstille data fra en rekke datakilder. Et eksempel på dette er det svenske Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)s verktøy, ”CAN’s rapporteringssystem för droger” (CRD), som samler inn informasjon fra en rekke kilder hvert halvår (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2006). Også norske SIRUS gjennomfører slike kartlegginger, men mindre omfattende enn CRD (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

### **1.5.2 Undersøkelser av ulike gruppers erfaring med rusmidler**

Gjennom å studere anvendelse av ulike typer rusmisbruk i et utvalg, kan en med større eller mindre grad av sikkerhet, beregne forekomst av rusbruk. En rekke institusjoner og sentre gjennomfører studier av ulike gruppers erfaring med rusmidler. En kan grovt sett dele undersøkelsene inn i to metoder. Den ene er studier i et naturlig utvalg av befolkningen der bruk, misbruk eller avhengighet av ulike typer rusmidler inngår som et av mange temaer. Den andre

metoden er studier der en ser i dybden på forhold knyttet til rusmisbruk, og i liten grad på andre forhold.

#### 1.5.2.1 Helse- og livsstilundersøkelser

Det gjennomføres flere store befolkningsstudier i Norge. "Levekårsundersøkelsen" gjennomføres av Statistisk Sentralbyrå hvert tredje år ved å intervju et representativt utvalg av befolkningen. Her blir flere tusen personer stilt en rekke spørsmål om blant annet bruk og mulig misbruk eller avhengighet av ulike typer rusmidler (Hougen, 2005). Kontaktperson ved statistisk sentralbyrå, Jorunn Ramm, oppgir at det er knyttet stor grad av usikkerhet til svar på slike sensitive temaer i store befolkningsundersøkelser. (Personlig kontakt, 4. juli 2007.) En rekke studier av pålitelighet ved selvrapportert rusmisbruk gir støtte til en slik innstilling (Drake et al., 1998).

Helseundersøkelsene i Nord Trøndelag (HUNT) er et annet eksempel på befolkningsstudie der en i tillegg til blod- og urinprøver innhenter informasjon om en lang rekke somatiske, psykiske og sosiale forhold. I flere av HUNTs undersøkelser inngår alkoholbruk og bruk av smertestillende medikamenter, men kun UNG-HUNT stiller spørsmål om andre rusmidler. I UNG-HUNT 1 fant en blant annet at cirka 75 % av 16-åringene i studien har vært beruset. En fant også at av elever i tredje år på videregående har 12 % av jentene og 14 % av guttene prøvd hasj eller marihuana (Norges teknisk-naturvitenskaplig universitet, 2007). Jostein Holmen (daglig leder ved HUNT forskningssenter) vurderer det slik at HUNT bare gir begrenset informasjon om rusmisbruk og avhengighet (Personlig kontakt 4. juli 2007).

"Cohort of Norway" ("CONOR") er et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet og universitetene i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø. Ved å samle data fremkommet ved befolkningsundersøkelser lignede HUNT i andre fylker enn Nord-Trøndelag, får en et datamaterial som dekker store deler av Norges befolkning. Hensikten er å få et grunnlag for å forske på sykdomsårsaker (Folkehelseinstituttet, 10.07.2007). Felles for undersøkelsen som samles i CONOR er at de gir et helhetsbilde av en rekke faktorer som kan ha innvirkning på helse og livsstil, men sier lite om utbredelse og årsaker til rusmisbruk.

### 1.5.2.2 Rusrelaterte undersøkelser

For å få spesifikk kunnskap om rusbruk gjennomføres det kartlegginger av forhold knyttet til bruk av rusmidler. Ofte undersøkes et utvalg i befolkningen, slik som Statens institutt for rusmiddelforskning ungdomsundersøkelse der respondentene er mellom 15 og 20 år (Statens institutt for rusmiddelforskning, 24.09.2007). Kartleggingen inneholder spørsmål om bruk av alkohol og narkotika, samt holdning til narkotika.

Studier kan også gjennomføres i et naturlig utvalg av befolkningen. Et eksempel er en undersøkelse i Rhode Island. Der ble over 5000 tilfeldig valgte hushold kontaktet per telefon for å svare på spørsmål om rusbruk og ønske om behandling. Hensikten var å planlegge helsetjenestene for rusmisbrukere i den regionen (McAuliffe et al., 1991).

I EU arbeides det med å finne en felles standard for undersøkelse av bruk av rusmidler, for å kunne sammenligne utbredelse og utvikling på tvers av medlemslandene (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 1997).

### 1.5.2.3 Trendanalyser

I flere land gjennomføres det informasjonsinnhenting i form av trendanalyser, brukt først og fremst i forhold til illegale rusmidler. Gjennom en rekke kilder med god kjennskap til rusmiljøene, innhentes informasjon om mulig utvikling av nye trender. En tidlig varsling vil kunne gi mulighet for å iverksette nødvendige tiltak i form av for eksempel informasjon til helsepersonell eller nye behandlingsformer (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 1999). Et eksempel på et slikt system er "Føre-Var"-systemet i Bergen. Der benyttes informanter i ungdomsgrupper, ansatte på utesteder, journalister med flere (Mounteney, 2005). Slik informasjon er ikke tilstrekkelig som beslutningsgrunnlag for planlegging av helsetjenester alene da det er knyttet stor usikkerhet til hvorvidt en trend vil bli en omfattende praksis (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 1999).

### 1.5.3 Etterspørsel og ventelister

Det er tradisjon å vurdere tilgjengelighet til helsetjenester på grunnlag av produksjonstall og ventelister (Statens helsetilsyn, 2005). I en evaluering av rusreformen fant International Research Institute of Stavanger (IRIS) at helseforetakene vurderer behovet ut ifra etterspørsel i form av henvisninger (Lie, 2006). Men Stevens & Rafferty har definert behov som *”the population’s ability to benefit from services rather than demand and supply factors”* (Aoun et al., 2004). Det er flere grunner til at det reelle behovet ikke nødvendigvis tilsvarer etterspørselen.

#### 1.5.3.1 Forhold som påvirker etterspørsel

Det er ikke slik at alle med behov etterspør helsetjenester. Basert på en studie av Goldberg og Huxley er det vurdert at per 1000 innbyggere innfrir 250 personer kriterier for psykisk lidelse en gang i løpet av året, 230 av disse søker legehjelp. For 140 av disse noterer legen at det foreligger psykisk lidelse, 17 av disse henvises til psykiater og seks av disse igjen legges inn (Falloon et al., 1997). Det er grunn til å anta at det finnes udekkede behov for helsehjelp også innen rusomsorgen.

De som etterspør en helsetjeneste er ikke alltid de med størst behov. En studie i Skottland fant at en stor andel av psykisk syke personer med store behov lot være å søke om hjelp. Blant de som ikke lengre fikk helsehjelp hadde mange behov som var like store eller større, enn flere av dem som fortsatt fikk behandling. Forskerne poengterer viktigheten av å revurdere behov hos de som ikke lengre etterspør helsehjelp, da en ser at de kan ha store udekte behov (Murray et al., 1996).

Tilgjengelighet påvirker etterspørselen. For å gjøre tverrfaglig spesialisert rusbehandling mer tilgjengelig kan også primærleger nå henviser til disse tjenestene. Før rusreformen var denne retten forbeholdt sosialtjenesten (Alver et al., 2004). Erfaring viste at antall henvisninger økte kraftig den første tiden etter rusreformen, for så å flate ut på et jevnt høyere nivå enn før reformen (Lie, 2006). Dette skjedde uten en påvist tilsvarende økning i behovet i befolkningen.

### 1.5.3.2 Møtt behov, ikke-møtt behov og møtt ikke-behov

Behov kan deles inn i grupper ut ifra om de er møtt eller ikke. Møtt behov kan defineres som den andel av befolkningen som innfrir kriteriene til ”behov”, og som mottar adekvat hjelp. De som har et ikke-møtt behov er de som innfrir kriteriene, men som ikke får adekvat hjelp. Begge grupper kan være overestimert, da noen av de med møtt behov kan være vurdert feil eller mottar ikke adekvat hjelp. Og noen av de som har et ikke-møtt behov, kan ha valgt å ikke motta hjelp. Som en tredje gruppe har vi de med møtt ikke-behov. Disse kjennetegnes ved at de mottar hjelp uten å innfri kravene til ”behov”. Men også denne gruppen kan være overestimert fordi noen i denne gruppen kan motta hjelp slik at kriteriene av den grunn ikke er innfridd (Aoun et al., 2004). Denne forståelsen kjenner en igjen fra validitetsvurdering av testverktøy innen forskning. En vurderer verktøyets sensitivitet, proporsjon av rett case korrekt identifisert, og spesifisitet, proporsjon av ikke-case korrekt identifisert. Ikke-møtt behov vil betegnes som falske negative funn, mens møtt ikke-behov som falske positive funn (Prince et al., 2003).

Studier viser at det ikke alltid er samsvar mellom behov slik brukeren opplever det, og tjenester han eller hun mottar. I en studie med et utvalg på 3000 rusmisbrukere fant en mange ikke-møtte behov (basert på pasientens vurdering av eget behov) spesielt innen områdene bolig (49,4 %) og sysselsetting (51,4 %). En fant også pasientopplevd møtt ikke-behov, spesielt innen medisinsk helsehjelp (Friedmann et al., 2004). Kartlegging av pasienterfaringer for innlagte pasienter i det psykiske helsevernet i Helse Vest viste også en diskrepans mellom hva den enkelte pasient opplever å ha behov for og hva han eller hun får. ”Treningsopplegg for å mestre problemene dine” og ”Samtaler hvor dine nærmeste deltok” var tiltak som inneholdt flest tilfeller av ikke-møtt behov. Behandling med medisiner var det eneste målepunktet der en fant møtt ikke-behov (90% mottok, 68% ønsket) (Dahle et al., 2004). En annen studie fant at for hvert femte møtte behov var det et ikke-møtt hos mennesker i psykiatrisk behandling i London. De vanligste ikke-møtte behovene var psykologiske og pedagogiske intervensjoner som mestring- og ferdighetstrening (Onyett, 1995).

### 1.5.3.3 Å planlegge ut ifra eksisterende tjenester og nivå

Når behov måles etter etterspørsel legges de eksisterende tjenestene til grunn. Behov for nye tiltak vil derfor ikke fremgå av data om etterspørsel. Etterspørsel i form av ventelister gir også begrenset informasjon. Ventelister inneholder vanligvis kategoriene poliklinikk, avrusing, korttids døgnbehandling (mindre enn 6 måneder), langtids døgnbehandling og LAR. Dette sier noe om logistiske forhold, og lite om innhold eller behov som dekkes.

Antall henvisninger til et tilbud kan teoretisk sett gjenspeile en mangel på et bedre tilbud, fremfor at det dekker et definert behov. Det offentlige fremstår i stor grad som monopolist innen tverrfaglig spesialisert rusomsorg gjennom å eie eller å ha avtaler med en stor andel av rusvernklinner (Alver et al., 2004). I en slik situasjon er det risiko for å få en kunstig høy etterspørsel til et tilbud som kun i mindre grad dekker behovet, som en konsekvens av manglende alternativer. Legeforeningen går så langt som å gi følgende spissformulering: *”Tilbudet som gis, er snarere styrt av om det finnes en ledig behandlingsplass enn av om det er den rette behandlingen som tilbys”* (Den norske lægeforeningen, 2006).

Det skilles klart mellom primær helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste når det gjelder oppgaver og ansvar. Denne barrieren er ofte til hinder for å planlegge en integrert behandling. Selv om den enkelte ansatte forstår hvilke behov som bør dekkes og kjenner tiltak som ville kunne dekke aktuelle behov, har den ansatte råderett kun over de tiltak og ressurser som er knyttet til eget arbeidsområde og –nivå (Onyett, 1995).

## 1.5.4 Kartleggingsverktøy

### 1.5.4.1 Addiction Severity Index (ASI)

Et av de mest brukte kartleggingsverktøyene i USA og Europa for rusmisbruk er ASI (Hasin et al., 2006). Verktøyet er innført som nasjonal standard i både Sverige og Danmark. Begge land begrunner sitt valg med at det dekker ulike fagområder og aspekt ut over selve misbruket, i tråd med kunnskap om viktige faktorer for planlegging av behandling (Tengvald et al., 2004, Vind and Hecksher, 2004). I begge landene vises det til at instrumentet skal bidra både i planlegging av

tjenester for den enkelte rusmisbruker, men også i et befolkningsperspektiv. Oppsummering fra begge land viser imidlertid at verktøyet ikke er tatt i bruk i det omfang som var planlagt.

#### 1.5.4.2 Kartleggingsverktøy for livskvalitet

Det er utviklet en rekke tester eller skjemaer for undersøkelse av generell helsetilstand hos personer (Stewart et al., 1988). Ulike studier har vist at en ensidig fokus på medisinske forhold gir et begrenset bilde av kronisk sykes opplevelse av lidelsen og situasjonen (McHorney and Tarlov, 1995). Derfor har nyere undersøkelsene til hensikt å måle livskvalitet i bredere forstand. I disse inngår vanligvis dimensjoner som fysisk helse, sosial fungering, rollefungering, psykisk helse, opplevelse av helse generelt, og smerte. I tillegg kan dimensjoner som bl.a. søvn, seksuell fungering og selvaktelse inngå (McHorney and Tarlov, 1995).

#### 1.5.4.3 Krav til kartleggingsinstrumenter

Det er gjort ulike studier på forhold som påvirker egnetheten til kartleggingsinstrument for en befolknings helsetilstand og evaluering av helsetjenesten. Det kreves en tilstrekkelig bredde og dybde, som må balanseres med omfanget. Er verktøyet for tidkrevende, blir det ikke brukt. Instrumentet må kunne fange variasjoner i utvalgsgruppen som alder, diagnose, alvorlighetsgrad og samsykelighet. Skalaene må være slik at resultatene er presise, og fordeler seg over hele skalaen. Målene må være reproduserbare, det vil si at lik situasjon skal gi like resultat over tid og uavhengig av hvem som måler. Avgjørende krav til kartleggingsinstrument er også validiteten. Instrumentet må måle det det gir seg ut for å måle (McHorney and Tarlov, 1995).

## 1.6 BrukerPlan

### 1.6.1 Bakgrunn

I forbindelse med at helseforetakene tok over ansvaret for behandling for rusmisbrukere, initierte Psykiatrisk klinikk i Helse Fonna HF et arbeid for å kartlegge befolkningens behov for rusbehandling og –omsorg. Kartleggingen skulle brukes som grunnlag for å planlegge tjenester.



Det ble inngått et samarbeid med International Research Institute of Stavanger (IRIS) i 2005 om å prøve ut et verktøy som tidligere var utviklet og benyttet i Sandnes kommune. Verktøyet kalles BrukerPlan, og er et elektronisk spørreskjema for å kartlegge rusmisbrukere og deres behov. (Se vedlegg 1.) Alle kommunene i helseforetakets opptaksområde fikk tilbud om å delta. Den første kartleggingen ble gjennomført i 2006.

### **1.6.2 Utvikling av verktøyet**

Verktøyet inneholder 55 variabler. Noen er slik at et positivt svar åpner et nytt felt med ekstra variabler for det temaet. Det samles inn informasjon på tre områder. Et område dekker sosiodemografiske data som kjønn, alder, bostedskommune og omsorgsansvar for barn. Det andre området gir informasjon om funksjonsnivå, målt på åtte områder (rusmisbruk, fysisk helse, psykisk helse, økonomi, bolig, atferd, nettverk og aktiviteter). Det tredje området gir informasjon om hvilke tjenester rusmisbrukeren mottar per i dag, og hvilke han/hun sannsynligvis vil etterspørre de nærmeste 12 månedene (Nesvaag and Stevenson, 2006).

Kartleggingen gjennomføres ved at alle ansatte i sosialtjenesten i kommunene kartlegger "sine" rusmisbrukere. Den baseres på respondentens vurdering av rusmisbrukerens situasjon, funksjonssvikt og sannsynlig etterspørsel. Den sannsynlige etterspørselen er basert på den ansattes egen vurdering i kombinasjon med antagelser om rusmisbrukerens ønsker (eventuelt etter noe motivasjonsarbeid) (Personlig kontakt med Bernt Netland, ansvarlig for BrukerPlan fra Helse Fonna HFs side, 25.06.2007). Behovsforståelsen som legges til grunn er derfor å anse som situasjon der handling er påkrevd ("requirement").

Data for hver rusmisbruker blir samlet i en felles databank, som foretaket har tilgang til. I tillegg har hver kommune tilgang til en oversikt over sine data. Forskningsinstitusjonen IRIS fremstiller datamaterialet i en offentlig rapport. Denne rapporten sendes til deltagende kommuner og foretaket. I etterkant av den første undersøkelsen sendte helseforetaket ut en pressemelding, slik at resultater ble gjort kjent blant både beslutningstakere på ulike nivå, og befolkningen generelt

sett. Hvordan dataene er benyttet videre i foretaket og den enkelte kommune er det ikke innhentet opplysninger om i denne studien.

Verktøyet er utviklet av ansatte i sosialtjenesten, ut i fra erfaringsbasert kunnskap om hvilke behov og forhold ved rusmisbrukere som har betydning for planlegging av rusbehandling og -omsorg. Formålet med BrukerPlan er definert som

”Det primære formålet med BrukerPlan er å være et praktisk og effektivt verktøy for kommuner og helseforetak i deres kartleggings- og planleggingsarbeid.” (Nesvaag and Stevenson, 2006)

Planen er å utvikle verktøyet videre og at også andre kommuner og helseforetak kan ta det i bruk. En ny kartlegging med sosialtjenesten som respondenter ble gjennomført i november og desember 2007 som en oppfølging av forrige kartlegging. Kartleggingen skal gjennomføres årlig. (Personlig kontakt med koordinator for kartleggingen Bernt Netland, Helse Fonna HF 25.06. 2007).

## **1.7 Sammenligning av BrukerPlan og DISC-modellen**

For en utdypende forståelse av DISC-modellen og BrukerPlan, vil det i det videre bli en sammenstilling av viktige forhold ved modellene. Modellenes grunnforståelse viser til grunnleggende syn, perspektiv og premisser. Variablene i modellene viser bredden i behovsforståelsen.

### **1.7.1 Grunnforståelse i DISC-modellen og BrukerPlan**

Både BrukerPlan og DISC er modeller for å kartlegge behov i en befolkning, for å kunne planlegge tjenester for aktuell pasientgruppe. DISC tar utgangspunkt i brukeres individuelle behov, og vektlegger at behov må sees i en helhet og at brukerne har behov for et integrert sett av tiltak. Mens BrukerPlan måler antatt etterspørsel etter eksisterende tjenester og funksjonssvikt. Den tar utgangspunkt i eksisterende tjenester og nivåer, sett fra tjenesteyterperspektivet.

DISC-modellen legger til grunn en følt behovsvurdering, uttrykt av den enkelte bruker, mens BrukerPlan tilstreber komparativ behovsvurdering ut i fra de eksisterende tjenestene. DISC-modellen har som grunnleggende prinsipp at tjenester skal defineres etter hvilken funksjon de har, det vil si hvilke behov de skal dekke. En slik forståelse gjenkjennes fra prinsippene og regelverket for Individuell Plan (Helse og omsorgsdepartementet, 2004). BrukerPlan legger til grunn at tjenester skal ytes på grunnlag av etterspørsel etter eksisterende tjenester. En slik forståelse av pasient som kunde i et marked, og tilbud-etterspørsel-tenkning kan gjenkjennes fra New Public Management (Lægreid et al., 2003).

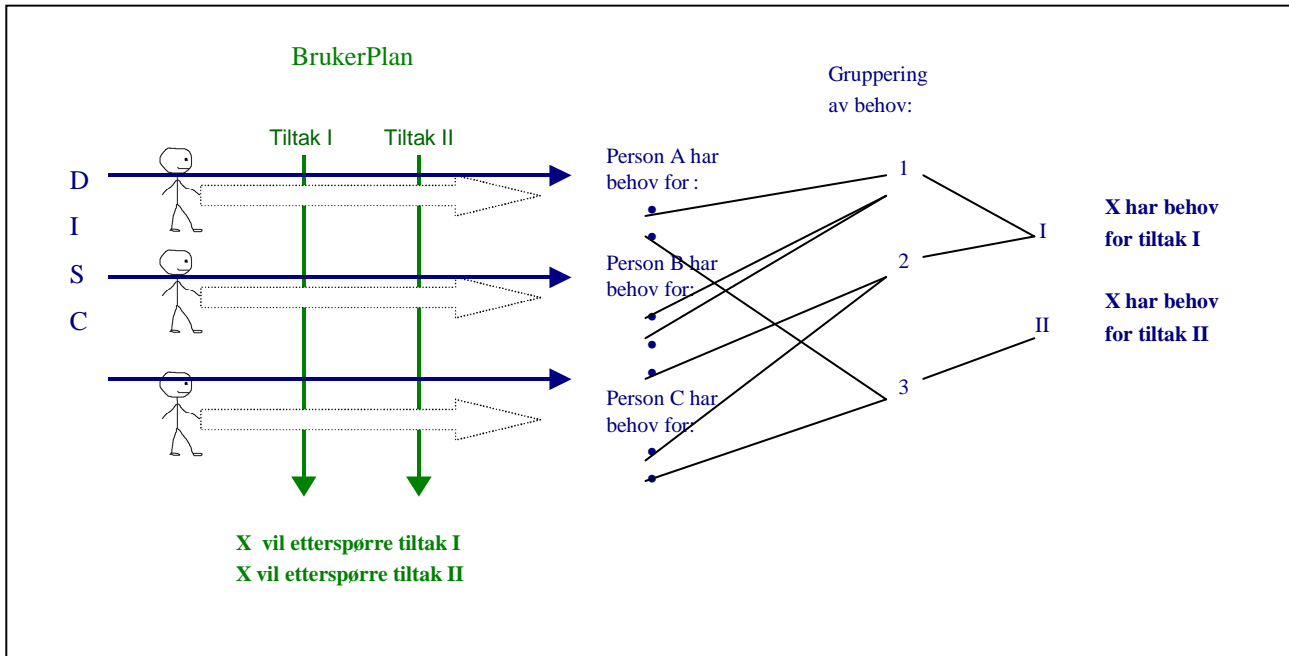
Forenklet kan forskjeller mellom DISC-modellens og BrukerPlans ulike grunnforståelse oppsummeres på følgende måte:

**Tabell 1.** DISC-modellen og BrukerPlans ulike grunnforståelse

	<b>DISC</b>	<b>BrukerPlan</b>
<b>Perspektiv</b>	Brukerperspektiv	Tjenesteyterperspektiv
<b>Behovsforståelse</b>	Holistisk	Fragmentert
<b>Behovsvurdering</b>	Følt	Fra uttrykt til komparativt
<b>Fokus</b>	Behov	Funksjonssvikt og etterspørsel
<b>Kartleggingselementer</b>	Helheten av følt behov som systematiseres i kategorier	Eksisterende tjenester og nivåer
<b>Horisont, målepunkt</b>	Ser enkeltbruker i en tidslinje	Ser grupper av brukere på tvers av tidslinjen.
<b>Prinsipp</b>	Tjenester skal ytes etter behov. Defineres etter funksjonen tjenesten skal ha. Knyttet til IP-prinsipper	Tjenester ytes etter etterspørsel. Knyttet til NPM-prinsipper

Et viktig skille mellom modellene er det som over er betegnet som ”horisont, målepunkt”. DISC forstår pasientens behov i en helhet på tvers av alle aktuelle tiltak, mens BrukerPlan måler etterspørsel av enkelte tjenester eller tiltak for hele gruppen. BrukerPlan kan derfor sies å måle etterspørsel på tvers av den enkelte brukers helhetlige behov. Forskjellen kan illustreres på følgende måte:

**Figur 3.** Illustrasjon av DISC-modellen og BrukerPlans ulike innfallsvinkler til å kartlegge etterspørsel eller behov: ("X" står for et visst antall)



### 1.7.2 Variabler i DISC-modellen og BrukerPlan

DISC-modellen har delt pasientgruppens behov inn i seks kategorier. Dette er basert på kunnskap utviklet gjennom omfattende datainnhenting på hva alvorlig psykisk syke mennesker opplever å ha behov for. BrukerPlan inneholder en rekke tjenester ansatte i sosialtjenesten av erfaring vet at rusmisbrukere generelt sett har behov for. I det følgende er variablene i BrukerPlan forsøkt inndelt etter DISC-modellens behovskategorier for å vurdere om BrukerPlan favner bredt nok. Inndelingen er ikke den eneste mulige, da flere av BrukerPlans variabler kan inngå i flere av DISC-modellens behovskategorier.

**Tabell 2.** DISC-modellens og BrukerPlans variabler

<b>DISC-modellens behovskategorier</b>	<b>BrukerPlans tjenester og funksjonsvurdering</b>
Tilgjengelighet og informasjon	
Individuell planlegging	Individuell Plan
	Ansvarsgruppe
	Tiltak- eller andre planer
Krisehåndtering	Akutt (spesialisthelsetjeneste, rus)
	Akutt (spesialisthelsetjeneste, psykiatri)
	Akutt (spesialisthelsetjeneste, somatikk)
	Tvangstiltak etter sosialtjenesteloven
	Tvangstiltak etter lov om psykisk helse
Behandling og støtte i forhold til lidelsen	Døgnbehandling og poliklinikk, rus
	Døgnbehandling og poliklinikk, psykiatri
	Døgnbehandling og poliklinikk, somatikk
	LAR, spesialisthelsetjeneste
	LAR, kommunenivå
	Kommunale helsetjenester
	Funksjon: Rusing, psykisk helse og fysisk helse
Normal livsutfoldelse og langtidsstøtte	Sosialtjenester og/eller trygdeetat
	Midlertidig bolig og/eller boligjenester
	Barneverntjenester
	Omsorgstjenester
	Aetat
	Frirmsorgen/fengsel
	Tannhelsetjeneste
	Funksjon: Økonomi, bolig, sosial atferd og nettverk
Personlig vekst og utvikling	Kommunalt eller fylkeskommunalt undervisningstilbud
	Frivillige organisasjoner
	Aetat
	Funksjon: Nettverk og aktivitet
	Ivaretagelse av barn

BrukerPlan har variabler som kan sorteres ut fra alle DISCs behovskategorier, bortsett fra ”Tilgjengelighet og informasjon”. Ingen av BrukerPlans variabler kan sies å inngå direkte i en behovskategori, men mange hører til i flere behovskategorier. BrukerPlan gir data om ivaretagelse av egne barn, noe DISC-modellen ikke inneholder eksplisitt.

## 2. Hensikten med studien

Utgangspunktet for studien er en mangel på gode kartleggingsverktøy for denne pasientgruppen. Studien har en todelt hensikt. Det ene er å vurdere BrukerPlan spesifikt, da det er i bruk og kan få store konsekvenser for rusmisbrukere og tjenesteapparatet i regionen. Det andre, som kan sies å være det mest interessante, er å se på BrukerPlan som et eksempel på en kartleggingsmetodikk for en pasientgruppe med behov for integrert behandling. Pasientgruppen er også kjennetegnet ved stor usikkerhet knyttet til omfang og kunnskap om beste praksis med hensyn til oppfølging og behandling. Ved å vurdere hvilke konsekvenser de valg som er gjort i BrukerPlan får, vil en utvikle kunnskap om kartlegging av behov der usikkerheten er utpreget.

### 2.1 Behovet for kartleggingsverktøy

Etter Specialisthelsetjenestelovens § 2-1 a er de regionale helseforetakene pålagt å sikre at de med fast bopel i regionen tilbys spesialisthelsetjeneste (også kjent som "sørge for"-ansvaret) (Helse\_og\_omsorgsdepartementet, 1999). Dette innebærer å ha "*en klar analyse av eget tilbud og behovet i befolkningen innenfor de ulike tjenesteområdene*" (Helse og omsorgsdepartementet, 2005). Av evalueringen av rusreformen fremgår det at de regionale helseforetakene i Norge baserer planlegging av tjenestene på etterspørselen (Lie, 2006). Dette gir ikke en nyskapende og tilpasset tjeneste.

Det er nødvendig å kartlegge både helheten av rusmisbrukergruppen, og bredden i type og omfang av behov som følge av rusmisbruket. De undersøkelsene som gjennomføres er ofte fragmenterte i utvalg eller gir en begrenset forståelse av behov for tjenester. For planlegging av tjenester gir disse undersøkelsene et for begrenset beslutningsgrunnlag.

For å sikre et nødvendig helsetjenestetilbud har vi en tradisjon for å benytte epidemiologiske data. En forutsetning for å ta i bruk denne type data i planleggingsøyemed er at pasientene kan kategoriseres slik at personer i samme kategori grovt sett har samme behov, at en kan forutsi resultatet av en gitt behandling med forholdsvis stor sikkerhet, og at en klarer å fange opp alle med lidelsen. I tillegg må det være en klar sammenheng mellom antall som har en gitt lidelsen,

og antall som faktisk vil fullføre nødvendig behandling. For rusmisbrukere er alle disse forutsetningene i liten grad tilfellet. Det er derfor nødvendig å finne bedre egnede metoder for denne brukergruppen.

## **2.2 Å vurdere BrukerPlan spesifikt**

Å gjøre en kunnskapsbasert vurdering av BrukerPlans egnethet til formålet er viktig av flere grunner. Verktøyet er tatt i bruk i åtte kommuner med et befolkningsgrunnlag på i overkant av 120.000. Resultat av kartlegging med BrukerPlan skal utgjøre en viktig del av planleggingsprosesser i både kommunene og helseforetaket. Det vil derfor kunne få store konsekvenser på både individ- og systemnivå.

En rekke aktører har vist interesse for BrukerPlan. Andre helseforetak, kommuner og Helse- og sosialdirektoratet har uttrykt at de oppfatter verktøyet som interessant. Ved at stadig flere tar i bruk verktøyet, blir det stadig viktigere med god kjennskap til verktøyets egnethet til formålet. Også fordi det å velge et verktøy kan innebærer en begrenset søken etter andre kartleggingsverktøy.

## **2.3 Fenomenet som BrukerPlan er et eksempel på**

Som et eksempel på fenomenet kartlegging av brukergrupper med behov for integrert behandling, er BrukerPlan interessant også for andre enn rusmisbrukergruppen. Brukergruppen BrukerPlan er utviklet for er kjennetegnet av stor grad av usikkerhet med hensyn til inklusjonskriterier, kunnskap om effekt av tiltak, forhold som påvirker effekt av tiltak med mer. Slik usikkerhet finner vi igjen også hos andre pasientgrupper som alvorlig psykisk syke.

BrukerPlan er et innovativt verktøy ved å kartlegge behov på tvers av forvaltningsnivå og fagfelt i en tilnærmet hel populasjon. Vektlegging av samarbeidet mellom kommuner, helseforetak og en forskningsinstitusjon viser også en forståelse for koordinering og samorganisering av

tjenestetilbudet. Funn en gjør ved BrukerPlan kan overføres til andre eksempler på samme fenomen.

## **2.4 Hvem kan ha interesse av studien?**

Gjennom å vurdere BrukerPlan vil alle som i dag påvirkes av kartleggingen kunne ha interesse av studien. Studien vil kunne gi indikasjoner på dataenes validitet og reliabilitet, og innspill til utviklingsarbeidet. Dette er av interesse også for de som fremtidig vil påvirkes av verktøyet, enten ved å ta det i bruk eller å påvirkes av resultatene av det.

Studien har til hensikt å bidra til kunnskap om kartleggingsmodeller for rusmisbrukere. Denne studien vil derfor kunne være relevant for de som har ansvar for ivaretagelse av brukergrupper preget av tidligere nevnte usikkerhet og med behov for integrert behandling.



### 3. Forskningsspørsmål

#### 3.1 Problemstilling

”I hvilken grad fanger BrukerPlan opp befolkningens behov, for planlegging av rusbehandling og –omsorg?”

#### 3.2 Forskningsspørsmål

Ut i fra problemstillingen er det formulert tre forskningsspørsmål. Det første angår kjennskap til dem som er kartlagt. Vi vet at BrukerPlan ikke fanger opp alle rusmisbrukere i befolkningen. For å planlegge helsetjenester for alle, er det viktig å også vurdere hvilke grupper som ikke er kartlagt. Ved å vurdere kjennetegn og forhold ved de som er kartlagt opp mot kunnskap om sannsynlig forekomst i befolkningen, kan en gjøre antagelser om grupper som ikke er kartlagt. Det første forskningsspørsmålet er:

1. *Hva kjennetegner dem som kartlegges i BrukerPlan?*

BrukerPlan er utviklet ut i fra erfaring fra sosialtjenesten. Det er derfor viktig å vurdere om instrumentet har en tilstrekkelig bredde i behovsforståelsen og om det som kartlegges har relevans for planlegging av tjenester. Mange rusmisbrukere har behov for integrert behandling. Gjennom å se instrumentet og datamaterialet opp mot en kunnskapsbasert modell for integrert behandling, kan en vurdere i hvilken grad BrukerPlan gir nødvendig informasjon. Det andre forskningsspørsmålet er:

2. *Hvilke behov avdekker BrukerPlan sett i lys av en modell for integrert behandling?*

Det tredje forskningsspørsmålet gjelder behovsforståelse. Forståelsen av ”behov” er viktig for verktøyets og datamaterialets egnethet som utgangspunkt for planlegging av tjenester. Det tredje forskningsspørsmålet er:

- 3. Hvilken behovsforståelse ligger til grunn i BrukerPlan-instrumentet og i datamaterialet? I hvilken grad er denne forståelsen hensiktsmessig som utgangspunkt for planlegging av tjenester for rusmisbrukere?*

## **4. Metode**

### **4.1 Design**

#### **4.1.1 Fleksibelt design**

Designet på samfunnsvitenskaplige studier kan deles inn i to hovedtype; ”fixed design strategy” og ”flexible design” (Robson, 2002). Fiksert strategi innebærer en klar forhåndsspesifisering av gjennomføringen i form av en protokoll før en begynner datainnhenting. Fleksible studier kan beskrives ved at designet av studien utvikles mens datainnhenting pågår. Fleksibelt design benyttes ofte når kunnskapsgrunnlaget om sannsynlige mekanismer er begrenset (Robson, 2002), slik tilfellet er for denne studien. Det er derfor valgt et fleksibelt design.

Fleksibelt design kan gjennomføres på en rekke ulike måter, men tre typiske strategier er case-studier, etnografiske studier og ”grounded theory”-studier. Etnografiske studier benyttes for å beskrive eller forklare fenomen i en gruppe mennesker. ”Grounded theory” har til hensikt å generere (ny) teori. Case-studier benyttes for å undersøke eller forklare et fenomen i dets omgivelser, sett i lys av eksisterende teorier (Robson, 2002).

I denne studien er hensikten å vurdere BrukerPlan sin egnethet. Dette for å generere kunnskap om fenomenet kartlegging av behov hos rusmisbrukere. Case-studien er basert på bruken av kartleggingsverktøyet i åtte kommuner i Sunnhordland, Hardanger og Haugaland. Det benyttes teori om integrert behandling som modell for å vurdere BrukerPlan.

## **4.2 Metode**

### **4.2.1 Case-studie**

Case-studier kan defineres som:

”a strategy for doing research which involves an empirical investigation of a particular contemporary phenomenon within its real life context using multiple sources of evidence.”  
(Robson, 2002)

Case-studie innebærer en undersøkelse av et gitt fenomen i dets kontekst, ved bruk av flere kilder til bevis eller kunnskap. I denne studien dreier fenomenet seg om kartlegging av behov hos rusmisbrukere for planlegging av tjenester. Caset som studeres er BrukerPlan som et instrument (spørreskjemaet og IT-løsninger) i den konteksten det er utprøvd (gjennomføringen av kartleggingen). Konteksten er sosialtjenesten i åtte kommuner og forhold som har betydning for gjennomføringen av kartleggingen. For å gjennomføre studien benyttes et sammensatt sett av kilder til kunnskap om fenomenet. Et kvantitativt datamateriale fremkommet ved bruk av BrukerPlan analyseres ved hjelp av kunnskap om begrepet "behov" ved planlegging av tjenester, kunnskap om rusmisbruk og rusmisbrukeres behov, andre anerkjente kartleggingsverktøy, og informasjon fra ulike aktører som for eksempel ansvarlige for gjennomføringen av BrukerPlan og forskningsinstitusjoner.

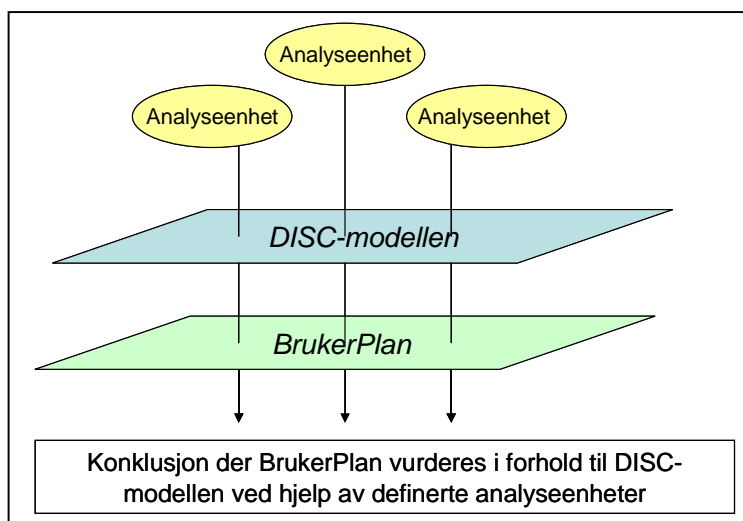
En case-studies validitet kan testes innen fire områder; begrepsvaliditet, indre validitet, ytre validitet og reliabilitet (Yin, 2003). I denne studien er det gjort flere grep for å sikre så høy grad av validitet som mulig. Begrepsvaliditet er ivaretatt ved bruk av supplerende teori om behov og rusmisbruk, og informasjon fra ulike kilder om blant annet forekomst av rusmisbruk og behov hos alvorlig psykisk syke. Det er forsøkt å etablere en beviskjede gjennom å vise sammenhengen mellom problemstilling, teori, data og konklusjon. Men utkastet til konklusjonene er ikke vurdert av nøkkelinformanter slik som ansatte i sosialtjenesten og rusmisbrukere. Ansvarlige for utviklingen og gjennomføringen av kartleggingen med BrukerPlan er forespurt om forståelsen av enkeltfunn, men er ikke forelagt deler av eller hele rapporten.

Indre validitet er forsøkt ivaretatt gjennom en så tydelig forklaringsoppbygging som mulig. Alternative, eller rivaliserende, forklaringer er fremmet og vurdert. Bruk av logiske modeller kan også bidra til økt indre validitet. En logisk modell er en analytisk teknikk bestående av matching mellom empirisk observert hendelse og teoretisk forutsatt hendelse (Yin, 2003). I denne studien gjøres dette ved blant annet å se resultat fra BrukerPlan opp mot de behov en forventer å finne etter DISC-modellen.

Ytre validitet ved singlecase-studier ivaretas ved å bruk av teori. Case-studier bygger på analytisk generalisering. Gjennom å studere caset utvikles en forståelse i form av en modell for det aktuelle fenomenet. Denne modellen vurderes opp mot en anerkjent modell (Yin, 2003). For å gjøre denne vurderingen er det nødvendig å knytte caset til en teoretisk definert enhet som det er et eksempel på (Andersen, 1997). Den teoretisk definerte enheten, eller fenomenet, i denne studien er kartlegging av en befolknings behov for tjenester ved lidelser det er knyttet stor usikkerhet til behov, behandlingseffekt og sammenheng mellom behov og etterspørsel. DISC-modellen er den teoretisk definerte modellen som BrukerPlan-modellen vurderes opp mot.

Modellene vurderes ved hjelp av analyseenheter. Analyseenheter er dimensjoner en ønsker å vurdere modellene etter. Ved å studere BrukerPlan opp mot DISC-modellen etter definerte analyseenheter, vil en finne forhold som er i samsvarende eller er rivaliserende til DISC-modellen (Yin, 2003). Dette kan illustreres på følgende måte:

**Figur 4:** Vurdering av BrukerPlan i forhold til DISC-modellen ved hjelp av analyseenheter:



Et velkonstruert case-studie er helhetlig og sensitiv for kontekst (Patton, 2001). For å ivareta helhetshensynet benyttes det også annen teori, som fremgår i første del av oppgaven, for å vurdere BrukerPlans egnethet, som supplement til DISC-modellen.

Reliabiliteten i case-studier omhandler i hvilken grad en ville fått samme resultat om studien ble gjennomført på nytt på samme måte. Det forutsetter en tydelig beskrivelse av hva som er gjort, gjerne gjennom føring av en protokoll. Studiens database består av denne rapporten og datasettet fremkommet ved bruk av BrukerPlan i åtte kommuner. Fremgangsmåten og begrunnelsene for valg som er tatt er beskrevet i rapporten. Datamaterialet og analyser av det, er lagret og er tilgjengelig (etter tillatelse) om en ønsker å kontrollere funnene.

Studien er i hovedsak eksplorativ (undersøkende). Hensikten er å søke ny innsikt om det å kartlegge behov i en befolkning for å planlegge tjenester. Ved å sette BrukerPlan opp mot en modell for integrert behandling vil en kunne få ny innsikt og generere ideer. Data, eller mangel på data, fremkommet ved bruk av BrukerPlan vil til en viss grad forklares ut i fra ulik teori. Det vil derfor kunne hevdes at studien har fragmenter av eksplanatorisk (forklarende) design.

#### **4.2.2 Analyseenheter**

Når en studerer et eller flere case er det nødvendig å definere hva en skal innhente informasjon om. Analyseenheter er definerte forhold eller dimensjoner ved fenomenet som kan benyttes til å besvare forskningsspørsmålene (Yin, 2003). Denne studien har tre forskningsspørsmål og flere analyseenheter. I tabellen under er analyseenhetene til hvert forskningsspørsmål satt opp, sammen med eksempler på dataenheter i BrukerPlan som benyttes for å belyse analyseenheten.

**Tabell 3.** Forsknings spørsmålene med tilhørende analyseenheter

<b>Forsknings spørsmål</b>	<b>Analyseenheter</b>	<b>Eksempel på dataenheter fra BrukerPlan</b>
1. Hva kjennetegner de som kartlegges i BrukerPlan?	Helheten av behov for rusbehandling og –omsorg i befolkningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosiodemografiske opplysninger</li> <li>• Grad av funksjonssvikt</li> </ul>
2. Hvilke behov avdekker BrukerPlan sett i lys av en modell for integrert behandling?	Dekningsgrad vedrørende bredde og relevans av behov hos rusmisbrukere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målepunkter i BrukerPlan-instrumentet</li> </ul>
	Tydighet av behov for integrert behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad av funksjonssvikt</li> <li>• Nåværende og antatt fremtidig etterspørsel</li> </ul>
	Tydighet av undergruppers behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosiodemografiske opplysninger</li> <li>• Grad av funksjonssvikt</li> <li>• Nåværende og antatt fremtidig etterspørsel</li> </ul>
3. Hvilken behovsforståelse ligger til grunn i BrukerPlan? I hvilken grad er behovsforståelsen hensiktsmessig som utgangspunkt for planlegging av tjenester for rusmisbrukere?	Egnet av behovsforståelsen ved planlegging av tjenester for rusmisbrukere etter <ul style="list-style-type: none"> <li>- behov eller etterspørsel</li> <li>- type behovsvurdering</li> <li>- rusmisbrukeres behov for integrert behandling</li> <li>- spesialisthelsetjenestens forståelse av behov.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nåværende og antatt fremtidig etterspørsel</li> <li>• Opplysninger om gjennomføringen av kartleggingen</li> </ul>

### 4.2.3 Gjennomføring av studien

Med utgangspunkt i et litteratursøk ble problemstilling, forsknings spørsmål og foreløpige analyseenheter formulert. I denne første fasen ble også en rekke personer med relevant kompetanse spurt til råds. Ut i fra problemstillingen ble det så gjort dypere litteratursøk, der viktig kunnskap og teori ble valgt ut som grunnlag for å presisere forsknings spørsmålene og for å definere analyseenheter. Utvelgelsen skjedde ut i fra relevans for å belyse problemstillingen. Som rivaliserende modell ble en modell for kartlegging ved behov for integrert behandling (DISC) valgt. Utvalget av litteratur som er gjengitt i bakgrunnskapittelet gjenspeiler analyseenheter.

Det kvantitative datamaterialet forelå ved oppstart av studien. Men siden BrukerPlan skal gjennomføres årlig, var det anledning til å studere caset mens det pågår, slik det kreves av case-studier. Dataene er lagt inn av ansatte i sosialtjenesten og samlet og fremstilt i rapport av

forskningsinstitusjonen IRIS. Datamaterialet er gjort tilgjengelig for denne studien i excel-fil og SPSS-fil. Statistikkprogrammet SPSS ble benyttet til å analysere materialet.

#### **4.2.4 Litteraturstudie**

Utvalget av litteratur som benyttes i denne studien gjenspeiler de valgte analyseenheterne. Temaene er forståelse av ”behov” i sammenheng med planlegging av helsetjenester, forhold hos rusmisbrukere som har betydning for behovskartlegging, og forhold ved tjenestene som skal eller bør ytes. Det er i hovedsak benyttet databasene Google Scholar og Medline. Det er benyttet en rekke søkerord i ulike sammensetninger, bl.a. ”needs”, ”drug addict”, ”health care”, og ”substance abuse”. Sentrale aktører som Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), SINTEF, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA), Verdens helseorganisasjon (WHO), svenske ”Socialstyrelsen” og ulike fagtidsskrifter for rusbehandling har gitt data eller informasjon som har ført til ytterligere litteratursøk. Fagpersonell innen rusbehandling har gitt innspill om viktig litteratur og viktige forhold for studien. Veileder har bidratt med litteraturtips i forhold til integrert behandling.

### **4.3 Begrensinger**

Studien begrenser seg til egnetheten av BrukerPlan som et beslutningsgrunnlag for planlegging av tjenester. I hvilken grad BrukerPlan faktisk bidrar til planleggingsprosessen, erfaringer med bruk av resultatet, og effekt av samhandlingen som følge av BrukerPlan vurderes ikke.

Begrepet ”tjenester” er ikke definert til et bestemt nivå eller fagområde. Dette er valgt av hensyn til rusmisbrukernes behovet for et sammensatt og bredt utvalg av tjenester som til sammen utgjør en helhet.



## **5. Etiske vurderinger**

### **5.1 Generelle etiske vurderinger**

Det er knyttet få etiske betenkeligheter til metoden som er benyttet i denne studien. Den er basert på sammenholdelse av teori, beskrivelse av en kartleggingsmodell, og data som allerede er innhentet. Gjennomføringen av studien vil ikke kunne medføre noen form for overgrep overfor de rusmisbrukende som er kartlagt. Siden dataene ikke er personidentifiserbare, og studien ikke påvirker de som er kartlagt direkte, har ikke Helsinki-deklarasjonen (World Medical Association, 1964) annen gyldighet enn som gode retningslinjer. Viktige prinsipper som følges i denne studien er krav om beskyttelse av menneskers rettigheter og integritet (se neste kapittel om taushetsplikt), og at befolkningsgruppen det forskes på kan ha fordel av forskningen.

### **5.2 Taushetsplikt**

De kartlagtes anonymitet blir ivaretatt ved at navn og personnummer filtreres bort når data overføres til databanken. Kun forskningsinstitusjonen IRIS har tilgang til denne databanken. Tilgang til datafilen gis etter godkjenning fra klinikkdirektør i Psykiatrisk klinikk, Helse Fonna HF. Datatilsynet har vurdert det slik at ”personopplysningsloven ikke får anvendelse” (Datatilsynet and Ofstad, 01.01.2006) ved innsamling og bruk av disse dataene. Klinikkdirektør Kvalevaag i Helse Fonna HF har gitt tilgang til datamaterialet til bruk i denne studien (Helse Fonna HF, 19.03.07).

### **5.3 Interessekonflikt**

Denne studien er gjennomført med lønn fra Psykiatrisk klinikk, Helse Fonna HF. Klinikk er initiativtaker til kartleggingen gjennom BrukerPlan, og må betegnes som en sentral interessent i utviklingen av verktøyet. Interessen kan sees som todelt, der en på den ene side er opptatt av å ha et godt egnet kartleggingsverktøy, mens på den andre side kanskje også ser gevinster ved å ha utviklet et verktøy som mange ønsker seg. Det er ikke økonomisk gevinst knyttet til å ”eie” BrukerPlan. Det er derfor grunn til å anta at et valid resultat er viktigst for klinikken. Det er også

slik at klinikken ikke har gitt føringer for verken valg av tema eller gjennomføringen av studien. Å gjøre en vurdering av instrumentet, er et valg forfatteren selv har tatt.

## 6. Materiale

Materialet til denne studien består av et kvantitativt datasett, fremkommet ved bruk av BrukerPlan.

### 6.1 Instrumentet

BrukerPlan-instrumentet består av 55 variabler i et elektronisk spørreskjema (se vedlegg 1). Det gir opplysninger innen tre områder; sosiodemografiske opplysninger, vurdering av funksjonsnivå, og nåværende og antatt fremtidig etterspørsel etter eksisterende tjenester. Sosialtjenesten har fått installert en fil der data fylles inn for hver bruker.

Spørreskjemaet fylles ut av de ansatte i sosialtjenesten uten rusmisbrukeren til stede. Til grunn for dataene ligger den ansattes kjennskap til rusmisbrukeren. For delen som omhandler antatt fremtidig etterspørsel legges pasientens sannsynlige ønsker sammen med en erfaringsbasert vurdering til grunn. Det er uvisst i hvor stor grad pasientens faktiske ønsker ligger til grunn, eller om det i større grad vurderes i forhold til ”normalen”.

Materialet er innhentet i planleggingsøyemed, og ikke i forskningsøyemed. Den eneste testing som er gjennomført av verktøyets validitet er utført ved å teste funksjonsskåren etter BrukerPlan på 20 pasienter ved et psykiatrisk ungdomsteam opp mot de anerkjente testene Globale Assessment Scale - Symptom/Funksjon (GAF – S/F) og Health of the Nation Outcome Scales (HoNoS). For disse pasientene fant en ingen signifikant korrelasjon mellom GAF-S og BrukerPlans ulike funksjonsskårer (ikke engang for ”psykisk helse”), meget høy korrelasjon mellom GAF-F og BrukerPlans funksjonsskåre, og høy korrelasjon mellom HoNos og BrukerPlans funksjonsskåre (men også her er det begrenset korrelasjon i forhold til psykisk helse) (Nesvaag and Stevenson, 2006). På grunn av forhold ved utvalget og gjennomføringen av testen (det begrensede antallet, testing av kun en del av verktøyet m.m.) er ikke dette nok til å kjenne verktøyets validitet. Reliabilitetstesting er ikke utført.

Usikkerheten omkring datamaterialets troverdighet er forsøkt imøtekommet med forsiktighet med tolkning av resultatene, og bruk av supplerende informasjonskilder.

## **6.2 Behandling av dataene**

På avtalt tidspunkt samles alle dataene i en felles databank, administrert av IRIS. I overføringen av data filtreres de kartlagte personlia bort, slik at filene er anonymisert. Dataene samles som en Excel-fil, og overføres til en SPSS-fil av IRIS. Datamaterialet som benyttes i denne studien fremgår av oversendt SPSS-fil. Analyser som er gjennomført i SPSS er forklart i syntaxfiler, og resultatene fremgår av output-filer. Uklarheter i datamaterialet er forsøkt utredet i den grad det er mulig, for å sikre en så riktig forståelse som mulig.

## **6.3 Sosialtjenesten som informasjonskilde**

Helse Fonna HF har inngått et samarbeid med åtte kommuner i sitt ”sørge for”-ansvarsområde om å kartlegge rusmisbrukerne i disse kommunene. Alle kommuner ble invitert, og åtte valgte å delta. De åtte kommunene utgjør til sammen 75 % av foretakets opptaksområde på 163.000 innbyggere. Kartleggingen ble gjennomført i løpet av to uker i september 2006. En valgte at ansatte på sosialkontoret i hver kommune kartla rusmisbrukere med sosialklientforhold i sin kommune. Studier av hvor stor andel av rusmisbrukere som har kontakt med sosialtjenesten tyder på at sosialtjenesten er blant de enkeltinstansene som har kontakt med flest rusmisbrukere. Hos pasienter som er i behandling for sitt rusmisbruk har en i 2003 og 2006 funnet at i overkant av 70 % har kontakt med sosialkontoret (Lie, 2006). I Sverige ble det bedømt et størrelsesforhold på cirka en i kontakt med sosialtjenesten per 1,5-2 rusmisbruker (Socialstyrelsen, 2007b). Utvalget i datagrunnlaget kan derfor sies å være et administrativt utvalg.

## **6.4 Utvalget**

Det er ikke definerte klare inklusjonskriterier. Det oppgis at det skal legges en helhetsvurdering til grunn for en skjønsmessig vurdering av om klienten er en rusmisbruker, men samtidig stilles

det krav til at det er en åpenhet om misbruksproblematikken for at klienten skal inkluderes. I situasjoner der den ansatte på sosialkontoret bare hadde mistanke om rusmisbruk ble klienten ekskludert fra kartleggingen (Personlig kontakt med koordinator for kartleggingen Bernt Netland, Helse Fonna HF 22. august 2007). Imidlertid opplyses det fra et sosialkontor at ansatte der har inkludert også klienter der det ikke er en åpenhet om rusmisbruken (Personlig kontakt med Erik Baust ved Sauda sosialkontor, 23. oktober 2007). Dette tyder på noe variasjon i inklusjonen. Data som benyttes her er fra kartleggingen gjennomført av ansatt i sosialtjenesten i kommunene Karmøy, Haugesund, Stord, Kvinnherad, Odda, Tysvær, Vindafjord og Sauda. Til sammen er 669 klienter inkludert.

## 7. Resultat

### 7.1 Sosiodemografiske forhold

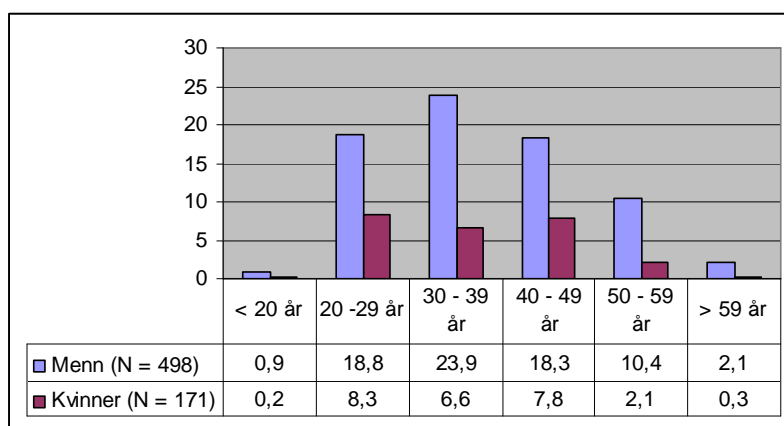
#### 7.1.1 Utvalget

Utvalget består av 669 personer. Sosialtjenesten i åtte kommuner har kartlagt alle sine klienter som de betegner som rusmisbrukere.

#### 7.1.2 Alders- og kjønnsammensetning

Fordelingen i kjønn hos de kartlagte viser at 74 % av de kartlagte er menn. For tre av de kartlagte er ikke alder oppgitt.

**Diagram 1** Andel i prosent fordelt etter kjønn og aldersgrupper (N = 666):



#### 7.1.3 Prevalens

Folketallet i de åtte kommunene er ca. 123.000. Prevalens av rusmisbrukere (antall per 1000 innbyggere) for de åtte kommunene til sammen er 5,4.

**Tabell 4.** Prevalens av aktuelle brukere i de ulike kommunene

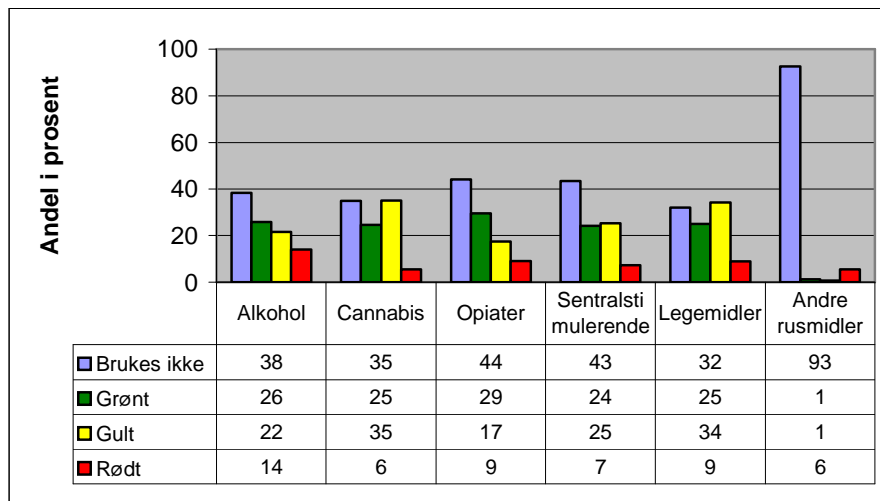
<b>Kommune</b>	<b>Antall kartlagte</b>	<b>Prevalens (per 1.000 innbyggere)</b>
Haugesund	173	5,5
Kvinnherad	45	3,4
Odda	55	7,4
Sauda	42	8,6
Tysvær	37	4,0
Vindafjord	21	2,6
Stord	119	7,3
Karmøy	177	4,7
<b>Totalt</b>	<b>669</b>	<b>5,4</b>

## **7.2 Forhold mellom rusmisbruket og funksjonsnivå**

### **7.2.1 Type og omfang av ulike typer rusmidler**

For hver rusmisbruker er det kartlagt hvilke rusmidler de benytter vanligvis og omfanget av misbruket. Det benyttes en firedelt skala. Den er gradert fra ingen bruk til tre grader av bruk der grønt er minst misbruk, gult middels og rødt mest. Rusmisbrukere som benytter flere typer rusmidler registreres på de midlene han/hun vanligvis benytter. Summen av antall som misbruker alle midler vil derfor være større enn antall rusmisbrukere som er kartlagt. Det er ikke gitt hjelptekst til denne skaleringen. (I BrukerPlan står det følgende: ”Vektleggingen av bruken har ingen spesielle regler, men er din egen vurdering.”.)

**Diagram 2.** Fordeling av type rusmidler og omfang av misbruket (N = 618)



Av "Andre rusmidler" er følgende registrert: "Anabole steroider", "Ecstasy", "Løsemidler", "Partydop", og "Sniffing".

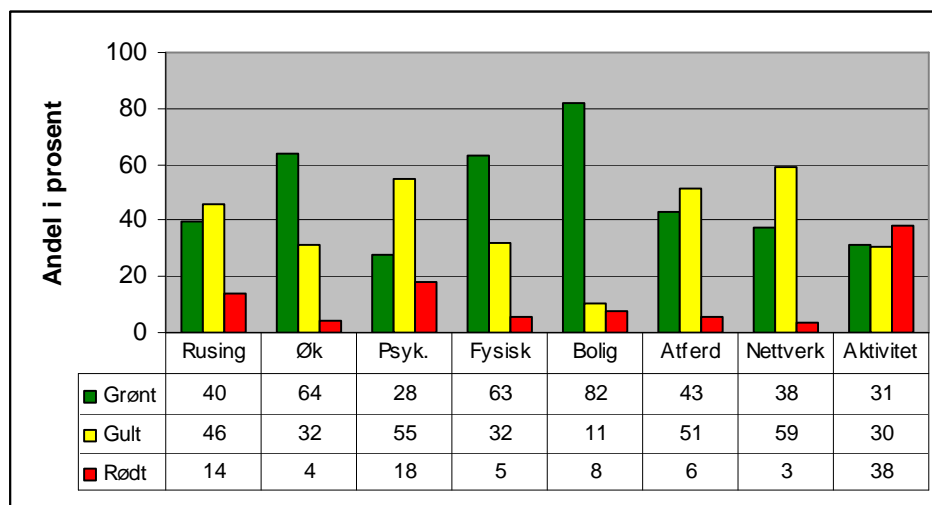
## 7.2.2 Funksjonssvikt

### 7.2.2.1 Funksjonsvurdering etter åtte områder

Det er kartlagt funksjonsnivå på åtte områder: rusing, økonomi, psykisk helse, fysisk helse, bolig, sosial atferd, nettverk og aktivitet. For hvert område er det en tredelt skala. Det er utviklet hjelpetekster for skåring av hvert område (se Vedlegg 1). Generelt sett angir grønn ingen eller mindre svikt, gul en del svikt, og rødt massiv svikt.



**Diagram 3** Andel brukere i prosent med ulik grad av funksjonssvikt innen ulike områder (N = 669)



Av de kartlagte er 71 personer vurdert til å ha ingen eller mindre svikt (skårer ”grønt”) på alle funksjonsområder bortsett fra rusing. Dette utgjør 10,6 %.

#### 7.2.2.2 Fungereing og variasjon innen rusing

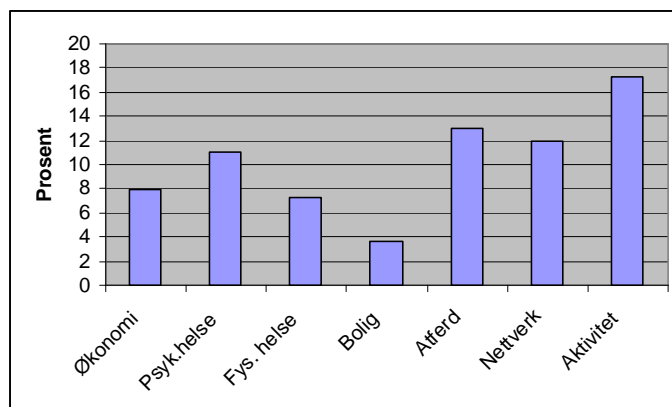
Funksjonsskåren for rusing angir grad av kontroll på rusingen. Den alvorligste svikten (rødt) har hjelpeteksten ”helt vilt/grenseløst”. I totalutvalget (N = 669) er det gjort en multivariat regresjonsanalyse med vurderingsskåre for rusing som avhengig variabel, og vurderingsskåre for de andre sju områdene som uavhengige variabler. Ved hjelp av denne analysen kan en se grad av sammenheng mellom endring i de sju funksjonsområdene og endring i kontroll av rusingen. Modellen forklarer 27 % ( $r^2 = .27$ ) av variansen i rusing. Det vil si at 27 % av variasjonen funksjonssvikt innen rusing forklares av variasjon i funksjonssvikt innen de andre sju områdene.

Det er også laget en korrelasjonsmatrise som inneholder de sju funksjonsskårene og funksjonsskåren for kontroll av rusing hver for seg. Alle Pearsons korrelasjonskoeffisientene  $r$  for sammenhengen mellom grad av funksjonssvikt innen rusing og hver av de andre funksjonssviktskårene var positive. Det vil si at økt funksjonssvikt innen kontroll av rusing henger sammen med økt funksjonssvikt på de andre sju områdene. Alle korrelasjonene var statistisk signifikante ( $p < 0.05$ ). Funksjonssvikt innen hver av de sju områdene samvarierer med variasjon i funksjonssvikt innen rusing på følgende måte:

**Tabell 5** Pearsons korrelasjonskoeffisient  $r$  og regresjonsanalyse for de sju funksjonsskårene mot funksjonsskåre for rusing

	$r$	$r^2$
Økonomi	.282	.079
Psykisk helse	.332	.110
Fysisk helse	.271	.073
Bolig	.191	.037
Atferd	.360	.130
Nettverk	.346	.120
Aktivitet	.416	.173

**Diagram 4** Prosentvis hvor mye hver av de sju funksjonsområdene ( $r^2 \times 100$ ) som forklarer variasjon i rusing



## 7.3 Nåværende og antatt fremtidig behov for ulike tiltak

### 7.3.1 Antall som har Individuell plan, ansvarsgruppe og/eller andre planer

For hver rusmisbruker er det kartlagt om de har en eller flere samhandlingsverktøy i form av ”Individuell plan”, ”Ansvarsgruppe” og ”Tiltaks- eller andre planer”.

**Tabell 6.** Antall og andel som har Individuell plan, ansvarsgruppe og/eller andre planer (N = 669)

Type tiltak	Antall personer	Andel av utvalget
Individuell plan	18	2,7 %
Ansvarsgruppe	162	24,2 %
Andre tiltaksplaner	191	28,6 %

Noen har flere av de tre typene planleggings- og koordineringstiltak, mens andre har ingen.

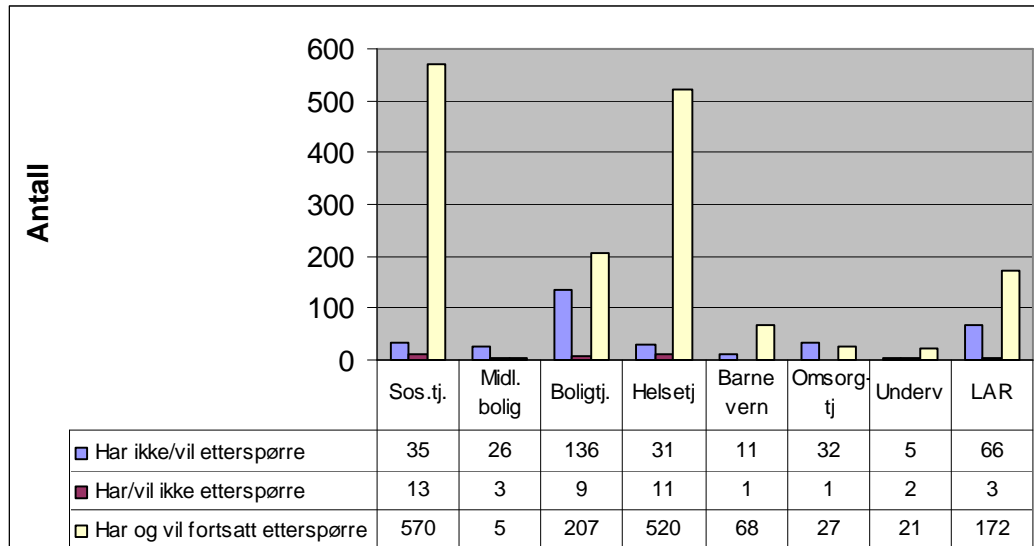
**Tabell 7** Antall og andel personer etter antall planleggings- og koordinerings tiltak (N = 669)

	Antall personer	Andel av utvalget
Har alle tre tiltakene	2	0,3 %
Har to av tiltakene	116	17,3 %
Har et av tiltakene	133	19,9 %
Har ingen av tiltakene	418	62,5 %

### 7.3.2 Behov for førstelinjetjeneste

På førstelinjenivå kartlegges nåværende og antatt fremtidig etterspørsel etter tjenestene Sosialtjenester, Midlertidig bolig, Boligtjenester, Helsetjenester, Barneverntjenester, Omsorgstjenester, Kommunalt undervisningstilbud, og LAR (på kommunalt nivå).

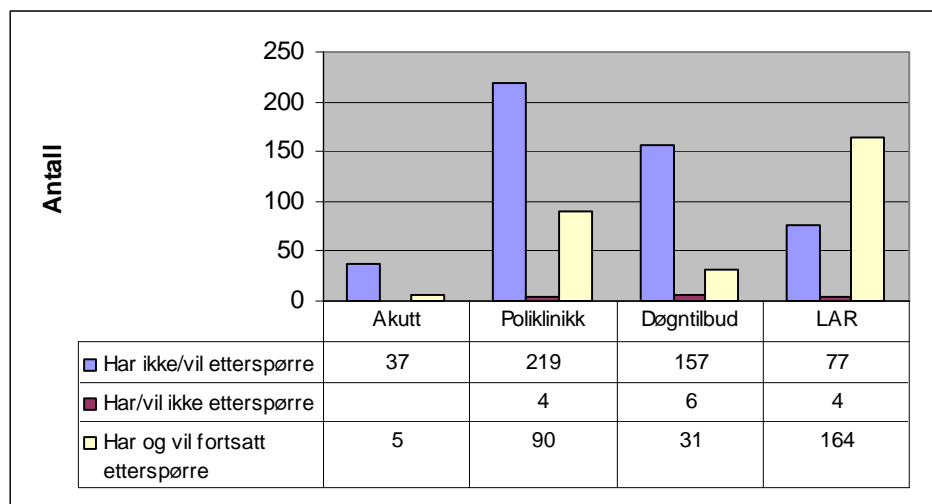
**Diagram 5.** Antall som har og/eller en antar vil etterspørre ulike kommunale tiltak (N = 669)



### 7.3.3 Rusbehandling på spesialistnivå

For spesialisert tverrfaglig rusbehandling kartlegges det etter akutte, polikliniske, og døgnbaserte tjenester, samt LAR på spesialistnivå.

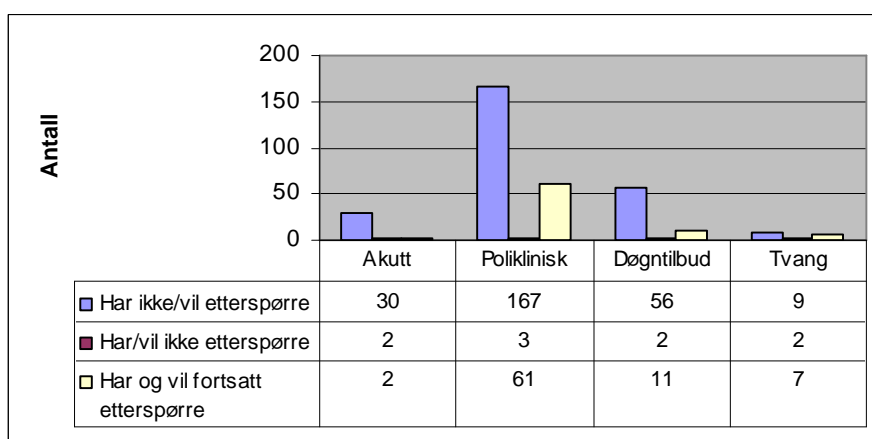
**Diagram 6.** Antall som har og/eller vil etterspørre rusbehandling på spesialistnivå (N = 669)



### 7.3.4 Psykiatritjenester på spesialistnivå

Tjenestene innen psykiatri på spesialistnivå i skjemaet er akutt, poliklinikk, døgnbehandling, og tvang etter Lov om psykisk helsevern.

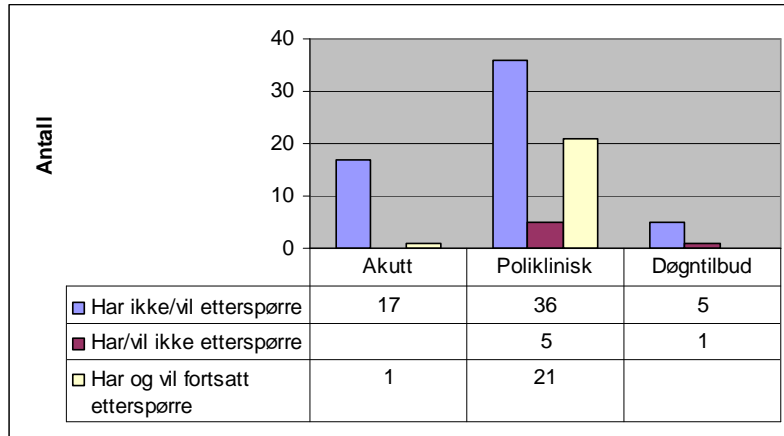
**Diagram 7.** Antall som har og/eller vil etterspørre psykiatrisk spesialisthelsetjeneste



### 7.3.5 Somatisk spesialisthelsetjeneste

Somatisk spesialisthelsetjeneste er kartlagt etter akutte, polikliniske og døgnbaserte tjenester.

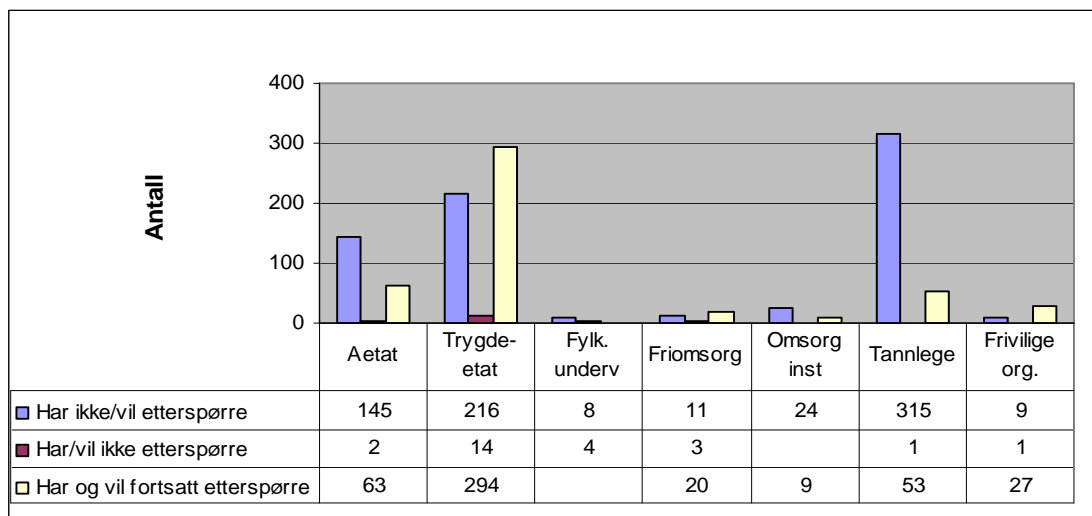
**Diagram 8.** Antall som har og/eller vil etterspørre somatisk spesialisthelsetjeneste (N = 669)



### 7.3.6 Andre typer tjenester

I tillegg til behov for kommunale tjenester og spesialiserte tjenester, kartlegges også behov for noen fylkeskommunale eller statlige tjenester. Det dreier seg om Aetat, Trygdeetat, Fylkeskommunalt undervisningstilbud, Friomsorg/Fengsel, Omsorgsinstitusjon, Tannlegjetjeneste, frivillige organisasjoner og ”annet”.

**Diagram 9.** Antall har og/eller trolig vil etterspørre andre typer tjenester på fylkeskommunalt eller statlig nivå (N = 669)



### 7.3.7 Økt etterspørsel

For alle tjenester ser en en større fremtidig antatt etterspørsel enn det som ytes. Økt etterspørsel kan beregnes ved å trekke de som har men ikke lengre vil etterspørre, fra de som ikke har men vil etterspørre. Ved å dele den økte etterspørselen med antall som har tjenesten får en andel økt etterspørsel per nåværende tjenesteyting. En kan se en stor variasjon i økt etterspørsel mellom ulike tjenester.

**Tabell 8.** Utdrag av antall økt etterspørsel og andel sett i forhold til det som ytes

<b>Tjenester</b>	<b>Antall ny etterspørsel</b>	<b>Andel ny etterspørsel per tjenester som ytes</b>
Sosialtjeneste	22	3,8 %
Helsetjeneste (kommunalt nivå)	20	3,8 %
LAR (kommunalt nivå)	63	36 %
Boligtjeneste (komm. nivå)	127	59 %
Tannlegetjeneste	314	581 %
Aetat	143	220 %
Spes.h.tj. rus poliklinikk	215	229 %
Spes.h.tj. rus døgn*	151	408 %
Spes.h.tj. psykiatri poliklinikk	164	256 %

## 7.4 Forhold knyttet til enkelte undergrupper

### 7.4.1 Rusmisbrukende foreldre

#### 7.4.1.1 Antall som har barn, og omsorgsnivået for dem

Det er kartlagt om rusmisbrukeren har egne barn. Eventuelle partners barn er ikke inkludert. Det registreres hvorvidt en har barn, ikke hvor mange. Der en rusmisbruker har flere barn med ulik grad av omsorgsnivå for disse, er det registrert etter det barnet en har mest omfattende ansvar for. Omsorgsnivå er delt inn i "Daglig/delt omsorg", "Avtalt samvær/noe kontakt" og "Ingen kontakt".

**Tabell 9.** Antall og andel av utvalget som har egne barn, og omsorgsnivå for de som har barn (N = 669)

	<b>Antall</b>	<b>Andel</b>
Har ikke barn	365	54 %
Har egne barn	304	46 %
Omsorg	54	8 %
Samvær	204	31 %
Ingen kontakt	46	7 %

#### 7.4.1.2 Sammenheng mellom omsorgsnivå for barn og planleggings- og koordineringstiltak

Om en ser de ulike planleggings- og koordineringstiltakene som viktige element for å bidra til å sikre barnas ivaretagelse, kan det være interessant å se andelen som har de ulike tiltakene i forhold til grad av samvær med barna.

**Tabell 10.** Antall og andel av de med omsorg eller samvær med egne barn som har en eller flere planer eller ansvarsgruppe (andel i forhold til alle med aktuell omsorgsnivå for barna i parentes) (N = 258)

	<b>Individuell plan</b>	<b>Ansvarsgruppe</b>	<b>Andre tiltaksplaner</b>	<b>Ingen plan eller ansvarsgruppe</b>
Omsorg for barn	2 (3,7%)	10 (18,5%)	18 (33,3%)	33 (61 %)
Samvær med barn	7 (3,4 %)	57 (27,9)	69 (33,8%)	116 (56,9%)

#### 7.4.1.3 Kontakt med barnevernet

For de som har samvær eller daglig eller delt omsorg for barn er det kartlagt om de har kontakt med barneverntjenesten, og antatt etterspørsel de nærmeste 12 månedene.

**Tabell 11.** Antall og andel som har og/eller vil etterspørre barneverntjeneste, sett i forhold til omsorgsnivå for egne barn. . (Andel i forhold til alle med aktuell omsorgsnivå for barna i parentes) (N = 258)

	<b>Har ikke, men vil etterspørre</b>	<b>Har, men vil ikke etterspørre</b>	<b>Har og vil fortsatt etterspørre</b>	<b>Ikke registrert behov for barneverntjeneste*</b>
Omsorg (N = 54)	4 (7,4 %)	0	18 (33,3 %)	32 (59,2 %)
Samvær (N = 204)	7 (3,4 %)	1 (0,5%)	48 (23,5 %)	148 (72,5%)

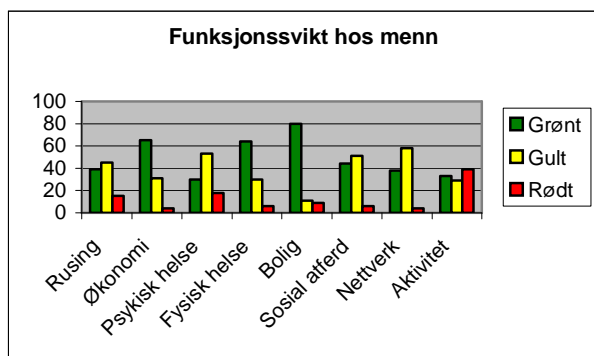
## 7.4.2 Rusmisbrukende kvinner

### 7.4.2.1 Funksjonsnivå etter kjønn

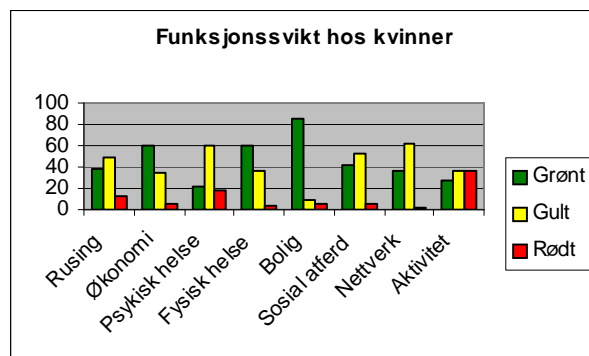
Kvinnerens funksjonsnivå avviker svært lite fra menns i denne kartleggingen.

**Diagram 10.** Grad av funksjonssvikt hos hhv menn og kvinner innen åtte funksjonsområder

a) (N = 498)



b) (N = 171)



### 7.4.2.2 Rusprofil

Kvinnerens rusprofil tilsvarer menns i dette datamaterialet. Bortsett fra bruk av legemidler som rusmiddel. Der kan en se følgende forskjell:

**Tabell 12.** Kjønnforskjell i andel som ruser seg, og grad av rusing, på legemidler (N =669)

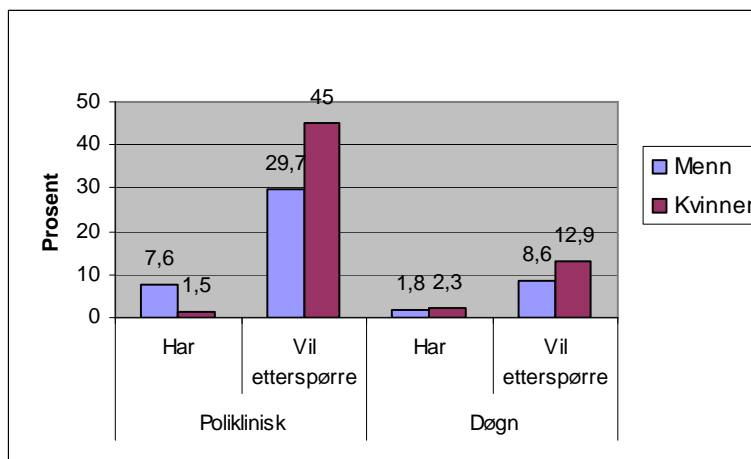
	Bruker ikke	Bruker		
		Grønt	Gult	Rødt
Menn	34 %	24 %	32 %	10 %
Kvinner	25 %	26 %	42 %	7 %

### 7.4.2.3 Etterspørsel etter psykiatrisk og rusrelatert spesialisthelsetjeneste

Etterspørselen etter psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i datamaterialet viser en kjønnforskjell. Andelen kvinner som har eller vil etterspørre disse tjenestene er større enn andelen menn.

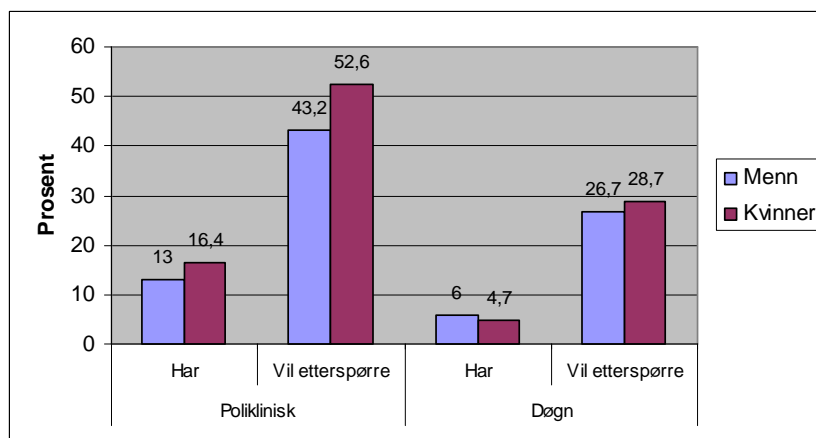


**Diagram 11.** Kjønnsforskjell mellom de som har de psykiatriske tjenestene, og de som vil etterspørre minus de som ikke lenger vil etterspørre (N = 669)



Også for spesialisert rusbehandling ser en en forskjell mellom menn og kvinners etterspørsel.

**Diagram 12.** Kjønnsforskjell mellom de som har rusrelaterte tjenestene, og de som vil etterspørre minus de som ikke lengre vil etterspørre (N = 669)



#### 7.4.2.4 Kjønnsforskjell i å ha barn og omsorgsnivå for disse

Det er forskjell mellom andelen som har barn blant menn og kvinner.

**Tabell 13.** Kjønnforskjell i andel som har barn, og omsorgsnivået for disse (N = 669)

	Har ikke barn (N = 365)	Har barn (N = 304)		
		Ikke kontakt	Samvær	Omsorg
Menn	60 %	8 %	27 %	4 %
Kvinner	37 %	4 %	40 %	19 %

En ser at det er en større andel av kvinnene som har omsorg for barn (33 av 171 kvinner), enn menn (21 av 498).

#### 7.4.2.5 Kjønnforskjell i kontakt med barnevernet

Av de menn som har samvær eller omsorg for sine barn, har 11,5 % kontakt med barnevernet og vil fortsatt etterspørre denne tjenesten. Det tilsvarende tallet for kvinner er 47,5 %. Dataene sier ikke noe om hvorvidt forskjellen skyldes en reell ulikhet i behov, eller om kvinner i større grad søker hjelp hos barnevernet.

### 7.4.3 Personer med "dobbeltdiagnose" (alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med alvorlig rusmisbruk)

#### 7.4.3.1 Andel med alvorlig funksjonssvikt innen rus og psykisk helse

Ut i fra datamaterialet kan en ikke oppgi antall personer med dobbeltdiagnose, men en kan anta noe om omfanget ved å se på antall som skårer gult eller rødt på rus og psykisk helse. Rødt på funksjonsområdet kontroll med rusing er definert som "helt vilt/grenseløst" og gult som "omfattende, men forutsigbart". Rødt på funksjonsområdet psykisk helse er definert som "omfattende problem" og gult som "behov for spesialisthelsetjenester, halvdårlig".

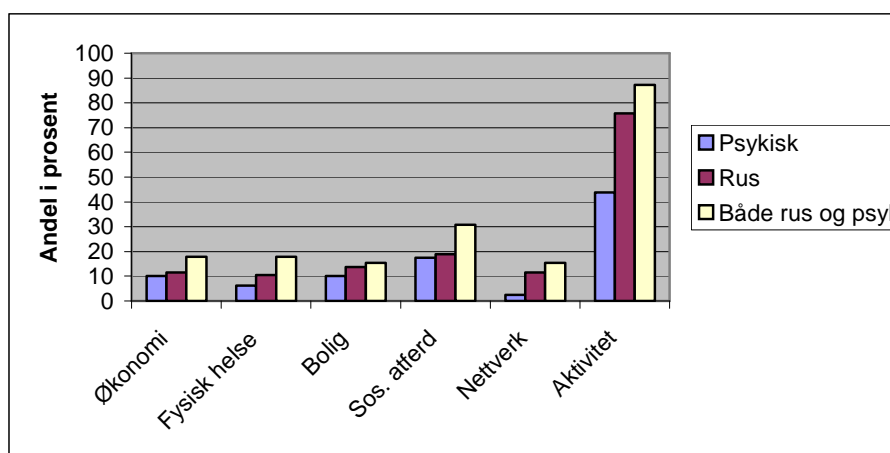
**Tabell 14.** Antall og andel med middels ("gult") til alvorlig ("rødt") funksjonssvikt innen psykisk helse og rus (N = 669)

	<i>Antall</i>	<i>Andel av hele utvalget (N=669)</i>
Rødt rus – rødt psykisk	39	6 %
Rødt rus – gult psykisk	52	8 %
Gult rus – rødt psykisk	50	8 %
Gult rus – gult psykisk	190	28 %

### 7.4.3.2 Funksjonsnivået innen rus, psykisk helse, og ved ”dobbeltdiagnose”

Funksjonsnivået varierer mellom ulike undergrupper i utvalget. I det følgende er grad av funksjonssvikt vurdert for følgende grupper: De som skårer rødt på psykisk helse, de som skårer rødt på rus, og de som skårer rødt på begge disse.

**Diagram 13.** Andel som har alvorlig funksjonssvikt (skårer rødt) innen de ulike områdene for de som skårer rødt på hhv. psykisk helse, rus, og kombinasjonen rus og psykisk helse (N = 141)



Generelt sett er det flere som har den alvorligste graden av funksjonssvikt innen de ulike funksjonsområdene blant de som har størst svikt i kontroll på rusing, enn de som har alvorlig psykiske problemer. Men kombinasjonen av alvorlig rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse, undergruppen der vi vil finne mange med dobbeltdiagnose, viser klart størst funksjonssvikt innen alle områdene.

Mange av de kartlagte har stor svikt innen aktivisering i dagliglivet. I hele utvalget (N = 669) skårer 38 % rødt på dette området. For gruppen som skårer rødt på både psykisk helse og rus, har 87 % (34 av 39 personer) en alvorlig svikt (skårer rødt) innen aktivitet.

## 7.4.4 Personer med langvarig opiatmisbruk

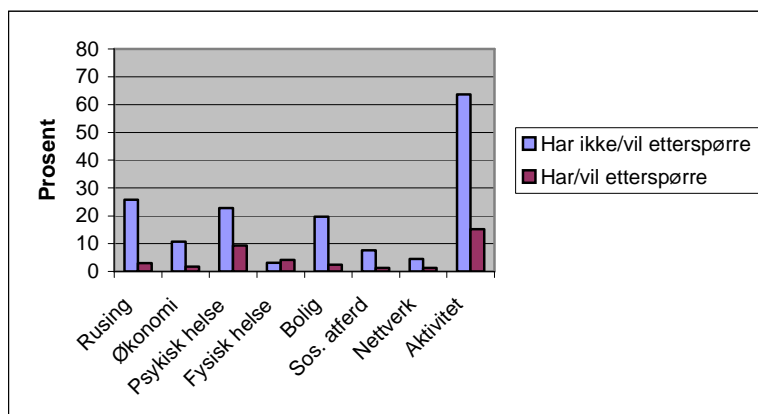
### 7.4.4.1 Andel med et langvarig opiatmisbruk

Datamaterialet gir ikke tall på antall personer med langvarig opiatmisbruk, men regleverket for tildeling av LAR gjør at vi kan regne med at alle som mottar tilbudet er langvarige opiatmisbrukere. Av de 669 kartlagte har 159 (24 %) LAR på kommunalt nivå. Ytterligere 61 har ikke, men er vurdert til å ville etterspørre.

### 7.4.4.2 Funksjonssvikt hos de som har LAR og de som sannsynligvis vil etterspørre det

For å få inntrykk av forskjellen i funksjonssvikt mellom de som har LAR og de som ikke har men sannsynligvis vil etterspørre det, kan andel i hver av de to gruppene som skårer rødt på de ulike funksjonsområdene fremstilles.

**Diagram 14.** Andel med alvorlig funksjonssvikt innen de ulike områdene for dem som mottar LAR og de som trolig vil etterspørre LAR (N = 220)

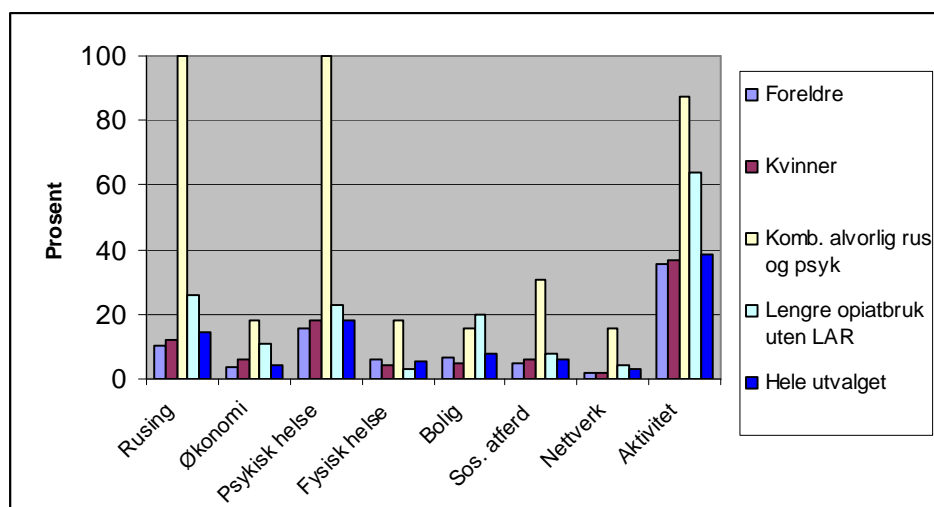


Siden andelen med alvorlig funksjonssvikt hos LAR-klienter er lavere på alle områder enn for de som trolig vil etterspørre LAR, er det grunn til å anta at LAR-klientenes behov er dekket gjennom LAR-programmet.

### 7.4.5 Sammenligning mellom undergruppenes funksjonssvikt

Ut i fra kunnskap er det forventet at ulike undergrupper har noen spesielle behov som skiller seg fra de andre rusmisbrukerne. I det følgende fremstilles andelen som har en alvorlig funksjonssvikt (skårer rødt) innen de ulike funksjonsområdene for hver av undergruppene.

**Diagram 15.** Andel av aktuell gruppe med alvorlig funksjonssvikt (skårer "rødt") for hver av de antatte undergruppene foreldre, kvinner, kombinert alvorlig rus og psykisk helse, og lengre opiatbruk uten LAR, og hele utvalget (N = 669)



## **8. Diskusjon**

### **8.1 Hva kjennetegner de som kartlegges i BrukerPlan?**

Kartleggingen er gjennomført av sosialtjenesten i åtte kommuner. Kommunene gir et representativt bilde av befolkningen i regionen ved å inneholde både by- og landkommuner, industri- og landbrukssamfunn. De som er kartlagt er imidlertid ikke et naturlig utvalg i befolkningen da de alle er klienter i sosialtjenesten. Et viktig spørsmål er derfor hvilke grupper som ikke kartlegges, og derfor ikke vil inngå i grunnlaget for planleggingen av tjenester for pasientgruppen. For å besvare dette forskningsspørsmålet benyttes analyseenheten "Helhet av befolkningens behov for rusbehandling og –omsorg".

#### **8.1.1 Forekomst i befolkningen**

"Rusmisbruker" er ikke et entydig begrep. I BrukerPlan er inklusjonskriteriene beskrevet som en skjønnsmessig helhetsvurdering av om klienten er en rusmisbruker, men at bare der det var en åpenhet om misbruksproblematikken skulle klienten inkluderes (Personlig kontakt med ruskoordinator Bernt Netland, Helse Fonna HF 22. august 2007). For hele populasjonen (ca. 123.000) er det funnet en forekomst av rusmisbrukere på 5,4 per 1000 innbyggere. Imidlertid er inklusjonskriteriene tolket noe ulikt, og prevalensen varierer også fra 2,6 til 8,6. Fra Sauda kommune, som har den høyeste prevalensen, oppgis det at de har inkludert også de der rusmisbruket ikke var et åpent tema (Personlig kontakt: Erik Baust, Sauda kommune 24. september 2007). Siden inklusjonskriteriene ikke er entydige og vi har lite kunnskap om forventet prevalens av rusmisbruk, kan en ikke ut i fra dette si noe om i hvilken grad kartleggingen har fanget opp alle rusmisbrukerne i den aktuelle befolkningen. Men de som er kartlagt har alle et klientforhold til sosialtjenesten. Det betyr at personer som ikke har behov for hjelp innen økonomi, nettverk, bolig og liknende ikke er inkludert i kartleggingen. Personer som klarer å ha kontroll over praktiske forhold i livet, på tross av et rusmisbruk, vil generelt sett ikke være representert blant de kartlagte.

### **8.1.2 Fordeling mellom kjønn**

Fordeling mellom kvinner og menn i datamaterialet viser at nærmere trefjerdedeler av de kartlagte er menn. Tilsvarende fordeling er også funnet i andre studier. En vanlig fordeling er om lag en tredjedel til en fjerdedel av rusmisbrukerne er kvinner (Socialstyrelsen, 2007a, Nesvaag and Stevenson, 2006). Imidlertid er flere av disse funnene basert på studier gjennomført i en gruppe som ikke tilsvarer et naturlig utvalg av befolkningen. For eksempel bygger noen av kartleggingene på pasienter innlagt i psykisk helsevern som utvalgsgruppe. Spørsmålet er om det finnes flere kvinnelige rusmisbrukere enn det som blir fanget opp i studier med utvalg fra en pasient- eller klientgruppe. Forskning viser at kvinner i større grad vegrer seg for å søke hjelp for rusproblemer. Opplevelse av både ytre og indre barrierer, som skamfølelse og en opplevelse av mindre aksept i samfunnet for kvinnelige rusmisbrukere, kan bidra til at kvinner i større grad skjuler et rusproblem. Det er derfor en viss grunn til å stille spørsmål til om det finnes flere rusmisbrukende kvinner i aktuelt befolkning enn det som er kartlagt i BrukerPlan.

### **8.1.3 Alderssammensetning**

Aldersfordelingen viser en normalfordeling (etter Gauss kurve) mellom aldersgruppene. Men det er forholdsvis få unge og eldre i datamaterialet. I befolkningen som helhet er 6,6 % mellom 15 og 19 år (Statistisk sentralbyrå, 13.12.2007), mens i BrukerPlan-utvalget er kun 2 % under 19 år. En forklaring kan være at økonomiske og sosiale problemer som følge av rusmisbruk gjør seg gjeldende først noe senere i livet. Rusmisbruket behøver ikke ha blitt så fremtredende ennå at det medfører en så tydelig funksjonssvikt at sosialtjenesten involveres. En annen mulig forklaring kan være at umyndige personer vanligvis er underlagt foreldre eller andre foresatte, og sosialtjenesten først og fremst tilbyr tjenester for voksne. Flere ungdommer kan også være knyttet til barnevernstjenesten, og får sine behov dekket gjennom det systemet. I UNG-HUNT 1 fant en blant annet at cirka tre fjerdedeler av 16-åringene i studien har vært beruset. En fant også at av avgangselever på videregående har 12 % av jentene og 14 % av guttene prøvd hasj eller marihuana. Men dette sier lite om andel rusmisbrukere blant unge.

Det er også få over 60 år (2 %). Ved årsskiftet 2006/2007 var cirka 20 % av befolkningen i sin helhet over 60 år (Statistisk sentralbyrå, 13.12.2007). Som en følge av rusmisbrukets skadelige effekt, er gjennomsnittlig levealder for rusmisbrukere lavere enn for befolkningen for øvrig. Noe

av den lave andelen av eldre i datamaterialet kan sannsynligvis forklares ved det. Men siden et rusmisbruk også kan oppstå først når en er eldre, kan en forvente en større andel eldre med rusmisbruk. En annen mulig forklaring til det lave antallet eldre i utvalget kan være at de har økonomiske ordninger som pensjon, nedbetalt bolig, og et sosialt nettverk som ivaretar de slik at de ikke oppsøker sosialtjenesten som følge av et rusmisbruk. Det er allikevel grunn til å anta at det finnes flere rusmisbrukende eldre i befolkningen enn det som fremgår av kartleggingen

#### **8.1.4 Barn og omsorgsnivå**

I denne kartleggingen har 46 % av de kartlagte barn. Den aldersgruppen der flest har barn er de mellom 30 og 39 år. 63 % av de har barn. I de eldre aldersgruppene er andelen som har barn jevnt synkende til kun 6 % av de i aldersgruppen over 60 år. I Norges befolkning har nærmere 90 % av 40-årige kvinner barn, og om lag 75 % av 40-årige menn. (Statistisk sentralbyrå, 05.12.07). Det er altså klart færre av de kartlagte som har barn enn landsgjennomsnittet. Av ulike studier vet en at rusmisbrukende foreldre i større grad vegrer seg for å ta kontakt med behandlingsapparatet i redsel for blant annet å bli fratatt foreldreansvaret. Det er få blant de kartlagte som har den daglige omsorgen for barna sine. Imidlertid er funksjonsnivået hos de kartlagte generelt sett lavt, med bare 10 % som ikke har andre funksjonssvikt enn for kontroll av rusing. Det kan være en forklaring til at det er færre blant de kartlagte som har valgt å få barn enn i befolkningen generelt. Allikevel er det grunn til å anta at det er flere rusmisbrukende foreldre i befolkningen enn det denne kartleggingen viser.

#### **8.1.5 Omfang og type rusmidler**

Omfang og type rusmidler som benyttes av de kartlagte viser en jevn spredning mellom alkohol, cannabis, opiater, sentralstimulerende midler, og vanedannende legemidler. Legemidler og Cannabis brukes av flest, men det kan være i tillegg til andre rusmidler. Om en tenker at det i en befolkning er en viss andel som har et lettere rusmisbruk, og av de er det kun en andel som går videre til et tyngre misbruk, vil i så fall en forvente at det i en befolkning er en større andel ”lettere” misbrukere i forhold til andelen ”tyngre”. Siden det er nesten like mange som bruker sentralstimulerende midler og opiater som alkohol, og mange har stor funksjonssvikt, finner en ikke flere ”lettere” misbrukere enn ”tyngre” blant de kartlagte. Et motargument til den slutningen



er at type rusmidler ikke har så stor betydning for graden av rusproblemer. Men funksjonssvikten hos de kartlagte viser at de fleste har svikt på flere områder. Ca 90 % har en funksjonssvikt på et eller flere av områdene økonomi, psykisk helse, fysisk helse, bolig, sosial atferd, nettverk eller aktivitet i tillegg til begrenset kontroll på rusingen. Det er derfor grunn til å hevde at det er stor sannsynlighet for at en del rusmisbrukere med mindre uttalt problematikk som følge av rusmisbruket ikke fremgår av kartleggingen.

## **8.2 Hvilke behov avdekker BrukerPlan sett i lys av en modell for integrert behandling?**

BrukerPlan er et instrument utviklet av ansatte i sosialtjenesten. Det er basert på faglig erfaring om rusmisbrukeres problemer og behov. Et viktig spørsmål er om instrumentet favner helheten av rusmisbrukernes behov. Gir BrukerPlan de data vi trenger for å kunne planlegge tjenester slik vi ønsker og kunnskapen tilsier? For å besvare dette forskningsspørsmålet benyttes tre analyseenheter; dekningsgrad vedrørende bredde og relevans av behov hos rusmisbrukere, dekningsgrad vedrørende behov for integrert behandling, og dekningsgrad vedrørende undergruppers behov. Det vurderes etter BrukerPlans grunnforståelsen og de enkelte målepunktene i instrumentet.

### **8.2.1 BrukerPlans grunnforståelse**

#### **8.2.1.1 Hviler BrukerPlan på en hensiktsmessig grunnforståelse?**

Om en forutsetter at rusmisbrukere profiterer på integrert behandling slik beskrevet i blant annet "Integrerad psykiatri" (Falloon et al., 1997) og "Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser" (Statens helsetilsyn, 2000), betyr det at tiltakene må tilpasses den enkeltes situasjon og ønsker, og at de må sees i en sammenheng slik at de utgjør et hele. I DISC-modellen ivaretas dette gjennom å kartlegge helheten av den enkeltes behov, som så grupperes i behovskategorier, som igjen knyttes til hensiktsmessige tiltak for å dekke aktuelle behov. Grunnforståelsen i DISC er bygd på Case Management, som en kan si i stor grad tilsvarer prinsippene bak Individuell plan (Helse og omsorgsdepartementet, 2004).

BrukerPlan gir data på andel av hele gruppen som trolig vil etterspørre de ulike tiltakene. Dette gir en mer fragmentarisk forståelse av rusmisbrukernes behov, enn DISC-modellens behovskartlegging. Uten bearbeiding og analyser av dataene, gir ikke BrukerPlan informasjon om en person eller en mindre gruppes behov sett i en helhet. Å fokusere på hele gruppens etterspørsel etter enkelttiltak og dermed ikke ta hensyn til tiltaks samvirkende effekt, oppfordrer i liten grad til helhetlig planlegging. Ved å se behov ut i fra eksisterende tjenester legger en til grunn tjenesteyters perspektiv fremfor pasientens. Til sammen kan dette sies å være en forståelse som står i kontrast til prinsippene bak Individuell plan, og kunnskap om integrert behandling.

Å kartlegge behov etter etterspørsel kjenner vi igjen fra prinsipper i New Public Management. Dette er en markedsinspirert modell der pasienter sees som aktører i et marked. Sykehusreformen er inspirert av denne modellen, og det kan derfor være naturlig for spesialisthelsetjenesten å kartlegge behov etter etterspørsel. Imidlertid er ikke den forståelsen for behov så godt egnet for rusmisbrukergruppen, av overnevnte årsaker.

#### 8.2.1.2 Informasjon om undergruppers spesielle behov

Blant rusmisbrukere er det undergrupper som kjennetegnes ved spesielle behov. Undergrupper som er fremhevet i denne studien er foreldre, kvinner, personer med samtidig alvorlig rusmisbruk og psykisk lidelse, og personer med langvarig opiatmisbruk. Vi vet at disse gruppene har visse tilleggsbehov som skiller seg ut fra behov rusmisbrukere generelt sett har. I utgangspunktet gir ikke BrukerPlan data om dette. Men i det følgende er derfor datagrunnlaget bearbeidet for å se om en på den måten kan få informasjon om de fire undergruppene spesielle behov.

De sosiodemografiske opplysningen er egnet for å hente ut omfang av undergrupper kjennetegnet ved andre forhold enn rusmisbruket, slik som foreldre og kvinner. Dataene viser at om lag en fjerdedel av utvalget er kvinner, og at 39 % av utvalget er foreldre med samvær eller omsorg for egne barn. Data fra BrukerPlan viser en lik funksjonssvikt og rusprofil mellom kjønnene. Studier viser at kvinner opplever det mer legitimt å søke psykiatrisk helsehjelp fremfor rusrelatert hjelp. En finner da også i datamaterialet fra BrukerPlan at en større andel av kvinnene enn menn

benytter og vil etterspørre psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Men en finner det samme for rusrelaterte tjenester, om enn med noe mindre forskjell.

Grad av funksjonssvikt kan gi et visst bilde av sannsynlig behov. Det er også her en kan finne data om de vi kan anta tilhører undergruppen ”dobbeltdiagnose”. Det er 6 % som har en alvorlig funksjonssvikt (skårer rødt) innen både psykisk helse og rus, og halvparten av de kartlagte skåres til gult eller rødt innen begge områdene. Det er knyttet usikkerhet til et slikt uttrekk. Vi vet ikke hvilke av disse som har behov tilsvarende de med en dobbeltdiagnose, ut over at vi kan anta at de 6 % inngår i gruppen. Med disse begrensningene kan vi se at de personer som skåres til rødt på både psykisk helse og rus, har en påfallende større funksjonssvikt innen området aktivitet sammenlignet med hele utvalget. Kombinasjonen gir også større funksjonssvikt innen de andre områdene, enn bare alvorlig funksjonssvikt innen enten kontroll av rusing eller psykisk helse. Det gir støtte til å hevde at det er viktig å se undergrupper for seg, og forhindre at deres store behov sees på som alles middels store behov. Rapporten med resultat fra kartleggingen (Nesvaag og Stevenson, 2006) gir ikke slik informasjon.

Et annet eksempel som gir støtte til å kartlegge behov etter undergrupper, fremfor hele rusmisbrukergruppen, kan være behovet for støtte til å ivareta barn. I hele utvalget har 46 % barn, hvorav 39 % har samvær eller daglig omsorg for dem. Kun 26 % av de som har samvær eller omsorg har og vil fortsatt ha kontakt med barnevernet. Men det er langt vanligere blant kvinnene å ha barn (63 % har barn) enn blant menn (40 %), og langt flere mødre har kontakt med barnevernet (48 %) enn fedre (12 %). Det er også flere kvinner (33) enn menn (21) som har omsorg for barn, på tross av skeivfordeling mellom kjønn i hele utvalget. Om en forutsetter at barneverntjenesten gir nødvendig støtte for å ivareta barna, er det et udekt behov. Men dette er først og fremst knyttet til menn, som sjeldnere enn kvinner har omsorgen for barn. BrukerPlan gir informasjon om at en samlet gruppe på 192 rusmisbrukende foreldre med varierende kontakt og ansvar for egne barn, ikke har kontakt med barnevernet. Siden omfanget av samværet ikke fremgår, kan vi ikke skille mellom presserende situasjon eller ei.

Den tredje delen i BrukerPlan er kartlegging av nåværende og antatt fremtidig etterspørsel. I datamaterialet fra dette området synes det vanskelig å spore grupper med spesielle behov. Dette

skyldes først og fremst tidligere diskuterte forhold som kartlegging etter eksisterende tjenester, behovsforståelse og uklar sammenheng mellom behov og etterspørsel. Samt at andelen som har en tjeneste kan være styrt av tjenesteyters kapasitet like gjerne som rusmisbrukerens behov.

Behov knyttet til langvarig opiatmisbruk er her forsøkt kartlagt ut i fra den gruppen som har LAR og de som ikke har men vil etterspørre LAR. Kriteriene for å få LAR er så tydelige at det er god grunn til å anta at de 159 som mottar LAR er langvarige opiatmisbrukere. I gruppen for de som vil etterspørre er det noe mer usikkert. Men det er vanskelig å få frem hvilke behov LAR-klienter har, da tiltaket LAR gjør at behov ikke lengre fremgår som udekte, og at LAR-programmet innebærer visse tjenester som standard uten behovsvurdering for den enkelte. Det er derfor vurdert hvilken funksjonssvikt vi ser hos de potensielle LAR-klientene. Det viser at det er en noe større andel i gruppen som skårer rødt på funksjonssvikt i forhold til bolig enn de andre undergruppene og utvalget som helhet. Det er ellers vanskelig å si noe om hvilke behov denne gruppen spesielt har.

Måten BrukerPlan er utviklet på gjør at behov en forventer å finne for visse undergrupper, i liten grad avdekkes.

## **8.2.2 Vurdering av BrukerPlans variabler etter DISCs behovskategorier**

DISC-modellen inneholder et sett behovskategorier. Disse kategoriene er fremkommet ved store studier av behov hos alvorlig psykisk syke, og er bygget på en helhetsforståelse av behov. Ved å se BrukerPlan opp mot disse behovskategoriene vil en kunne vurdere om BrukerPlan favner tilstrekkelig bredt.

### **8.2.2.1 Tilgjengelighet og informasjon**

Det fremgår ingen variabler i BrukerPlan som tydelig inngår i behovskategorien ”tilgjengelighet og informasjon”. Men en rekke faktorer som kartlegges kan sies å ha relevans for tilgjengelighet og informasjon. Individuell Plan, ansvarsgruppe og LAR er individuelt tilpassede tiltak der informasjon og tilretteleggelse for å gjøre nødvendige tjenester tilgjengelige skal inngå som en

del av tiltaket. Sosialtjeneste og kommunale helsetjenester har ansvar for å informere om mulige tiltak og bistå med søknader for å eventuelt gjøre aktuell tjeneste tilgjengelig. Aetat og barneverntjenester har også en veiledningsplikt innenfor sine felt.

#### 8.2.2.2 Individuell planlegging

Individuell plan, ansvarsgruppe og tiltak- eller andre planer er variabler som inngår i BrukerPlan. Kun 18 personer (2,7 %) av de kartlagte har Individuell plan, 162 (24 %) har ansvarsgruppe, og 191 (28,5 %) har tiltaks- eller andre planer. Over 60 % av de kartlagte har ingen av de nevnte tiltakene. Men det kartlegges bare hvor mange som har tiltakene, ikke i hvilken grad de har behov for det. Når det gjelder Individuell plan har alle som har ”behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester” (Helse og omsorgsdepartementet, 2004) rett til en slik plan. Underforstått at personer med slike behov er vurdert til å ha behov for individuell plan. Kun 10,6 % av de kartlagte i BrukerPlan er vurdert til å mindre svikt på alle funksjonsområdene bortsett fra rusing. Ut i fra dette kan vi anta at mange flere kan sies å ha behov for Individuell plan enn de som faktisk har det. Imidlertid fremgår ikke hvor mange som har fått tilbud om en slik plan, men takket nei. At det er et gap mellom de som har behov for Individuell plan og de som har det, er i overensstemmelse med offentlige utredninger. Derfor er det grunn til å anta at resultatet kan forstås som en begrenset prioritering av disse tiltakene, fremfor et begrenset behov for tiltakene, og at data fra BrukerPlan i begrenset grad viser behov innen behovskategorien ”individuell planlegging”.

#### 8.2.2.3 Krisehåndtering

Det er en rekke faktorer som kan inngå som en del av en krisehåndtering, avhengig av situasjonen og hva som fungerer best for den enkelte rusmisbruker. En kan tenke seg at rask innsats fra enhver instans (også nettverket) kan fungere som tilstrekkelig krisehåndtering. Men om en ser på krise som noe som krever umiddelbar reaksjon fra spesialisthelsetjenesten, inneholder BrukerPlan akuttjeneste innen rus, psykiatri og somatikk. Det kan argumenteres for at inndeling i akutt, poliklinikk og døgnbehandling er uhensiktsmessig. I stadig større grad tilbyr spesialisthelsetjenesten akutte polikliniske tjenester, og ambulante tjenester som i noen tilfeller erstatter en akutt innleggelse. Men om en ser på resultatene fra kartleggingen av de 669

rusmisbrukerne er kun 42 personer vurdert til å ha behov nå eller de nærmeste 12 månedene for akutte rustjenester, 30 for akutte psykiatritjenester, og 18 for akutte somatikkjenester.

BrukerPlan kartlegger også behov for tvang etter både Lov om psykisk helsevern og Sosialtjenesteloven. For begge regleverk er tvang ansett som en siste utvei i en tilspisset situasjon. Selv om noen av hjemlene er egnet for ivaretagelse over tid, kan tvang ansees som en form for krisehåndtering. 11 personer er vurdert til å ha behov for tvang etter sosialtjenesteloven de nærmeste 12 månedene. 15 vil ha behov for tvang etter psykisk helsevernloven, mens to har det nå og vil ikke ha behov videre.

Dette kan forstås som at det ikke er et stort behov for krisehåndtering. Alternativt kan dette forstås som at de akutte spesialisthelsetjenestene tilbyr ikke sees på som de tjenestene som oftest benyttes for å håndtere kriser. Det er også slik at spesialisthelsetjenesten tilbyr flere tjenester som skal bidra til å dekke behov for krisehåndtering for rusmisbrukere enn det som fremgår av inndelingen i BrukerPlan. For eksempel er det 34 %\* som vil etterspørre psykiatrisk polikliniske tjenester, og 46 %\* som vil etterspørre polikliniske tjenester fra rustjenesten.

#### 8.2.2.4 Behandling og støtte i forhold til lidelsen

Hva som er effektiv behandling har, som nevnt innledningsvis, ikke noe entydig svar for rusmisbrukere. En rekke faktorer innvirker på resultatet av ulike tiltak. Det kan derfor være vanskelig å velge hvilke variabler i BrukerPlan som kan inngå i behovskategorien "Behandling og støtte i forhold til lidelsen". Men siden begrepet behandling ofte knyttes til spesialisthelsetjenesten, er det naturlig å se behov for disse tjenestene som behov for behandling. Som nevnt over er 34 % og 46 % vurdert til å ha et nåværende og/eller fremtidig behov for henholdsvis psykiatrisk og rusrelatert poliklinisk tjeneste. 27 %\* er vurdert til å ha behov for døgntilbud innen tverrfaglig spesialisert rusomsorg, og 10 %\* for døgntilbud innen psykiatri. Behovet for somatisk spesialisthelsetjeneste er størst for polikliniske tjenester med 8 %\*. Dette viser et visst sannsynlig behov for behandling, men BrukerPlan gir ingen data som klart viser behov for støtte i forhold til lidelsen.

---

\* Andel som ikke har og vil etterspørre, og som har og vil etterspørre, minus de som har og ikke lenger vil etterspørre.

LAR er et spesialtilpasset tilbud for visse rusmisbrukere med et langvarig opiatmisbruk. Tiltaket er en behandlingsform og derfor et tiltak for å imøtekomme et behov for behandling og støtte i forhold til lidelsen. Det er 35 % som har behov for dette.

Behov for den kommunale helsetjenesten er også naturlig å se som en del av behovet for behandling i et bredt perspektiv. Over 80 % er vurdert til å ha behov for den tjenesten. Selv om tjenesten kan dekke flere behov, er det grunn til å se dette som en støtte til at Brukerplan avdekker behov innen denne behovskategorien.

BrukerPlan-instrumentet inneholder kartlegging av svikt innen ulike funksjonsområder. Grad av kontroll på rusing, psykisk helse og fysisk helse er funksjonsnivåer som kan si noe om behov for behandling og støtte i forhold til lidelsen, ved å uttrykke grad av funksjonssvikt. Men siden det meste av behandlings- og støttetiltak er frivillig, kan det være et gap mellom grad av funksjonssvikt og uttrykt behov. Allikevel er det grunn til å se stor grad av svikt i funksjonsnivå som en indikator på behov for behandling og støtte. 46 % vurderes til at rusingen er ”omfattende, men forutsigbar” og 14 % til ”helt vilt/grenseløst”. Over halvparten (55 %) er vurdert til å ha ”behov for noe spesialisthelsetjeneste halvdårlig” og 18 % vurderes til å ha omfattende psykiske problemer. Den fysiske helsen er generelt sett bedre, ved at 63 % er vurdert til å ha en fysisk helse som er ”Vanlig” god”. Dette er i overensstemmelse med den forholdsvis mindre andel som har eller vil etterspørre somatiske spesialisthelsetjenesten i forhold til psykiatrisk og rusrelatert spesialisthelsetjeneste. Selv om funksjonssvikten varierer mellom de ulike områdene, er det grunn til å fastslå at de kartlagte gjennomsnittlig sett har en del funksjonssvikt. Dette gir igjen grunn til å hevde at BrukerPlan har variabler som til en viss grad avdekker behov for behandling og støtte i forhold til lidelsen.

#### 8.2.2.5 Normal livsutfoldelse og langtidsstøtte

Å være eller bli i stand til å leve livet på en slik måte som den enkelte opplever som alminnelig eller normalt, er en av DISCs behovskategorier. Maslows teori om behov støtter at alle har behov for et ”normalt” liv i form av trygghet, mat, husly og sosial omgang, betegnet som basisbehov. BrukerPlan-instrumentet inneholder variabler for en rekke tjenester rusmisbrukere som kan

oppfattes å ha tilknytning til dette området. Sosialtjenester og trygdeetaten er tjenester som kan bidra med bl.a. økonomisk bistand og andre praktiske forhold for å kunne leve et ordinært liv. 88 % er vurdert til å fortsatt etterspørre sosialtjeneste. Den store andelen har sammenheng med utvalget, men andre kartlegginger av rusmisbrukeres kontakt med sosialtjenesten viser at sosialtjenesten er den tjenesten som flest rusmisbrukere har kontakt med. At 35 personer som ikke har kontakt med sosialtjenesten, allikevel er kartlagt her, kan kanskje forklares med at sosialtjenesten har kartlagt personer som de ikke har hatt kontakt med på lenge, men allikevel kjenner godt nok til å kartlegge. Andelen som er vurdert til å ha behov for trygdeetaten er stor (74 %). Det er få som er vurdert til å ha behov for midlertidig bolig (4 %), mens om lag halvparten av de kartlagte er vurdert til å ha behov for boligjenester.

Rusmisbruket kan være til hinder for å fylle rollen som forelder slik en ønsker og bør. Barneverntjenester kan da være et tiltak for å imøtekomme behovet for normal livsutfoldelse. Men kartleggingen avdekker en svært begrenset etterspørsel etter denne tjenesten. En årsak til det kan være at de rusmisbrukende foreldrene ikke oppfatter barneverntjenesten som et godt tiltak for å dekke behovet for å ivareta ansvaret for barna.

BrukerPlan kartlegger etterspørsel etter omsorgstjenester, Aetat, friomsorg/fengsel og tannhelsetjeneste. Det viser også at instrumentet inneholder tjenester knyttet til behovskategorien ”normal livsutfoldelse og langtidsstøtte”. Resultatene viser et moderat behov for Aetat og lite behov for omsorgstjenester og friomsorg/fengsel. Kartlegging av behov for tannhelsetjeneste viser et påfallende stort gap mellom antall som har denne tjenesten (53 personer) og de som ikke har den men vil etterspørre (315 personer). Det er knyttet usikkerhet til reliabiliteten til disse tallene, da det ikke ligger en faglig vurdering til grunn for vurderingen.

Funksjonsnivået på flere områder som kartlegges i BrukerPlan gir også en støtte til at instrumentet vektlegger behovet for en normal livsutfoldelse. Økonomi, bolig, sosial atferd og nettverk kan alle sies å være funksjonsområder som berører muligheten for å leve et normalt liv. Resultatene fra kartleggingen viser at områdene økonomi og bolig er der flest har kontroll. 36 % har ”inntekt/stønad innimellom, delvis orden” eller ”ingen kontroll, inntekt/stønad uorden”. 18 % har bare ”tilrettelagt boligløsning/institusjon” eller ”tilfeldige løsninger (hospits/venner)”. Men



dette kan like gjerne vise at tjenestene fungerer, som å vise at det ikke er behov for støtte til økonomi og bolig for å kunne oppretthold en normal livsførsel.

For funksjonene sosial atferd og nettverk viser resultatene at BrukerPlan fanger opp behov for langtidsstøtte. Over halvparten er vurdert til å ha ”rus sosial kompetanse” (skårer gult) og 6 % marginal sosial kompetanse. Nesten 60 % har bare ”litt/noe kontakt” og 3 % har ”ingen kontakt” med nettverket. For begge områder er det klart flere som har en funksjonssvikt, enn de som ikke har.

#### 8.2.2.6 Personlig vekst og utvikling

DISC-modellen inneholder personlig vekst og utvikling som en av behovskategoriene, slik vi gjenfinder i Maslows behovspyramide. Av faktorer som kartlegges i BrukerPlan kan mange sies å skulle bidra til personlig vekst og utvikling. For eksempel ulike tjenester innen spesialisthelsetjenesten som psykoterapi, kan ha til hensikt å skape vekst eller legge til rette for det. Men siden BrukerPlan ikke er bygd opp ut i fra innhold i tjenestene, men ut i fra hvordan tjenesten ytes, er det vanskelig å si at etterspørsel etter disse tjenestene betyr behov for personlig vekst og utvikling. Kommunalt og fylkeskommunalt undervisningstilbud og frivillige organisasjoner kan sies å være spesifikke tjenester som kan bidra til vekst. Imidlertid er det minimalt etterspurt og brukt i følge kartleggingen. Resultatet kan forstås som et begrenset behov for personlig vekst, men mer sannsynlig er det kanskje at disse tjenestene ikke oppfattes som egnede eller ønsket. Etterspørsel etter tjenester fra Aetat kan også tyde på behov for vekst og utvikling, men kan også sees på en nødvendighet for å opprettholde økonomiske støtteordninger. I underkant av 10 % har tjenester fra Aetat på kartleggingstidspunktet, men hele 21 % har ikke, men vil trolig etterspørre det nærmeste året. Det er altså forventet en forholdsvis stor økning i etterspørselen etter tjenester fra Aetat.

#### 8.2.2.7 Ivaretagelse av barn

BrukerPlan gir informasjon om rusmisbrukerens forpliktelser overfor egne barn og kontakt med barnevernet. Behovet for å ivareta barn inngår ikke klart i en av DISCs behovskategoriene. Det kan sies at den rusmisbrukende forelderens behov for å føle mestring av foreldrerollen, inngår i ”Normal livsutfoldelse og langtidsstøtte” og ”Personlig vekst og utvikling”. Men barnas behov

som følge av forelderens rusmisbruk dekkes ikke i DISC-modellen. I tillegg til behov for ivaretagelse, kan en se tiltak overfor disse barna som forebyggende rusarbeid. BrukerPlan kan derfor sies å ha en bredere behovsforståelse enn DISC-modellen på dette området.

At BrukerPlan, som en del av planlegging av tjenester, utvider behovsforståelsen med å inkludere ringvirkninger i nettverket, er interessant. Det kan sies at behovsforståelsen som legges til grunn dekker mer enn det en tradisjonelt sett har benyttet. Utfordringen er å ikke fokusere på behov som oppstår sekundært. Det vil si behov som ikke krever handling dersom andre behov ble dekket. Rusmisbrukeres barns behov vil kunne oppstå sekundært, men siden det er en forholdsvis stor risiko for at den rusmisbrukende forelder ikke vil klare å bli rusfri, er det nødvendig å ivareta barnas behov.

### **8.2.3 BrukerPlan sett i lys av andre modeller**

Kartleggingsverktøyet ASI og Wares teori om dimensjoner av livskvalitet vil gi ytterligere holdepunkter for å kunne vurdere hvorvidt BrukerPlan favner rusmisbrukeres relevante behov og tilstrekkelig bredt. ASI er et av verdens mest brukte kartleggingsinstrument for rusmisbruk. Det er vurdert til å være egnet som utgangspunkt både for planlegging på individnivå og befolkningsnivå. Men det gir få eller ingen opplysninger om behov for tilgjengelighet og informasjon, og krisehåndtering. Behov for individuell planlegging berøres først og fremst ved ASIs hensikt, ikke gjennom spørsmål i skjemaet. Innen kategorien behandling og støtte i forhold til lidelsen, inneholder ASI kartlegging på behandling mot alkohol- og/eller narkotikamisbruk, og psykologisk/psykiatrisk behandling. ASI innhenter informasjon om arbeid og økonomi, medisinsk behandling, og familie og sosiale forhold, som alle kan sies å inngå i DISCs behovskategori normal livsutfoldelse og langtidsstøtte. Ingen av områdene som avdekkes gjennom ASI kan sies å gjelde spesifikt behovskategorien personlig vekst og utvikling.

Wares teori betegnes som en helhetlig beskrivelse av funksjonsområder relevant for helse- og livskvalitet (Stewart et al., 1988). Funksjonsområdene kan først og fremst knyttes til DISCs normal livsutfoldelse og langtidsstøtte. Dette er naturlig siden livskvalitet ofte knyttes til det å leve et ”normalt” liv.

Når en vurderer BrukerPlan opp mot ASI, Wares helsedimensjoner og DISCs behovskategorier, ser en at BrukerPlan-instrumentet og DISC er de som kartlegger behov etter en bredest behovsforståelse. BrukerPlan omfavner flere områder enn ASI og Wares livskvalitetsdimensjoner. BrukerPlan-instrumentet inneholder også tjenester knyttet til ivaretagelse av barna, noe DISC-modellen ikke gjør.

Oppsummert kan en si at BrukerPlan-instrumentet inneholder variabler som vitner om en bred og relevant behovsforståelse. Men det er metodiske forhold som begrenser egnetheten for å gi et grunnlag for planlegging. Blant annet kartlegges det ikke behov, men funksjonssvikt og etterspørsel etter eksisterende tjenester, noe som gjør det vanskelig å tallfeste omfanget av behov ut i fra data fremkommet ved bruk av BrukerPlan.

### **8.3 Hvilken behovsforståelse legges til grunn i BrukerPlan?**

Behov kan forstås på en rekke ulike måter, med høyst ulike utfall av en behovskartlegging. DISC-modellen legger til grunn brukernes opplevde behov, som grupperes i behovskategorier. BrukerPlan kartlegger behov etter flere innfallsvinkler. Sosiodemografiske data som kjønn, alder, om en har barn og lignende kan antyde noe om situasjoner som krever en spesiell oppmerksomhet. Funksjonsnivået innen åtte ulike områder kan indikere behov som følge av svikt i en eller flere funksjoner. Hvilke tjenester som benyttes per i dag og sannsynlig etterspørsel de neste tolv månedene sier noe om behov. De ulike kartleggingsdataene kan til en viss grad supplere hverandre. Men ingen gir direkte svar på hvilke behov rusmisbrukerne har, slik DISC-modellen vektlegger. For å vurdere BrukerPlans behovsforståelse benyttes analyseenheten "Egnethet av behovsforståelse ved planlegging av tjenester for rusmisbrukere etter behov eller etterspørsel, type behovsvurdering, rusmisbrukeres behov for integrert behandling, og spesialisthelsetjenestens forståelse av behov".

#### **8.3.1 Behov eller etterspørsel etter eksisterende tjenester?**

DISC-modellen kartlegger behov etter personenes helhetlige opplevelse. Begrunnelsen for det er at tjenester skal ytes med utgangspunkt i behov ikke eksisterende tjenester. BrukerPlan kartlegger etterspørsel etter et sett eksisterende tjenester. Verktøyet fanger derfor ikke opp behov for

tjenester som per i dag ikke eksisterer. En risikerer derfor både ”ikke-møtt behov” og ”møtt ikke-behov”. ”Ikke-møtt behov” kan vi få ved at rusmisbrukere ikke etterspør tjenester de har behov for fordi den tjenesten ikke eksisterer. Imidlertid vil andre deler av BrukerPlan kunne gi opplysninger om funksjonssvikt eller andre forhold som indikerer et sannsynlig behov. Et eksempel kan være den svært begrensede etterspørselen etter undervisningstilbud. Etter DISC-modellen er det grunn til å anta at rusmisbrukere også har behov for personlig utvikling. Gjennom en multivariat regresjonsanalyse av de kartlagtes funksjonssvikt innen rusing mot de andre funksjonsområdene, finner en også at aktivitet er den viktigste faktoren ( $r^2 = .173$ ) for å forklare variasjon i rusing. Dette støtter antagelsen om at de kartlagte har behov for egnede aktivitetstiltak. Riktignok kan det være at mange opplever å ha nok utfordringer på et lavere nivå etter Maslows modell, men om en ser kommunalt eller fylkeskommunalt undervisningstilbud som et egnet aktivitetstilbud er det påfallende få som ønsker dette. Kun 24 personer etterspørre kommunalt undervisningstilbud, og 4 fylkeskommunalt undervisningstilbud. Den lave etterspørselen kan skyldes at tjenestene oppleves å ikke være tilrettelagt for rusmisbrukere. Eller det kan skyldes at rusmisbrukerne ikke opplever at tjenesten dekker behovet for aktivisering.

”Møtt ikke-behov” oppstår når tjenester eller tiltak ytes uten at et tilhørende behov ligger til grunn for ytelsen. I BrukerPlan blir en rusmisbrukers behov definert etter de eksisterende tjenestene som i størst mulig grad kan dekke behovene. Det er vanskelig å finne sikre eksempler i data fra BrukerPlan på det som kan være ”møtt ikke-behov”. Men en ser at den sannsynlige etterspørselen etter døgntilbud innen psykiatri er vurdert til 56 som ikke har men vil etterspørre, mens 11 har tjenesten på kartleggingstidspunktet. Kun to som har tjenesten er forventet å ikke etterspørre den videre. Nasjonale trender er å forsøke og erstatte døgntilbud med andre tilbud i nærmiljøet. Kan noen av de 56 sannsynlige etterspørselen være som en løsning på et manglende tilpasset tiltak eller tjeneste i nærmiljøet? Siden det er mange faktorer som spiller inn på en behandlingseffekt er det vanskelig å finne sikre eksempler på ”møtt ikke-behov”.

Å kartlegge etter eksisterende tjenester forhindrer nytenkning og kreative løsninger for å dekke behov. Det kan bidra til å gi et feilaktig bilde av eksisterende behov. Når BrukerPlan legger en slik forståelse av behov til grunn, vil det være riktig å si at egnetheten til behovsforståelsen er begrenset. Men det at BrukerPlan kartlegger flere forhold enn etterspørsel etter eksisterende

tjenester, og at tjenestene det kartlegges ut i fra utgjør et bredt spekter, gjør at egnetheten blir noe bedre enn om bare eksisterende tjenester ble lagt til grunn.

### **8.3.2 Formen på tjenesten eller innholdet og hensikten?**

Å definere behov etter eksisterende tjenester innebærer svakheter i en kartlegging. Disse svakhetene blir enda mer problematiske når tjenestens hensikt er uklar. Er hensikten med eller innholdet i tjenesten åpenbar, er det naturlig å forstå hvilke behov som ligger til grunn for en etterspørsel. DISC-modellen vektlegger at en tjeneste eller tiltak skal utvikles ut i fra hvilken funksjon den skal ha, det vil si hvilke behov den skal dekke. I BrukerPlan derimot er spesialisthelsetjenestetilbudet inndelt slik det deles inn i blant annet ventelister; akutt, poliklinikk, døgntilbud og LAR. Dette angir først og fremst organisasjonsformen på tjenesten. For eksempel "Poliklinikk" vet vi bare at innebærer at tjenesten ytes av utdannet personell, at en skal møte til et gitt klokkeslett på et bestemt sted, for så å avslutte etter vanligvis 45 minutter. Hvilke behov dette skal dekke, sier det ingenting om. Det samme gjelder for døgnbehandling. Siden omfang og innhold i tjenestene kan variere stort ut i fra pasientens behov, er det tilnærmet umulig å si noe mer utfyllende om hvilke behov som ligger til grunn for en fremtidig antatt etterspørsel. Det er vanskelig å vurdere om de etterspurte tjenestene er de som på best mulig måte dekker behovene, eller om det bør opprettes andre tilbud som dekker aktuelle behov mer effektivt.

Inndeling av spesialisttiltak etter hvordan tjenesten er organisert er i samsvar med bl.a. ventelisteføring. Rusmisbrukeres rett til helsehjelp er knyttet til denne inndelingen. De som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp etter prioriteringsforskriften (Helse og omsorgsdepartementet, 2001) og pasientrettighetsloven (Helse og omsorgsdepartementet, 1999a) har rett til tjeneste etter nevnte inndeling. Slik er BrukerPlan i tråd med offentlige føringer på hvordan en forstår de ulike tjenestene. Imidlertid forteller representant fra Rusmisbrukernes Interesse Organisasjon (RIO) at de er blitt gjort kjent med, fra brukere og tjenesteytere, at når NAV skal finne et alternativ ved fristbrudd, tas det kun hensyn til hvorvidt retten gjaldt døgntilbud over eller under seks måneder. Innholdet i tjenesten er irrelevant i den sammenhengen (Personlig kontakt med Eric Johanssen, styreleder i Akershus RIO, 30. oktober 2007). Disse erfaringene viser at inndeling etter organisatoriske forhold ved tjenesten, til forskjell fra innhold eller hvilke behov de skal dekke, gir uheldige utslag. Inndelingen problematiseres også i stor grad

i fagmiljøene, og det er fremmet ønske om å fjerne inndelingen slik at en ikke lengre vil ha rette til enten poliklinikk eller døgnbehandling. (Personlig kontakt med ruskoordinator Bernt Netland, Helse Fonna HF, 10. desember 2007)

### **8.3.3 Følt, uttrykt, normativ eller komparativ behovsvurdering?**

Når sosialtjenesten kartlegger sannsynlig etterspørsel over et så bredt spekter som i BrukerPlan, varierer behovsvurderingen fra antatt følt behov til komparativ. Tjenester som sosialtjenesten selv yter som ”sosialtjenester” og i noen tilfeller ”midlertidig bolig”, vil de kunne gjøre en komparativ behovsvurdering av. Når nærmere 90 % av de kartlagte vil etterspørre sosialtjeneste det neste året, er det trolig et resultat med høy validitet og reliabilitet, og derfor en god indikator for planlegging av disse tjenestene. Om en derimot ser på antatt etterspørsel etter tannlege, kan en ikke forvente at sosialtjenesten har faglig kompetanse til å vurdere dette komparativt. Kartleggingen viser at 53 personer har tjenester fra tannlege på kartleggingstidspunktet, og 315 har ikke, men vil trolig etterspørre. Denne store økte antatte etterspørselen samsvarer ikke nødvendigvis med en komparativ behovsvurdering, som planlegging av helsetjenester bør legge til grunn. En kan imidlertid hevde at når tjenestene i BrukerPlan er formulert så grovt utgjør ikke bruk av følt eller uttrykt behovsvurdering en så stor utfordring. Dette begrunnes i at kravet til fagkompetanse blir strengere jo mer spesifisert tiltak er. Som eksempel kan mange vurdere at det er behov for tannlege ved sterke smerter i tennene, men det er nødvendig med en tannleges kompetanse for å vurdere hvilke tannhelsemessige tiltak det er behov for. Resultatet viser at netto etterspørsel (de som har tjenesten i dag pluss de som ikke har men vil etterspørre, minus de som har men ikke vil etterspørre fremover) vil øke for nær sagt alle tiltak/tjenester. Dette kan forstås enten som at det faktisk er et stort udekket behov, eller at datamaterialet viser en større antatt etterspørsel enn behovet tilsier fordi det ikke er lagt en komparativ behovsvurdering til grunn for alle kartlagte tjenestene.

DISC-modellen legger til grunn brukerens følte behov, og relaterer det ikke til eksisterende tjenester. På den måten unngår en problemer knyttet til kartleggers kompetanse til å gi en komparativ behovsvurdering. Men å kartlegge følt behov medfører risiko for kartlegging av behov som av prioriteringshensyn ikke skal dekkes av offentlige tjenester, og dermed en

overestimering av behov for tjenester og tiltak. En kan derfor konkludere med at det er en interessekonflikt mellom det å legge faktiske behov til grunn og datamaterialets validitet. Det finnes argumenter for BrukerPlans løsning med å etterstrebe så stor grad av komparativ behovsvurdering som mulig. Det kan også hevdes at DISC-modellen har en svakhet ved å legge til grunn følt behov.

### **8.3.4 Behov ut i fra rusmisbrukerens ønsker?**

Å legge rusmisbrukerens egne ønsker til grunn øker sannsynligheten for at aktuelle tjenester faktisk vil bli etterspurt. Dette til forskjell fra en objektiv, normativ vurdering utført av fagpersonell. Men å kun ta hensyn til rusmisbrukerens ønsker, vil være å kartlegge "needs" til forskjell fra "requirements". I BrukerPlan angis det at klientens ønsker legges til grunn, i tillegg til den ansattes vurdering av om tiltakene som ønskes er aktuelle. Det kan derfor argumenteres for at BrukerPlan benytter en hensiktsmessig metode ved å kartlegge "requirements" med hensyn til hva klienten ønsker. Imidlertid er det en risiko for at "klientens ønske" er farget av tjenesteyters meninger, eller at klienten har uttrykt sine ønsker ut i fra det en oppfatter at forventes av han eller hun. En kan se at BrukerPlan forsøker å ivaretar DISC-modellens krav om å legge klientens opplevelse av behov til grunn. I tillegg ivaretar BrukerPlan "requirement"-forståelsen av behov, men brukers behov forstås kun ut i fra eksisterende tjenester.

Ved å ta utgangspunkt i rusmisbrukerens ønsker kan en i større grad få frem hvilke tjenester som faktisk vil bli etterspurt. Resultatet kan derfor også vise hvilke tjenester som rusmisbrukerne ikke ønsker, altså de som oppfattes å ikke kunne dekke eksisterende behov innenfor rammen av hva rusmisbrukerne er villige til å ofre. Kartleggingen viser at bare 77 av de 258 som har barn sannsynligvis vil etterspørre barnverntjenester. Ut i fra kunnskap om den økte risikoen barn av rusmisbrukere løper, og data om funksjonsnivået til de kartlagte, ville en objektivt sett tenke at de fleste burde ha støtte fra barnevernet. Men det er kun et mindretall som vil etterspørre denne tjenesten. Eksempelet viser at å legge klientens ønsker til grunn for kartlegging av behov, gir data som kan gi antydning om tjenester som ikke oppfattes å dekke behov. Denne type informasjon vil en ikke få gjennom bruk av DISC-modellens kartlegging.

### **8.3.5 Fanger opp skiftende behov?**

Med utgangspunkt i stress-sårbarhetsmodellen kan en forvente at en rusmisbrukers behov endres over tid. Et behov som oppleves nå, behøver ikke være tilstede i samme grad på et annet tidspunkt. Ettersom de fleste av tiltakene er basert på at rusmisbrukeren selv ønsker tiltaket, er det knyttet utfordringer til å avgjøre hvilke behov og motivasjon som vil være tilstede i fremtiden. Både BrukerPlan og DISC-modellen legger til grunn en tidsmessig helhetsvurdering. Dette til forskjell fra henvisninger som i stor grad er basert på her og nå situasjonen. I BrukerPlan er behovskartleggingen basert på kjennskap til rusmisbrukeren og antatt etterspørsel de neste 12 månedene. Det at det ikke legges et øyeblikksbilde til grunn for vurderingen, gir BrukerPlan en økt validitet. Men de ansatte i sosialtjenesten kan selvsagt gjøre en feilvurdering. Denne feilkilden begrenses til en viss grad av at så mange rusmisbrukere er kartlagt.

### **8.3.6 I tråd med prinsipper for integrert behandling?**

Det er en rekke forhold som taler for at rusmisbruker har behov for helhetlige og sammensatte tiltak slik DISC-modellen legger til grunn. Dette stiller krav til koordinering og samhandling på tvers av forvaltningsnivå og etater. Etter DISC-modellen skal behov i utgangspunktet sees uavhengig av tjenesteyter og eksisterende tjenester, og grensen mellom ansvarsområder skal ikke være statisk.

Mange av behandlingstiltakene for rusmisbruk kan ha en samvirkende effekt, ved at tiltak er avhengig av hverandre for å oppnå ønsket effekt og at tiltak ment for å dekke et behov samtidig kan dekke andre behov og gjøre et annet tiltak overflødig. BrukerPlan gir data om hele gruppens behov for enkelttiltak, og legger derfor i liten grad til rette for å se effekten av integrering av ulike tiltak.

BrukerPlan er et felles instrument for kommune- og spesialisthelsetjenesten. En gruppe respondenter har vurdert behov for hele spekteret av tjenester på tvers av forvaltningsnivå. Et slikt initiativ er i seg selv i tråd med forståelsen av integrert behandling. Imidlertid er BrukerPlan-instrumentet bygd på en tradisjonell forståelse med inndeling i nivåer. Behov er kartlagt etter eksisterende tjenester på eksisterende nivåer. En kan derfor si at initiativet å utvikle og bruke



BrukerPlan er i tråd med integrert behandlingsprinsipper, men instrumentet er utviklet på en slik måte at det i begrenset grad ivaretar prinsippene i integrert behandling.

### **8.3.7 I tråd med spesialisthelsetjenestens forståelse av behov?**

Tildeling av spesialisthelsetjenester skal skje ved en komparativ behovsvurdering etter definerte kriterier i prioriteringsforskriften (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Det gjøres en helhetlig vurdering av omfang av prognosetap eller tap av livskvalitet, forventet nytte av behandlingen, og kostnad i forhold til forventet nytte. Men for rusmisbrukergruppen kan det være vanskelig å forutsi prognosetap om en ikke gir behandling. Det er begrenset kunnskap om effekt av ulike behandlingsformer, og det kan være vanskelig å forutse forløpet og dermed kostnadene. En vet også at motivasjon spiller en viktig rolle for effekten av en behandling. Men på hvilket tidspunkt skal en vurdere sannsynlig effekt av behandlingen? På tidspunktet når det ble søkt om behandling og motivasjon var til stede, eller ved oppstart av behandlingen når motivasjonen kan ha endret seg? Det kan være grunn til å hevde at en komparativ behovsvurdering ikke er fullt ut gjennomførbart for denne pasientgruppen. Dette kan sees som et argument for DISC-modellens kartlegging av følt behov, men som nevnt gir dette andre utfordringer. BrukerPlan gir ikke direkte data på behov, men på antatt etterspørsel. Det er således noe nærmere spesialisthelsetjenestens forståelse av behov enn DISC-modellen. Men siden det kan argumenteres for at prioriteringsforskriftens kriterier ikke ivaretar forhold ved rusmisbrukere, gir ikke det nødvendigvis et bedre utgangspunkt for å planlegge tjenester.

## 9. Oppsummering

BrukerPlan kan forstås som et instrument og en metode. Instrumentet er det elektroniske spørreskjemaet, mens metoden er måten kartleggingen gjennomføres på. Mer grunnleggende har BrukerPlan en forståelse eller perspektiv som påvirker utformingen og gjennomføringen av kartleggingen. Dette utgjør til sammen BrukerPlans modell, som vurderes opp mot DISC-modellen etter definerte analyseenheter. For å besvare problemstillingen ”I hvilken grad fanger BrukerPlan opp behov i en befolkning, for planlegging av rusbehandling og –omsorg?”, kan det være hensiktsmessig å oppsummere egnethet ved grunnforståelsen, metoden og instrumentet hver for seg. Først vil det gis en oppsummering av vurderingen etter hver enkelt analyseenhet.

### 9.1 Den enkelte analyseenhet

For hver analyseenhet er det ulike faktorer som spiller inn for å vurdere i hvilken grad BrukerPlan fanger opp det aktuelle behovet i befolkningen. For noen analyseenheter spiller mange faktorer inn slik at konklusjonen baseres på en kompleks pro et kontra vurdering. Konklusjonen vil da ikke være absolutt og entydig, noe som er betegnet som stor grad av kompleksitet i tabellen under. ”BrukerPlans egnethet” viser til BrukerPlans egnethet til å fange opp behov, vurdert med hjelp av aktuell analyseenhet.

**Tabell 15** Brukerplans egnethet og grad av kompleksitet for å vurdere med hjelp av analyseenhetene

<b>Analyseenhet</b>	<b>BrukerPlans egnethet</b>	<b>Kompleksitet</b>
Helhet av befolkningens behov for rusbehandling og –omsorg	Begrenset	Mindre komplekst
Dekningsgrad vedrørende bredde og relevans av behov hos rusmisbrukere	Delvis begrenset (god bredde og relevans i variabler, men metodiske begrensninger)	Komplekst
Dekningsgrad vedrørende behov for integrert behandling	Begrenset (ikke helhetlig behovsforståelse for enkeltindivider, men tverrfaglig og tverretattlig)	Komplekst
Dekningsgrad vedrørende undergruppers behov	Svært begrenset	Mindre komplekst

<i><b>Forts. Analyseenhet</b></i>	<i><b>BrukerPlans egenhet</b></i>	<i><b>Kompleksitet</b></i>
Egnethet av behovsforståelsen ved planlegging av tjenester for rusmisbrukere etter <ul style="list-style-type: none"> <li>- behov eller etterspørsel</li> <li>- type behovsvurdering</li> <li>- rusmisbrukernes behov for integrert behandling</li> <li>- spesialisthelsetjenestens forståelse av behov</li> </ul>	Generelt: Begrenset (varierende) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klart begrenset</li> <li>- Delvis begrenset (varierende)</li> <li>- Delvis begrenset (begrensinger i instrumentet, god metode)</li> <li>- Delvis begrenset</li> </ul>	Svært komplekst

## **9.2 Grunnforståelsens egnethet med hensyn til å fange rusmisbrukernes behov**

I BrukerPlan kartlegges rusmisbrukere for å få en oversikt over hvor stor andel av hele gruppen som etterspør eksisterende tjenester, grad av funksjonssvikt og sosiodemografiske data. En kan kalle det en vertikal kartlegging. Motsatsen er en horisontal kartlegging, tilsvarende DISC-modellen, der en fokuserer på enkeltindividers sammensatte behov. En horisontal kartlegging er i tråd med prinsipper for integrert behandling og individuell plan. Data fra BrukerPlan kan bearbejdes slik at de til en viss grad kan gi noe forståelse for undergruppers behov, men ikke tilstrekkelig for å planlegge tilpassede og integrerte tjenester for rusmisbrukerne på samme måte som ved en horisontal kartlegging.

BrukerPlan kartlegger etter eksisterende tjenester, altså fra tjenesteyters synsvinkel. DISC-modellen vektlegger pasientperspektivet ved å kartlegge pasienters behov, og planlegge tjenester etter hvilke behov de er ment for å dekke. En slik forståelse er mer i overensstemmelse med kunnskap om rusmisbrukeres integrerte og individuelle behov. Imidlertid er det knyttet utfordringer til å kun legge rusmisbrukerens opplevde behov til grunn, som BrukerPlan i større grad unngår ved å legge både rusmisbrukerens opplevelse og sosialtjenestens vurdering til grunn.

## **9.3 Metodens egnethet med hensyn til å fange befolkningens behov**

Det er flere forhold som indikerer at en del av rusmisbrukerne i en befolkning er utelatt i denne kartleggingen. Personer med jobb, orden i økonomien, bolig og et fungerende nettverk inngår med stor sannsynlighet ikke i utvalget. En finner en klar skeivfordeling mellom kjønn ved at

kvinner er klart underrepresentert. Fordelingen tilsvarer imidlertid funn i andre studier. Men siden forskning tilsier at kvinner, i større grad enn menn, vegrer seg for å stå frem som rusmisbruker, er det grunn til å vurdere om det er flere kvinnelige rusmisbrukere i befolkningen enn kartleggingen tilsier. Når det gjelder alder er det vanskelig å si noe sikkert om det lave antallet unge og eldre rusmisbrukere skyldes en reell situasjon eller om de ikke har kontakt med sosialkontoret.

Det er færre av de kartlagte som har barn enn tilsvarende aldersgrupper i befolkningen i sin helhet. Hvorvidt det betyr at rusmisbrukere sjeldnere får barn, eller at en viss andel rusmisbrukere med barn ikke er fanget opp i kartleggingen, er vanskelig å vurdere. Men sett i forhold til overnevnte faktorer om kvinneandelen, forholdsvis stor grad av funksjonssvikt og omfattende rusmisbruk, og inklusjonskriteriene, er det en viss grunn til å anta at kartleggingen ikke dekker noen "lettere" rusmisbrukere som mesterer dagliglivet tilstrekkelig til å ikke bli fanget opp, og blant disse kan det være flere foreldre.

Opplysninger som fremkommer av kartleggingen er basert på de ansattes kjennskap til rusmisbrukere. Denne metoden, fremfor for eksempel selvutfylling, gir mulighet for en vurdering i retning av komparativ behovsvurdering. Til grunn for "antatt fremtidig etterspørsel" ligger kjennskap til rusmisbrukerens behov og hans/hennes motivasjon, i kombinasjon med den ansattes kompetanse til å vurdere. Men kompetansen til å vurdere varierer med type tjeneste eller tiltak som vurderes. Påliteligheten vil derfor variere fra god der komparativ behovsvurdering ligger til grunn, til begrenset der behovsvurderingen ikke bygger på en faglig vurdering.

Samhandlingsaspektet i metoden er interessant. Kartleggingen gjennomføres som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, med praktisk støtte fra en forskningsinstitusjon. Metoden gir et felles bilde på tvers av forvaltningsnivå og tjenester av rusmisbrukernes situasjon, og kan sees som en forståelse for rusmisbrukeres behov for integrerte og tverrfaglige tjenester. Dette er i tråd med DISC-modellen og kunnskap om rusmisbrukeres behov.

## **9.4 Instrumentets egnethet til å dekke relevante behov**

Sett i lys av DISC-modellen, dekker variablene i BrukerPlan i stor grad de behov en kan forvente at rusmisbrukere har, gitt at de har samme behov som alvorlig psykisk syke. BrukerPlan gir informasjon om et bredere spekter av forhold som påvirkes av rusmisbruket enn andre anerkjente instrument som ASI og verktøy for å kartlegge livskvalitet.

Instrumentets del for etterspørsel er basert på eksisterende tjenester. Det begrenser muligheten for innovasjon og tilpassede tjenester etter individuelle behov. Datamaterialet, fremkommet ved bruk av BrukerPlan, gir et bilde av et begrenset behov innen noen av DISC-modellens behovskategorier. Dette kan skyldes nettopp det at en kartlegger ut i fra eksisterende tjenester. Det at BrukerPlan gir informasjon om antatt etterspørsel etter eksisterende tjenester gjør at behov rusmisbrukere opplever ikke dekkes av eksisterende tjenester, vil forbli ukjente for dem som planlegger tjenester. Det er også en risiko for at noe av den antatte etterspørselen vil lede til ”møtt ikke-behov” ved at rusmisbrukeren etterspør et tiltak av mangel på et bedre alternativ.

## **9.5 ”I hvilken grad fanger BrukerPlan opp behov i en befolkning, for planlegging av rusbehandling og –omsorg?”**

Metoden gjør at hele befolkningens behov sannsynligvis ikke fremkommer i datamaterialet. Det er grunn til å anta at noen grupper rusmisbrukere ikke er kartlagt, slik at vi ikke kjenner det fulle behovet i befolkningen. Men studier viser at sosialtjenesten er den tjenesten som flest rusmisbrukere har kontakt med. Valg av bare en gruppe respondenter kan være nødvendig av praktiske grunner, og da er sosialtjenesten et godt valg.

BrukerPlan er utarbeidet etter eksisterende tjenester. Behov som ikke oppfattes å kunne dekkes av noen av de eksisterende tjenestene, vil ikke fremkomme i kartleggingen. Siden kunnskapen om effekt av ulike tiltak er begrenset, kan det sies at det å kartlegge etter eksisterende tjenester er ekstra uheldig. Imidlertid veies dette til en viss grad opp av supplerende informasjon en får gjennom instrumentet.

Et annet viktig forhold som er begrensende for forståelsen av rusmisbrukernes behov, er den grunnforståelsen som BrukerPlan tilsynelatende bygger på. Tjenesteyterperspektivet og kartlegging av hele gruppens etterspørsel etter enkelttjenester undergraver forståelsen av individers og undergruppers sammensatte behov over tid. Bearbeiding av datamaterialet kan gi en viss forståelse for mindre gruppers særegne behov, men ikke tilstrekkelig etter kunnskap om aktuelle gruppers behov. Imidlertid vitner bredden i tiltak og forhold ved instrumentet om forståelse av rusmisbrukernes helhetlige behov.

Det er flere forhold som taler mot enn for at BrukerPlan er godt egnet for å fange opp aktuelle behov i befolkningen. Men sammenlignet med eksisterende metoder er det grunn til å si at metoden og instrumentet er et viktig bidrag til utviklingen av egnede kartleggingsverktøy. Det er riktig å si at BrukerPlan er et steg fremover, men at det gjenstår mye for å utvikle en godt egnet modell. BrukerPlans forståelsen for den enkelte rusmisbrukers integrerte og varierende behov er ikke tråd med kunnskap om rusmisbrukeres behov, integrert behandling og begrunnelsen for individuell plan.

## **9.6 Mulige konsekvenser av validitets- og reliabilitetsnivået**

Selv om kravet til validitet og reliabilitet er lavere ved planlegging av tjenester enn ved forskning, er kjennskap til validitets- og reliabilitetsnivå viktig for å vite hvor stor tillit en kan ha til resultatene. I denne studien er det gjort funn som tyder på varierende grad av validitet og reliabilitet. Lav validitet gjør at vi ikke kan være sikker på at resultatet faktisk angir eksisterende behov. Lav reliabilitet gir en usikkerhet i forhold til omfanget av det en kartlegger.

Verktøyet har funksjonsnivå og nåværende og antatt fremtidig etterspørsel som parametere for hvilke tiltak eller tjenester som er nødvendige. Denne studien har vist at det er knyttet en rekke svakheter til å kartlegge etter eksisterende tjenester. Det gir risiko for lav validitet ved at en kan tro at en kartlegger behov, mens en i realiteten kanskje kartlegger forventet handlingsmønster. Behov som ikke oppfattes å kunne bli dekt av eksisterende tjenester vil forbli ukjent, eller fremstå som etterspørsel etter tjenester som bare til en viss grad dekker behovet.

DISC-modellen legger behov til grunn for å planlegge tjenester, mens BrukerPlan benytter etterspørsel. BrukerPlan har den styrke at det kartlegger situasjoner der det er nødvendig med handling, ikke bare der det er en opplevelse av mangel. Dette styrker BrukerPlans reliabilitet. Men dets validitet varierer med i hvilken grad innholdet eller intensjonen med tiltaket er åpenbar. Der behovet som ligger til grunn for tjenesten eller tiltaket er åpenbar, vil validiteten og reliabiliteten kunne være forholdsvis høy. I hvilken grad vurderingen er faglig basert vil også påvirke validiteten. Konsekvensen av dette er at en må ta hensyn til grad av faglighet som ligger til grunn for vurderingen, og at grad av sammenheng mellom behov og den kartlagte antatte etterspørselen varierer med hvor tydelig innholdet i tjenesten er.

BrukerPlan brukes for en stor andel av helseforetakets befolkning. Når så mange som nærmere 700 rusmisbrukere er kartlagt får det betydning for resultatets reliabilitet i positiv retning. Datagrunnlaget for spesialisthelsetjenesten, der hele utvalget benyttes, vil derfor kunne ha en høyere reliabilitet enn datagrunnlaget for en liten kommune. Jo mer datamaterialet splittes opp, jo større forsiktighet bør utvises.

Materialets validitet og reliabilitet varierer av ulike grunner. Når det benyttes i planleggingsøyemed bør en ta hensyn til disse faktorene og ut i fra det gi resultatene ulik vektning etter grad av usikkerhet knyttet til dem. Der validiteten og/eller reliabiliteten er lav, bør det foretas supplerende datainnhenting.

## **9.7 Mulige implikasjoner**

Denne studien gir indikasjoner på flere dels alvorlige svakheter ved BrukerPlan, men også enkelte styrker. De fleste svakhetene er knyttet til utformingen av instrumentet, som har sin bakgrunn i grunnforståelsen. Imidlertid er det enkelte forhold ved BrukerPlan som tyder på at grunnforståelsen ikke er helt entydig. Med utgangspunkt i denne studiens funn er det naturlig å forvente en diskusjon blant de som benytter BrukerPlan-dataene om grunnforståelsen, slik den

fremstår i tråd med ønskelig forståelse. Det er nødvendig å gjøre endringer i instrumentet for å øke dataenes troverdighet om rusmisbrukernes helhetlige behov.

Studien er gjennomført med et case-studie design der BrukerPlan er vurdert opp mot en tilsvarende modell (DISC-modellen) ved hjelp av definerte analyseenheter, for å kunne gjøre en analytisk generalisering. Konsekvensene av de valg som er tatt i BrukerPlan, er konsekvenser en forventer å finne igjen om en gjør samme valg i andre kartleggingsmetoder. Et eksempel er hvordan noen undergruppers alvorlige behov blir til hele utvalgets middels alvorlige behov, om en velger å kartlegge vertikalt (andel som har behov for den enkelte tjeneste) som i BrukerPlan. Et annet eksempel er risikoen for ulike feil (over- eller underestimering og behov som ikke avdekkes) når en kartlegger sannsynlig etterspørsel etter eksisterende tjenester, fremfor behov.

Studien er å oppfatte som en tidlig studie i et lite utforsket felt. Konklusjonene er utformet som konsekvenser av de valg som er tatt i BrukerPlan, og dermed sannsynlige konsekvenser om en gjør de samme valgene i et annet kartleggingsverktøy. Videre forskning vil vise om resultatene verifiseres gjennom tilsvarende studier av andre kartleggingsmodeller.

## **9.8 Begrensninger i studien**

Som det fremgår av en rekke statlige dokumenter, og nasjonal og internasjonal litteratur, har vi begrenset kunnskap om rusmisbrukeres behov, effekt av tiltak og forhold som påvirker effekten av tiltakene. Tilnærmet alle forhold som spiller inn på BrukerPlans egnethet til formålet bærer i seg en usikkerhet, enten i form av begrenset kunnskap på feltet, eller i form av usikker validitet og reliabilitet av dataene. Denne studien er derfor å se på som en begynnelse på utforskning av feltet, ikke som en endelig og absolutt konklusjon.

Det er valgt case studie som design for dette studiet. Gjennom en triangulering mellom ulik kunnskap om rusmisbrukeres behov, en modell for integrert behandling, og et kvantitativt empirisk datamaterial, er det forsøkt å belyse BrukerPlans egnethet som kartleggingsinstrument



for planlegging av tjenester for rusmisbrukere. En kunne benyttet flere informasjonskilder for å få mer utdypende data om for eksempel rusmisbrukeres opplevelse av behov, og respondentenes faktiske forståelse av inklusjonskriteriene. Men siden problemstillingen fokuserer på en forståelse av bredden i en heterogen gruppe, er det en nødvendig begrensning. Problemstillingen i denne studien er besvart ved å vurdere bestemte dimensjoner eller kriterier (analyseenheter). Valg av andre analyseenheter kan gi andre viktige funn som ikke fremgår i denne studien.

## **9.9 Anbefaling til videre forskning**

Det kan nevnes et utall viktige, ikke tilstrekkelig utforskede temaer for videre forskning innen kartlegging av behov hos rusmisbrukere. Spesielt kan det nevnes at det er behov for mer kunnskap om faktisk validitet og reliabilitet ved data fra BrukerPlan. Dette kan gjøres blant annet gjennom testing opp mot anerkjente verktøy som ASI. Gjennom en slik forskning vil en få kunnskap om grad av pålitelighet av data fremkommet ved BrukerPlans kartleggingsmetode. Det vil også kunne gjøre det mulig å benytte dataene til forskning på behov hos rusmisbrukere. Per i dag er påliteligheten av dataene fremkommet ved bruk av BrukerPlan i stor grad ukjent, slik at det er grunn til å hevde at det må utvises forsiktighet ved bruk av de, og at de ikke er egnet for forskning på behov hos rusmisbrukere.

Når en utvikler og tar i bruk en kartleggingsmodell er det en rekke valg som må tas, og som påvirker utfallet av kartleggingen. Konsekvenser av de ulike valgene, og anbefalinger til ”beste praksis” for å kartlegge behov i denne type pasientgruppe, er viktige felt å forske videre på.

BrukerPlan blir i denne studien kritisert for å kartlegge rusmisbrukergruppen i sin helhet, fremfor å se individer og undergruppers sammensatte behov. DISC-modellen er en modell som ivaretar det holistiske og brukerorienterte perspektivet, men det er gjort begrenset forskning på erfaring med en slik kartleggingsmetode. Det er derfor nødvendig å fortsette forskning på kartleggingsmetoder for å finne den beste løsningen som ivaretar alle viktige perspektiv.

Mer grunnleggende kunnskap for å kunne utvikle gode kartleggingsverktøy er også nødvendig. Hvilke behov rusmisbrukere faktisk opplever, og hvilke det bør settes inn tiltak i forhold til, er et område som i begrenset grad er utforsket. Spesielt om en ser det i et befolkningsperspektiv.

## Litteraturliste

- ALVER, Ø. O., BRETTEVILLE-JENSEN, A. L. & KAARBØE, O. (2004) Rusreformen: noen grunnlagsdata om organisering og finansiering IN SIRUS (Ed.) *SIRUS rapport 2*. Oslo.
- ANDERSEN, S. S. (1997) *Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design*, Bergen, Fagbokforlaget.
- AOUN, S., PENNEBAKER, D. & WOOD, C. (2004) Assessing population need for mental health care: a review of approaches and predictors. *Ment Health Serv Res*, 6, 33-46.
- ARBEIDS\_ OG\_ SOSIALDEPARTEMENTET (2005) Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008.
- ASHLEY, O. S., MARSDEN, M. E. & BRADY, T. M. (2003) Effectiveness Of Substance Abuse Treatment Programming For Women: A Review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1.
- BERG, J. E. (1994) *Ressursorientert (re)habilitering av rusmiddelmisbrukere*, Oslo, Universitetsforlaget.
- CENTRALFÖRBUNDET\_FÖR\_ALKOHOL-OCH\_NARKOTIKAUPPLYSNING (14.08.2007) Drogfakta.
- CENTRALFÖRBUNDET\_FÖR\_ALKOHOL-OCH\_NARKOTIKAUPPLYSNING (2006) CANs rapporteringssystem om droger (CRD) Tendenser i Göteborg sommarhalvåret 2006.
- CENTRALFÖRBUNDET\_FÖR\_ALKOHOL-OCH\_NARKOTIKAUPPLYSNING (2006) Drogutvecklingen i Sverige 2006
- DAHLE, K. A., ANDRESEN, Ø. & BJØRNEGAARD, J. H. (2004) Pasienterfaringer i Helse Vest. Resultater fra en pilot-undersøkelse blandt pasienter i psykisk helsevern. IN NASJONALT\_KUNNSKAPSSENTER\_FOR\_HELSETJENESTEN (Ed.) *PasOpp Pasientopplevelser*. Lørenskog.
- DATATILSYNET & OFSTAD, B. (01.01.2006) BrukerPlan. IN IRIS (Ed.).
- DEN\_NORSKE\_LÆGEFORENING (2006) På helsa løs. Når rusbruk blir til misbruk og misbruk blir avhengighet. Oslo.
- DOGGETT, C., BURRETT, S. & OSBORN, D. A. (2005) Review Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *The Cochrane Library*.
- DRAKE, R. E., MERCER-MCFADDEN, C., MUESER, K. T., MCHUGO, G. J. & BOND, G. R. (1998) Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24.
- EKELAND, T.-J., IVERSEN, O., OHNSTAD, A. & NORDHELLE, G. (2004) *Psykologi for sosial- og helsefag*, Cappelen akademiske.
- EUROPEAN\_MONITORING\_CENTRE\_FOR\_DRUG\_AND\_DRUG\_ADDICTION (1997) Improving the comparability of general population surveys on drug use in the european union. Lisboa.
- EUROPEAN\_MONITORING\_CENTRE\_FOR\_DRUG\_AND\_DRUG\_ADDICTION (1999) Final report Co-ordination of an Expert Working Group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08. Lisboa.

- EUROPEAN\_MONITORING\_CENTRE\_FOR\_DRUG\_AND\_DRUG\_ADDICTION (1999) SUMMARY: Feasibility study on detecting, tracking & understanding emerging trends in drug use. Lisboa.
- EUROPEAN\_MONITORING\_CENTRE\_FOR\_DRUG\_AND\_DRUG\_ADDICTION (2002) Handbook for surveys on drug use among the general population. Final report. Lisboa.
- EUROPEAN\_MONITORING\_CENTRE\_FOR\_DRUGS\_AND\_DRUG\_ADDICTION (2007) Drug use in the general population. Lisboa.
- FALLOON, I., FADDEN, G., BORELL, P., KÄRRÄNG, L., IVARSSON, B. & MALM, U. (1997) *Integrerad psykiatri*, Värnamo, Psykologia.
- FOLKEHELSEINSTITUTTET (10.07.2007) CONOR - data fra flere regionale helseundersøkelser.
- FOLKEHELSEREGISTERET (24.09.2007) Reseptregisteret IN FOLKEHELSEINSTITUTTET (Ed.) Oslo.
- FOLLAND, S. G., ALLEN C STANO, MIRON (2004) *The Economics og Health and Health Care. Fourth edition*, New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- FRANKEL, S. (1991) Health Needs, Health-Care Requirements, and the Myth of Infinite Demand. *The Lancet*, 337, 1588.
- FRIEDMANN, P. D., HENDRICKSON, J. C., GERSTEIN, D. R. & ZHANG, Z. (2004) The effect of matching comprehensive services to patients' needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addiction*.
- GODBER, C., HOLMES, P. & PECKS, E. (1996) SERVICE NOTES The Contribution of the Centre for Mental Health Services Development to Mental Health Services for Older People in the UK. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY, VOL. 11: 101 1-1016 (1996)*, 11.
- HASIN, D., HATZENBUEHLER, M. L., KEYES, K. & OGBURN, E. (2006) Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction*, 101, 59-75.
- HELSE\_FONNA\_HF (19.03.07) Ang. søknad om bruk av data fra BrukerPlan. IN KVALEVAAG, K. A. L. (Ed.).
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (13.07.2007) Rusmiddelavhengige blir tatt på alvor og de med størst behov får først hjelp. Oslo.
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (1997) NOU 1997:2 Pasienten først. Oslo.
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (1999) Lov om pasientrettigheter. HOD.
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (1999) Lov om spesialisthelsetjeneste m.v., HOD.
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (2000) Rundskriv I-35/2000 Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere. IN HOD (Ed.).
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (2001) Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd. .
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (2004) FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven., HOD.
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (2005) Bestillardokument 2005. IN HOD (Ed.).

- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (2006) Stortingsproposisjon nr 44 (2006-2007) Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet. IN HOD (Ed.).
- HELSE\_OG\_OMSORGSDEPARTEMENTET (2006) Stortingsproposisjon nr. 1 (2006-2007). IN HOD (Ed.).
- HELSE\_OG\_SOSIALDEPARTEMENTET (1999) LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om sosiale tjenester m.v., HOD.
- HELSEDEPARTEMENTET (2004) Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Strateginotat.
- HELSEDEPARTEMENTET (2004) Rusreformen- pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.
- HOUGEN, H. C. (2005) Samordnet levekårsundersøkelse 2005 - tverrsnittsundersøkelsen. IN STATISTISK SENTRALBYRÅ, S. (Ed.).
- HUGHES, J. R. (2006) Should criteria for drug dependence differ across drugs? *Addiction*, 101 Suppl 1, 134-41.
- JEFFERY DP, A., LEY, A., MCLAREN, S. & SIEGFRIED, N. (2007) Review Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Library*.
- KATSCHNIG, H. (1997) How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Current Opinion in Psychiatry*. , 10, 337-345.
- KJÆRGAARD, J. M., JAN JØRGENSEN, TORBEN WILLAING, INGRID (2006) *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Munksgaard Danmark.
- KAARBØE, O. (2006) Kompendium fra forelesning "Helseøkonomi" (UOFF). Universitetet i Bergen.
- LIE, T. & NESVAAG, S. (2006) Evaluering av rusreformen. International Research Institute of Stavanger
- LIE, T., NESVAAG, S. & ALLRED, K. (2006) Evaluering av den statlige rusreformen Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport. Stavanger, International Research Institute of Stavanger.
- LILLEENG, S. (2007) Pasienter med rusmiddelmissbruk og samtidige psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. IN SINTEF\_HELSE (Ed.) Oslo.
- LÆGREID, P., ROLLAND, V. W., RONESS, P. G. & ÅGOTNES, J.-E. (2003) The Structural Anatomy of the Norwegian State 1947-2003. *Bergen Open Research Archive, BORA UiB*.
- MAYET, S., FARRELL, M., FERRI, M., AMATO, L. & DAVOLI, M. (2007) Review Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Library*.
- MCAULIFFE, W. E., BREER, P., AHMADIFAR, N. W. & SPINO, C. (1991) Assessment of Drug Abuser Treatment Needs in Rhode Island. *American Journal of Public Health*.
- MCCARTY, D., FULLER, B., KASKUTAS, L. A., WENDT, W. W., NUNES, E. V., MILLER, M., FORMAN, R., MAGRUDER, K. M., ARFKEN, C., COPERSINO, M., FLOYD, A., SINDELAR, J. & EDMUNDSON, E. (2007) Treatment programs in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Drug Alcohol Depend*.
- MCHORNEY, C. A. & TARLOV, A. R. (1995) Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of Life Research* 4, 293-307.

- MCLELLAN, T. A., CACCIOLA, J. S., ALTERMAN, A. I., RIKOON, S. H. & CARISE, D. P. (2006) The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions, and Transitions. *American Journal of Addiction*. 15 (2) (113-24).
- MCNEESE-SMITH, D. K. (2003) Treatment for substance abuse in Australia: a comparison of public and private programs. *Int J Psychiatr Nurs Res*, 9, 1025-38.
- MOUNTENEY, J. L., SIV-ELIN (2005) Tidligere identifisering og rapportering av fremvoksende rusmiddeltrønder: Førre Var-systemet. *Nordiska alkohol- och narkotikatidsskrift*, 1/2005, 25-46.
- MURRAY, V., WALKER, H. W., MITCHELL, C. & PELOSI, A. J. (1996) Needs for care from a demand led community psychiatric service: a study of patients with major mental illness. *Bmj*, 312, 1582-6.
- NASJONALT\_KUNNSKAPSSENTER\_FOR\_HELSETJENESTEN (2006) Medikamentell behandling av opiatavhengighet Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 23–2006 Kunnskapsoppsummering. Lørenskog.
- NESVAAG, S. & LIE, T. (2004) Rusmiddelbruk blandt ansatte i norsk privat arbeidsliv. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, 2/04, 91-110.
- NESVAAG, S. & STEVENSON, B. (2006) BrukerPlan Utvikling og utprøving av et planleggingsverktøy for rusfeltet. IN IRIS (Ed.) Stavanger.
- NORGES\_TEKNISK-NATURVITENSKAPLIG\_UNIVERSITET (22.10.07) HUNT, Helseundersøkelsene i Nord Trøndelag. Trondheim.
- ONYETT, S. (1995) *Case Management in Mental Health*, London, Chapman & Hall.
- PATTON, M. Q. (2001) *Qualitative Research & Evaluation Methods*, California, SAGE Publication.
- POLIT, D. & HUNGLER, B. (1983) *Nursing research principles and methods*, Philadelphia.
- PRINCE, M., STEWART, R., FORD, T. & HOTOPIF, M. (2003) *Practical psychiatric epidemiology*, New York, Oxford.
- REGIER, D. A., SHAPIRO, S., KESSLER, L. G. & TAUBE, C. A. (1984) Epidemiology and health service resource allocation policy for alcohol, drug abuse, and mental disorders. *Public Health Rep*, 99, 483-92.
- REINÅS, K. T. (2007) Psykofarmaka, rus og psykiatri. Intervju med Jørgen G. Bramness. Folkehelseinstituttet. *Mot rusgift. Ruspolitisk tidsskrift*.
- ROBSON, C. (2002) *Real World Research*, Malden, USA, Blackwell Publishing.
- RUSMISBRUKERNES\_INTERESSEORGANISASJON (2007) Uttalelse om rusbehandling i Helse Midt-Norge. Oslo, RIO.
- SEKSJON FOR KLINISKE RUSMIDDELPROBLEMER, U. I. O. (2004) Hvilken praksis har LAR-sentrene for søknadsarbeidet? Rapport til Sosial- og helsedirektoratet november 2004. *SKR-rapport nr 3/2004*.
- SHAPIRO, S., SKINNER, E. A., KRAMER, M., STEINWACHS, D. M. & REGIER, D. A. (1985) Measuring need for mental health services in a general population. *Med Care*, 23, 1033-43.
- SLADE, M., PHELAN, M. & THORNICROFT, G. (1998) A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine* 28, 543-550.
- SLADE, M., PHELAN, M., THORNICROFT, G., SLADE, S. P. & ET.ALL (1996) The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff

- and patients of 'the needs of the severely mentally ill. *Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* Volume 31, 109-113.
- SMITH, H. (1990) Developing Individual Services in the Community (DISC). Discussion paper., University of Kent.
- SMITH, H. (1998) Needs assessment in mental health services: the DISC Framework. *Journal of Public Health Medicine Vol. 20, No. 2, pp. 154-160.*
- SOCIALSTYRELSEN (2007) Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende Rapport från en nationellt samordnad granskning.
- SOCIALSTYRELSEN (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.
- SOLBAKKEN, B., LAURITZEN, G. & LUND, M. K. Ø. (2005) Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer. IN SIRUS (Ed.) Oslo.
- SOSIAL\_OG\_HELSEDEPARTEMENTET (2007) Medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige. Utkast 28 juni. Legemiddelassistert rehabilitering.
- SOSIAL\_OG\_HELSEDEPARTEMENTET (1997) NOU nr 18 1997 Prioritering på ny Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.
- SOSIAL\_OG\_HELSEDEPARTEMENTET (2005)...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo.
- SOSIAL\_OG\_HELSEDIREKTORATET (06.09.2007) Behandling av rusmiddelavhengighet Oslo.
- SOSIAL\_OG\_HELSEDIREKTORATET (20.04.2005) Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere - rapport 23. desember 2004 fra arbeidsgruppe
- SOSIALDEPARTEMENTET (2002) Ot.Prop. nr 3 2002-2003 Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere). Oslo.
- SOSIALDEPARTEMENTET (2003) NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Oslo.
- STATENS\_HELSETILSYN (2000) *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarig og alvorlige psykiske lidelser*, Oslo, Statens helsetilsyn.
- STATENS\_HELSETILSYN (2005) Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Oslo.
- STATENS\_INSTITUTT\_FOR\_RUSMIDDELFORSKNING (14.08.2007) Sirius RusStat Rusmiddelstatistikk på nett.
- STATENS\_INSTITUTT\_FOR\_RUSMIDDELFORSKNING (24.09.2007) Ungdomsundersøkelsen.
- STATENS\_INSTITUTT\_FOR\_RUSMIDDELFORSKNING (2005) Rusmidler i Norge. Statistikk 2005.
- STATENS\_INSTITUTT\_FOR\_RUSMIDDELFORSKNING (2007) Rusmidler i Norge. Statistikk -07. Oslo.
- STATISTISK\_SENTRALBYRÅ (05.12.07) Barnetallfordeling, etter alder og kohort. Oslo.
- STATISTISK\_SENTRALBYRÅ (13.12.2007) Folkemengd, etter alder og fylke. 1. januar 2007. Prosent. Oslo.
- STATISTISK\_SENTRALBYRÅ (18.08.2007) Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Oslo.

- STEWART, A. L., HAYS, R. D. & WARE, J. E. (1988) The MOS Short- form General Health Survey. Reliability and Validity in a Patient Population. *Medical Care*, 26, 724-735.
- TENGVALD, K., ANDRÉN, A., BERGMAN, H., ENGSTRÖM, C., NYSTRÖM, S., SALLMÉN, B. & ÖBERG, D. (2004) Implementing the Addiction Severity Index (ASI) in Swedish human services sectors: Experiences, problems and prospects. *Journal of Substance Use*, 9, 163 - 171.
- TREATMENT\_RESEARCH\_INSTITUTE (11.11.07) Addiction Severity Index Treatment Planning Manual. IN TREATMENT\_RESEARCH\_INSTITUTE (Ed.).
- TREATMENT\_RESEARCH\_INSTITUTE (20.09.07) THE ADDICTION SEVERITY INDEX.
- VIND, L. & HECKSHER, D. (2004) The diffusion of the ASI in Denmark: Implementation of a national monitoring system based on the EuropASI. *Journal of Substance Use*, 9, 156 - 162.
- WEISÆTH, L. & DALGARD, O. S. R. (2000) *Psykisk helse Risikofaktorer og forebyggende arbeid*.
- WORLD\_HEALTH\_ORGANISATION (20.09.07) Addiction Severity Index - Lite Version (ASI-Lite).
- WORLD\_MEDICAL\_ASSOCIATION (1964) Helsinki-deklarasjonen. De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- WORMNES, E. & SKUTLE, A. (2005) *Pandoras boks: Kvinner, kjærlighet til rus, og håpet*, Bergen.
- YIN, R. K. (2003) *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications Inc.
- ØIERN, T. (2006) Utfordrer legene på kvinnerus. *Rus & avhengighet*.
- ØVRETVEIT, J. (1999) *Integrated Quality Development in Public Healthcare*.
- ØVRETVEIT, J. (?) *Quality Health Services*, Brunel institute of organisation and social studies.



## **Vedlegg: Beskrivelse av BrukerPlan-instrumentet**

(Nesvaag and Stevenson, 2006)

## Appendix 1. Presentasjon av BrukerPlan

BrukerPlan er utviklet i Excel med sikte på maksimal brukervennlighet og kontinuerlig oppdatering og presentasjon av det samlede kartleggingsmaterialet. Gjennom å velge Excel som grunnlags-program vil implementering av verktøyet ikke innebære noen ekstra programvare-investeringer for de aller fleste brukere. Vi presenterer her hovedtrekkene i verktøyet, gjennom å gå igjennom de ulike skjermbildene som brukere vil møte.

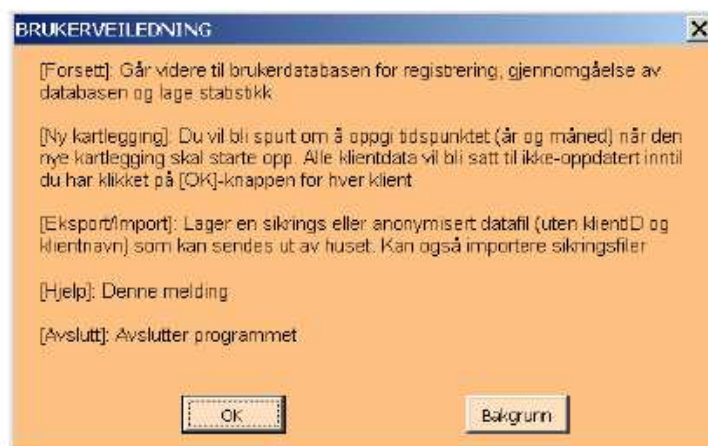
Oppstartsbildet:



Verktøyet i siste versjon distribueres elektronisk til den enkelte kommune. I eksempelet ovenfor står det "Helse Fonna kommune", men hver kommune vil få verktøyet med sitt kommunenavn i første skjermbilde.

Hver kommune vil måtte avgjøre hvordan de ønsker å organisere arbeidet, både fra praktiske hensyn og tilpasset de sikkerhetsrutiner kommunen har lagt opp for sine datasystemer. I den aktuelle utprøvingen var det en eller flere ansatte i sosialtjenesten i hver kommune som selv kunne gå inn i verktøyet å legge inn sine brukere.

[Hjelp]-knappen viser følgende forklaringer, på hva som "skjuler seg" bak hver av knappene i første skjermbilde:



Systemet med å lagre kartleggingsfiler med klientidentifiserbare opplysninger i hver kommune, og så lage en eksportfil uten slike opplysninger for oversending til andre (helseforetaket, forskningsinstitutt, andre samarbeidspartnere), er laget ut fra tre hensyn:

1. Ved å kun lagre klientidentifiserbare opplysninger innenfor datasystemet til de aktuelle brukernes hjemkommuner, ivaretas de kravene Datatilsynet stilte til verktøyet.
2. Ved å beholde kartleggingsfiler med klientid.nr., kan kommunen selv identifisere enkeltklienter eller grupper som en kan sette inn spesifikke tiltak overfor, og/eller kunne se utviklingen til.
3. Ved å kunne eksportere kartleggingsfiler med ikke-klientidentifiserbare opplysninger, kan også helseforetak og andre samarbeidspartnere bruke kartleggingene i sin planlegging, og dataene kan brukes som informasjon og til forskning (slik som vi presenterer det i denne rapporten).

[Bakgrunn] - knappen i hjelp-bildet gir en kort beskrivelse av hvem som har deltatt i utviklingen av verktøyet.

[Fortsett]-knappen fører til selve registreringsbildet:

BRUKERPLANLEGGING - KARTLEGGING 200605

Avdeling: \_\_\_\_\_ Underavdeling: \_\_\_\_\_ Fagperson: \_\_\_\_\_

Totalt = -148 ← →

Klient ID: \_\_\_\_\_ Fødselsår: \_\_\_\_\_

Klientnavn (valgfritt): \_\_\_\_\_

Kjønn:  Mann  Kvinne

Har barn under 19 år

kontakt med barn:  Daglig/delt omsorg  Avtalt samvær/noe kontakt  Ingen kontakt

Planer, fengsel/institusjon

1.linje tjenester | Specialist tjenester | Andre tjenester

Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sosialtjenester	583/605
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Midlertidig bolig	8/31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Boligtjenester	216/343
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helsestjenester	531/551
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Barnevernstjenester	69/79
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Omsorgstjenester	28/50
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kommunalt undervisningsbud	2/7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LAR	175/238

Hjelp

Ny klient | Søk | Lagre | Slett | Statistikk | Avslutt

Vi går ikke her igjennom alle detaljer i registreringsbildet, men vil peke på de viktigste områdene og funksjonene i bildet:

- I eksempelet ovenfor er det alt lagt inn et stort antall brukere i verktøyet. Tallene i skjermbildet gir oppdatert informasjon for hver bruker som registreres.
- Hver kommune kan selv velge hvordan de vil organisere oppdelingen i avdelinger og fagpersoner.
- Fødselsår, kjønn og egne barn er de demografiske opplysningene i verktøyet.

- [Planer, fengsel/institusjon]-knappen gir muligheten til å registrere følgende opplysninger:

- Nede til venstre i skjermbildet (se registreringsbildet ovenfor) legges funksjonsvurderingen inn. Ved å flytte markøren over fargekodene for hvert funksjonsområde eller ved å bruke [Hjelp]-knappen, gis det hjelpetekster til hver av fargekodene, grønt, gult og rødt:

Område	Grønt	Gult	Rødt
Rusing	Noenlunde under kontroll	Omfattende, men forutsigbart	Helt vill/grænselest
Økonomi	Fast inntekt/stønad orden	Inntekt/stønad i rimelig delvis orden	Ingen kontroll, inntekt/stønad uorden
Psykisk helse	"Vanlig" god	Behov for noe spesialistjenester halvårlig	Omfattende problem
Fysisk helse	"Vanlig" god	Behov for noe spesialistjenester halvårlig	Omfattende problem
Bolig	Leier/æier bolig	Tilrettelagt boligløsning/institusjon	Tilfeldige løsninger (hospits, venner)
Sosial adferd	"Vanlig" sosial kompetanse	Rus sosial kompetanse	Marginal sosial kompetanse
Nettverk	God kontakt	Litt/noe kontakt	Ingen kontakt
Aktivitet	Fast tilbud	Innmøt og til	Ingen benyttelse

For å se av lysene, klikk på overdelstet til venstre for lysene f.eks. "Rusing....."

\* Denne tabellen er gjengitt tydeligere til sist i vedlegget.

- Rusing.....[O] gir mulighet til å lage en rusprofil. Også her gir det å flytte markøren eller bruke [Hjelp] – knappen hjelpetekster for hver fargekode:



Vi flytter oss så over i tjenesteregistreringsbildene i nedre høyre del av hovedregistreringsbildet.

- [1.linje tjenester]: Den enkelte kommune kan selv spesifisere hvordan hver av 1.linje tjenestene skal oppdeles i underkategorier. Dersom det er gjort en oppdeling, vil en knapp vises slik at det kan registreres i hver av underkategoriene.
- Skjermbildet gir tre "avkryssningsmuligheter" for hver tjeneste:
  - Avkryssing i både første og andre boks: Har tjenesten nå og vil fortsette å etterspørre den de neste 12 mndr.
  - Avkryssing bare i første boks: Har tjenesten nå men vil ikke komme til å etterspørre den videre.
  - Avkryssing bare i andre boks: Har ikke tjenesten nå, men vil komme til å etterspørre den i løpet av de neste 12 mndr.
- "Vil komme til å etterspørre", betyr at fagpersonen ut fra sin kunnskap om brukerens situasjon/planer/ønsker og sine egne planer for brukeren, vurderer at tjenesten faktisk vil bli etterspurt. For at verktøyet skal fungere som planleggingsverktøy, er det en slik nøktern faglig vurdering som må legges til grunn.



- Ved å klikke på [spesialist tjenester] – knappen, vil en få opp tre typer tjenester: rus, psykiatri og somatikk, slik:

The image shows two side-by-side screenshots of a web interface. The left screenshot displays the 'Rus' (Substance Use) section, and the right screenshot displays the 'Psykiatri' (Psychiatry) and 'Somatikk' (Somatic) sections. Both sections have a table with columns for 'Har' (Current), 'Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)' (Will request, including will continue to have), and 'Totalt' (Total). Each row includes a checkbox for the service type and a numerical value in the 'Totalt' column.

Rus		
Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akutt	5/42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poliklinisk	94/309
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Døgntilbud	37/188
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LAR	168/241

Tvangstiltak		
Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6-2	0/9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6-2.A	0/2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6-3	1/1

Psykiatri		
Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akutt	4/32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poliklinisk	64/228
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Døgntilbud	13/67
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tvangstiltak	9/16

Somatikk		
Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akutt	1/18
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poliklinisk	25/57
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Døgntilbud	1/5

- Ved å klikke på [Andre tjenester] får en opp dette skjermbildet:

The screenshot shows the 'Andre tjenester' (Other services) section of the web interface. It features a table with columns for 'Har' (Current), 'Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)' (Will request, including will continue to have), and 'Totalt' (Total). Each row includes a checkbox for the service type and a numerical value in the 'Totalt' column. There is also an input field for 'Annet, skriv:' (Other, write:).

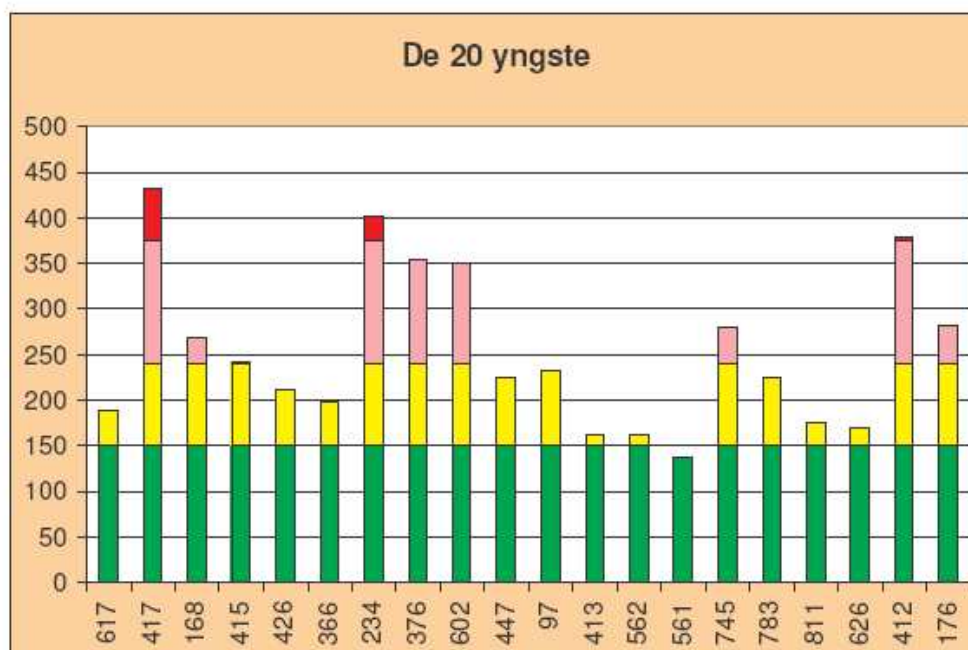
Har	Vil etterspør (inkl. vil fortsatt ha)	Totalt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aetat	65/208
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trygdeetat	308/510
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fylkeskommunalt undervisningsbud	4/12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fromsorgen/Fengsel	23/91
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Omsorgsinstitusjon	9/33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tannlegjetjenester	54/368
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Frivillige organisasjoner	28/36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Annet, skriv:	7/4

- Tallene under "Totalt" er antall som har tjenesten i dag/antall som vil etterspørre tjenesten. Differansen mellom de to gir altså kontinuerlig oppdatert informasjon om nedgang/økning i netto etterspørsel de neste 12 mndr.

- [Statistikk]-knappen gir mulighet til å ta ut ulike plott og en rapport med statistikk over hele databasen:



- Eksempel på plott av de yngste:



- X-aksen er score på samlet vurdering av de åtte funksjonsområdene, etter en balansert scorecard, som er utviklet etter å ha analysert den relative betydning av de ulike funksjonsområdene (se neste kapittel). Y-aksen er bruker id i den anonymiserte filen. Ved å sammenholde disse med sin egen fil, vil den enkelte kommune så kunne finne fram til hvilke brukere dette er, og eventuelt sette inn tiltak og/eller følge med på utviklingen til disse.



\* Hjelpetekst til funksjonsvurdering i BrukerPlan:

<b>Område</b>	<b>Grønt</b>	<b>Gult</b>	<b>Rødt</b>
Rusing	Noenlunde under kontroll	Omfattende, men forutsigbart	Helt vilt/grenseløst
Økonomi	Fast inntekt/stønad	Inntekt/stønad innimellom delvis orden	Ingen kontroll, inntekt/stønad uorden
Psykisk helse	”Vanlig” god	Behov for noe spesialisthelsetjenester halvdårlig	Omfattende problemer
Fysisk helse	”Vanlig” god	Behov for noe spesialisthelsetjenester halvdårlig	Omfattende problemer
Bolig	Leier/eier bolig	Tilrettelagt boligløsning/institusjon	Tilfeldige løsninger (hospits, venner)
Sosial atferd	”Vanlig” sosial kompetanse	Rus sosial kompetanse	Marginal sosial kompetanse
Nettverk	God kontakt	Litt/noe kontakt	Ingen kontakt
Aktivitet	Fast tilbud	Innom av og til	Ingen benyttelse