



## DE PSYKIATRISKE UNGDOMSTEAMENE

Utredning av nåværende og framtidig funksjon og organisering



# **DE PSYKIATRISKE UNGDOMSTEAMENE**

**UTREDNING AV NÅVÆRENDE OG FRAMTIDIG  
FUNKSJON OG ORGANISERING**



**Statens helsetilsyn**

Calmeyers gate 1  
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo  
Tlf.sentralbord: 22 24 88 88  
Faks: 22 24 95 90  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no)  
Internett: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)



## Forord

I forbindelse med oppfølgingen av St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og St.prp. nr. 63 (1997-98) om Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006 ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utrede de psykiatriske ungdomsteamene i lys både av utviklingen når det gjelder misbruksmønster, behovet for behandlingstiltak for gruppen med dobbeltdiagnose og fordelingen av ansvar mellom ulike tjenester.

Spesialsykepleier Siv Skarstein ble engasjert for å gjøre utredningen og den foreliggende rapport er et resultat av arbeidet som ble utført i 1998-99. De konklusjoner og forslag til tiltak som fremkommer i rapporten er utrederens egne.

Rapporten gjennomgår misbruksutviklingen her i landet de siste årene. Ulike kombinasjoner av psykisk lidelse og rusmisbruk beskrives, sammen med de behandlingstiltakene som i dag møter misbrukere med psykiske lidelser. Det er gjennomført en systematisk utspørring rettet mot kommunale og fylkeskommunale instanser for å få frem synspunkter på dagens misbruksproblemer og behandlingssopplegg samt synspunkter på framtidig organisering. Rapporten konkluderer med at de psykiatriske ungdomsteamene bør bli en integrert del av voksenpsykiatrien, og at det bør utbygges spesialiserte poster og polikliniske team for rusmisbrukere med psykisk lidelser. Det tas også til orde for at barne- og ungdomspsykiatrien etter hvert bør få et større ansvar for ungdom med rusproblemer.

Sammen med rapporten om personer med samtidig alvorlige psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk, danner foreliggende utredning grunnlag for anbefalinger som helsetilsynet har gitt til departementet om hvilke tilbud som bør gis til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Anbefalingene inneholde følgende punkter:

1. Det må være tilbud om døgnopphold på sentralsykehusnivå i hvert fylke for pasienter med alvorlig psykisk sykdom som også har et rusmiddelmissbruk. Eventuelt kan to mindre fylker samarbeide om et slikt tilbud. Det skal være tilbud om innleggelse til utredning og behandling for den "sårbare gruppen". Også pasienter innen den "utagerende gruppen" bør kunne tas imot til korte innleggelser for utredninger og ved kriser, særlig ved psykoseproblematikk. Ansvarsfordelingen for ulike tilbud etter to forskjellige lover må ikke være til hinder for nødvendig samordning og samarbeid mellom psykisk helsevern og sosialomsorgens tilbud.
2. Alle distriktpsikiatriske sentere bør ha kompetanse i behandling av personer med psykiske lidelser og rusmisbruk. Fylkeskommunene bør igangsette etter- og videreutdanningstiltak for å oppnå dette.
3. Alle fylker bør ha poliklinisk virksomhet med oppsøkende team som kan oppsøke og følge opp pasientene hjemme ved behov, og gi konsultasjon og veiledning til kommunale helse- og sosialtjenester og til øvrig spesialisthelsetjeneste. Slik poliklinisk virksomhet med oppsøkende team kan etter lokale forhold og behov legges til sentralsykehusavdeling eller til større DPS'er.
4. Voksenpsykiatrien i hvert fylke bør ha et særskilt tilbud til unge med rusproblemer og psykiske lidelser. Dette kan f.eks. være i form av ett eller flere "Psykiatriske rusteam for unge" (jfr. dagens psykiatriske ungdomsteam), knyttet til sentralsykehusets avdeling for rusrelatert psykiatri eller til ett eller flere DPS'er i fylket. Teamene bør arbeide utadrettet og oppsøkende. Eventuell omorganisering av tilbudene bør skje slik at det tas vare på eksisterende kompetanse. Organiseringen av dagens PUT framgår av utredningen om de psykiatriske ungdomsteamene.
5. Alle fylkeskommuner må ha tilbud til barn og ungdom mellom 12 og 18 år med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Det bør finnes tilbud både om døgnopphold, poliklinisk utredning og behandling, og oppsøkende behandling.

6. For å sikre kontinuitet i behandlingsskjeden bør psykiatriske rusteam og avdelinger i voksenpsykiatrien ha en fleksibel nedre aldersgrense og ta inn pasienter under 18 år som forventes å få et behandlingsforløp i voksenpsykiatrien. Tilsvarende bør tilbud innen barne- og ungdomspsykiatrien ha en fleksibel øvre aldersgrense og følge opp pasienter over 18 år med typisk ungdomsproblematikk.
7. Tilbudene i det enkelte fylket til voksne rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser og til ungdom med rusproblemer må beskrives i den fylkeskommunale opptrappingsplanen. Samarbeidet mellom voksenpsykiatrien, barne- og ungdomspsykiatrien og privatpraktiserende leger eller psykologer må beskrives særskilt. Tiltak for å bygge opp større kompetanse innen rusrelatert psykiatri i de ulike delene av fylkeshelsetjenesten må beskrives.
8. Regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri bør ha som oppgave å videreutvikle kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatrien når det gjelder utredning og behandling av psykiske lidelser kombinert med rusmisbruk.

Statens helsetilsyn anser rapporten for å være av allmenn interesse, og gir den derfor ut i sin utredningsserie. Helsetilsynet håper rapporten kan bidra til å øke kunnskapen omkring disse pasientene og bidra til gode tiltak både i fylkeskommuner og kommuner. Denne rapporten kan for øvrig sees i sammenheng med rapporten om "Personer med samtidig alvorlige psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Kartlegging av antall og behandlingsbehov" IK- 2727, som utgis samtidig med denne.

Oslo, desember 2000



Lars Hanssen  
kst.helsedirektør

# Innhold

<b>Forord</b> .....	3
<b>Innhold</b> .....	5
<b>1 Innledning</b> .....	7
<b>2 Sammendrag</b> .....	9
<b>3 Endringer i tilbudene til unge rusmisbrukere</b> .....	16
3.1 Fordeling av ansvar for ulike tjenester til rusmisbrukere .....	16
3.2 Utviklingen av psykiatriske ungdomsteam .....	16
3.3 Ny lovgivning og endringer i misbrukeromsorgen .....	17
3.4 Legemiddelassistert rehabilitering av opiatmisbrukere .....	18
<b>4 Utviklingen i misbruksmønsteret og forekomst av psykiske lidelser blant misbrukere</b> .....	20
4.1 Misbruksmønsteret .....	20
4.2 Psykiske lidelser blant misbrukere .....	21
<b>5 Behandling av psykiske lidelser hos rusmisbrukere</b> .....	22
5.1 Behov for utredning og differensiering .....	22
5.2 Alvorlig psykisk lidelse og moderat til høyt rusmisbruk .....	22
5.3 Moderat psykisk lidelse og moderat til høyt rusmisbruk .....	22
5.4 Lettere psykiske lidelser og ulik grad av rusmisbruk .....	23
5.5 Unge rusmisbrukere med ukjent grad av psykiske lidelser .....	23
<b>6 De psykiatriske ungdomsteamene</b> .....	25
6.1 Brukerne .....	25
6.1.1 Kjønn og alder .....	25
6.1.2 Rusmisbruket .....	26
6.1.3 Psykiske lidelser .....	26
6.1.4 Frafall fra behandling .....	26
6.1.5 Tidligere kontakt med hjelpesystemet .....	27
6.1.6 Noen konklusjoner omkring målgruppen .....	28
6.2 Teamenes tilknytning og produktivitet .....	28
6.2.1 Ungdomsteamenes lokalisering, bemanning og tilknytning. ....	29
6.2.2 Sammensetning av teamene .....	31
6.2.3 Produktivitet .....	31
6.3 Arbeidsformer .....	32
6.3.1 Utredninger .....	33
6.3.2 Behandlingsmetoder .....	33
6.3.3 Familiearbeid .....	33
6.3.4 Veiledningsgrupper .....	34
6.3.5 Ansvarsgrupper .....	34
6.3.6 Kontinuerlige behandlingsteam .....	34
6.3.7 Koordinering av psykososialt arbeid ("case management") .....	35
6.3.8 Tilrettelagte botilbud .....	35
6.4 Fagutvikling .....	36
6.5 Videreutdanningssystemet .....	37
6.6 Koordineringsutvalget og utdanningsprogrammet .....	37
<b>7 Intervjuundersøkelsen</b> .....	38
7.1 Bakgrunn .....	38

7.2	Metodebeskrivelse .....	38
7.3	Utvikling i misbruksmønsteret sett fra ulike etaters ståsteder ....	39
7.4	Utviklingen i tiltaksapparatet .....	40
7.5	Kommunenes behov for spesialisthelsetjenester .....	41
7.6	Innsatsområder som bør prioriteres .....	42
7.7	Klientgrupper med alvorlig rusmisbruk som mangler tilrettelagte behandlingstilbud. ....	42
7.8	Forebygging .....	43
7.9	Tidlig intervensjon .....	43
7.10	Utredning og behandling av klienter med rusmisbruk .....	43
7.11	Vurdering av Sosial- og helsedepartementets gruppering av rusmisbrukere med psykiske lidelser og fordelingen av ansvar for disse. ....	45
7.12	Pasienter med vedvarende alvorlig rusmisbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse. ....	45
7.13	Samarbeidet om rusmisbrukende klienter med psykiske lidelser	46
7.14	Vurdering av arbeidet til de psykiatriske ungdomsteamene .....	47
7.15	Alders- og funksjonsfordelingen innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste .....	48
7.16	Barne- og ungdomspsykiatriens og voksenpsykiatriens forut- setninger for å behandle rusmisbrukere med psykiske lidelser ..	48
7.17	Kanaliseringsressurser av ungdomsteamenes ressurser til alvorlig psykisk syke klienter med rusavhengighet .....	49
<b>8</b>	<b>Oppsummering og anbefalinger .....</b>	<b>50</b>
	<b>Litteratur .....</b>	<b>54</b>

## I Innledning

Et stort antall rusmisbrukere har psykiske lidelser i tillegg til misbruksproblemer. Oppgavene til psykisk helsevern overfor denne gruppen er kort behandlet i St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet; Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Som en oppfølging av forslag i stortingsmeldingen, besluttet departementet at det skulle gjennomføres to utredninger som omhandler ulike sider av forholdet mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. Begge utredningsoppdragene ble gitt til Statens helsetilsyn.

Det ene prosjektet gjaldt å kartlegge såkalt «dobbeltdiagnoseproblematikk», dvs samtidig forekomst av psykiske lidelser og rusmisbruk, og å utrede hvilke behandlingstilbud som trengs for denne gruppen. Knut Boe Kielland ble tilsatt som prosjektleder for å gjennomføre dette prosjektet. Kiellands rapport publiseres samtidig med denne (Statens helsetilsyns utredningsserie 10-2000, IK-2727).

Det andre prosjektet presenteres her. Siv Skarstein ble engasjert som prosjektleder for å gjennomføre en utredningen om de psykiatriske ungdomsteamene, særlig i forhold til behovet for tjenester til grupper med misbruksproblemer og psykiske lidelser. Formålet har vært å «utrede en hensiktsmessig bruk av ressursene til de psykiatriske ungdomsteamene sett i lys av den utvikling som har skjedd når det gjelder misbruksmønster, fordeling av ansvar for ulike typer av tjenester, og hvilke grupper rusmisbrukere som har særlig behov for psykiatrisk spesialistkompetanse.»

Det er den enkelte kommune og fylkeskommune som primært er ansvarlig for helse- og sosialtjenestene, og det er store forskjeller mellom disse både når det gjelder problembelastning, og hvordan tjenestene er organisert. Ungdomsteamenes funksjon er tett knyttet til utviklingen innen det øvrige hjelpeapparatet. Dette består av mange og ulike tiltak som er organisert innen flere forvaltningsnivåer, på tvers av etatsgrenser og med et sterkt privat innslag. Teamene er derfor vurdert som et ledd i et helhetlig tiltakssystem.

Som et sentralt ledd i utredningen er det foretatt en egen intervjuundersøkelse, som gir en aktuell beskrivelse av situasjonen og vurderingene til fagfolk i de ulike delene av tiltaksapparatet. Undersøkelsen ble gjennomført i seks fylker i landet, hvert sted med utgangspunkt i det geografiske opptaksområdet til et psykiatrisk ungdomsteam.

I tillegg bygger rapporten på:

- aktuell forskning
- offentlige utredninger
- faglitteratur
- data og rapporter fra Rusmiddeldirektoratets institusjonsdatabase NIDaR
- PUT-undersøkelsen fra 1996
- årsrapporter fra de psykiatriske ungdomsteamene
- plenumsdiskusjoner på Ungdomsteamenes landskonferanse i 1998 og 1999
- formelle og uformelle kontakter med sentrale aktører både innen rusomsorgens behandlingstiltak og psykiatriske spesialisthelsetjenester.

I utredningsperioden har det vært løpende dialog med koordineringsutvalget for de psykiatriske ungdomsteamene.



Statens helsetilsyn oppnevnte medlemmer til en referansegruppe for prosjektet. Referansegruppens oppgave har vært å bistå prosjektleder med innspill, og å delta i diskusjoner om problemstillinger og utkast, men medlemmene er ikke ansvarlige for rapportens innhold. Referansegruppen har hatt fire møter, og har hatt følgende medlemmer:

Amund Aakerholdt, Psykiatrisk ungdomsteam, Sandnes (leder for koordineringsutvalget)  
Helge Bjørnsen, Rusmiddelavdelingen, Sanderud sykehus, Hedmark  
Jon Johnsen, Psykiatrisk ungdomsteam, Asker og Bærum  
Lars Kvam, Landsforbundet mot stoffmisbruk  
May Britt Solhøy, Rusmideletaten, Oslo kommune  
Odd Storsæter, Psykiatrisk ungdomsteam, Sør-Trøndelag  
Njål Petter Svensson, Rusmiddeldirektoratet  
Randi Talseth, Organisasjonen Voksne for barn  
Terje Turøy, Fossum-kollektivet

Fra Helsetilsynet har følgende deltatt i referansegruppens møter:

Rådgiver Arild Gjertsen  
Prosjektleder Knut Boe Kielland  
Rådgiver Anne-Grete Kvanvig  
Prosjektkoordinator Tone Skjellum

Medlemmene i referansegruppen har vært aktive i utarbeidelsen av materiale til ulike temaområder. Amund Aakerholdt hadde studiepermisjon i prosjektperioden og brukte denne til å delta i gjennomføringen av intervjuundersøkelsen.

Prosjektet startet i juni 1998, og ble avsluttet 1. oktober 1999. Prosjektleders utkast til rapport er senere bearbeidet i Helsetilsynet. Det er Helsetilsynets bearbejdede utgave som utgis her.

## 2 Sammendrag

Formålet har vært å "utrede en hensiktsmessig bruk av ressursene til de psykiatriske ungdomsteamene sett i lys av den utvikling som har skjedd når det gjelder misbruksmønster, fordeling av ansvar for ulike typer av tjenester, og hvilke grupper rusmisbrukere som har særlig behov for psykiatrisk spesialistkompetanse." Som ledd i utredningen er det foretatt en egen intervjuundersøkelse, som gir en aktuell beskrivelse av situasjonen og vurderingene til fagfolk i de ulike delene av tiltaksapparatet. Undersøkelsen ble gjennomført i seks fylker i landet, hvert sted med utgangspunkt i det geografiske opptaksområdet til et psykiatrisk ungdomsteam.

I kapitel 3 redegjøres for en del viktige endringer som er skjedd i tilbudene til unge rusmisbrukere. Kommuner og fylkeskommuner har fått et klarere definert ansvar i lovverket for tjenestetilbud til rusmisbrukere. De første ungdomsteamene ble etablert ved to psykiatriske sykehus på begynnelsen av 70-tallet, og på 80-tallet ble det opprettet ungdomsteam i de fleste fylker. I de senere år er det opprettet regionale kompetansesentre innen omsorgen for rusmisbrukere. Fra 1994 er det utviklet metadonassisterte rehabiliteringstiltak for opiatmisbrukere. De siste årene er slike tilbud blitt tilgjengelige i det meste av landet.

I kapitel 4 beskrives endringer i misbruksmønsteret blant ungdom. Det ser ut til at det i økende grad skjer en liberalisering av ungdoms holdninger til bruk av cannabis, flere unge misbruker illegale stoffer, og økningen i sprøytemisbruk ser ikke ut til å avta. Det har skjedd en kraftig økning i narkotikabeslagene de siste årene, og antall overdosedødsfall blant heroinmisbrukere har økt. Omfanget av psykiske lidelser blant misbrukere er høyt.

Kapitel 5 angir noen prinsipper for behandling av rusmisbrukere med psykiske lidelser. Disse trenger individuelt tilrettelagte tilbud. For å kunne gi slike tilbud er det viktig med diagnostisk utredning og kartlegging, både av psykiske lidelser, misbruksproblemer og livssituasjonen. Misbrukere med alvorlige psykiske lidelser må få spesielt tilrettelagte tilbud innen psykisk helsevern som tar hensyn til rusmisbruket, slik at behandling av psykisk lidelse, behandling av misbruket og omsorgstilbud forøvrig er integrert. Misbrukere med mindre alvorlige psykiske lidelser vil kunne trenge poliklinisk oppfølging fra psykisk helsevern og innleggelse i kortere perioder, eventuelt polikliniske tilbud fra psykisk helsevern mens de er i rusomsorgen. Misbrukere med lettere psykiske lidelser bør hovedsakelig få tilbud i kommunene, og behov for institusjonsopp- hold bør dekkes av rusomsorgen. Unge misbrukere bør tidlig få tilbud om behandling og oppfølging, for å hindre videre utvikling av misbruket og forverring av psykiske lidelser. Individuelt tilpasset tidlig intervensjon krever samarbeid mellom kommunens helse- og sosialtjeneste, barnevern på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og behandlingstilbud for unge innen rusomsorgen.

Kapitel 6 beskriver de psykiatriske ungdomsteamene. I følge rammeforskriftene fra 1983 skulle de psykiatriske ungdomsteamene primært arbeide med ungdom og unge voksne i alderen fra ca. 15 år til ca. 30 år som misbruker rusmidler. Sekundært skulle de arbeide med ungdom som sto i fare for å utvikle et misbruk. Ungdomsteamene har en overvekt av menn blant klientene (60%), og hovedtyngden er mellom 18 og 30 år. 5% av klientene er under 18 år og 15% er over 30 år. Rusmisbruket til klientene er alvorlig, og de fleste har hatt en lang

misbrukerkarriere (gjennomsnittlig 10 år). De fleste har personlighetsforstyrrelser og moderate psykiske lidelser, men en viss andel har også psykoser.

Klientene utgjør en ustabil gruppe som det er vanskelig å oppnå langsiktig og forpliktende behandlingskontakt med. Bortimot en tredel av alle avtaler avlyses fordi klienten ikke møter fram, og andelen uplanlagte avbrutte behandlingsforløp ligger rundt 30%.

Samlet er det stor spredning i klientgruppen, både når det gjelder alder, type og omfang av rusmisbruket, psykiske lidelser og sosial situasjon.

I 1998 var det 24 team som ble kalt «psykiatriske ungdomsteam», samt en del team og enkeltstillinger plassert innen voksenpsykiatrien forøvrig. Innplasseringen av ungdomsteamene i den enkelte fylkeskommunes organisasjon for helse- og sosialtjenester varierer mye.

*Oversikt over tilknytning og organisering av psykiatriske ungdomsteam og lignende funksjoner i fylkene*

Tilknytning	Organisering	Fylke (antall team)
Psykiatrisk helsetjeneste for voksne	Ett psykiatrisk ungdomsteam for hele fylket	Østfold, Vest-Agder, Sør-Trøndelag,
	Flere psykiatriske ungdomsteam i fylket	Akershus (3), Oslo (3), Hedmark (2), Buskerud (3), Rogaland (3), Hordaland (2), Nord-Trøndelag (2), Telemark (2).
	PUT-funksjonen lagt inn i rusteam uten øvre aldersgrense	Oppland (3), Vestfold (4), Møre og Romsdal (4)
	Egne PUT-stillinger knyttet til voksenpsykiatriske poliklinikker	Aust-Agder (2), Sogn og Fjordane (4), Nordland (4)
Rusklinikk		Hordaland (1)
Psykiatrisk helsetjeneste for barn og ungdom	Samisk ungdomsteam	Finnmark (1)
Kommunalt / fylkeskommunalt samarbeid	Sosialmedisinsk senter med ungdomskontakter	Troms

Det er til sammen ca. 200 fagstillinger i ungdomsteamene, medregnet team og enkeltstillinger som ikke er betegnet som "ungdomsteam" i strikt forstand.

Yrkesgruppene i teamene er psykologer (35%), sosionomer (29%), leger (10%), barnevernspedagoger (8%) og andre med ulik faglig bakgrunn (18%). Størrelsen på teamene er fra 3 til 12 ansatte. De ansatte gjennomfører gjennomsnittlig 1,5 klientkonsultasjoner per dag. Det er det samme som gjennomsnittet i voksenpsykiatriske poliklinikker.

Teamene gjennomfører vurderinger og utredninger av klientenes psykososiale status og rusmisbruk, og driver kriseintervensjon, psykoterapi og støtte- og rådgivningssamtaler; enten individuelt, i grupper eller med familier eller par. De driver også veiledning og undervisning overfor førstelinjetjenesten og andre, og deltar i ansvarsgrupper.

Et koordineringsutvalg for ungdomsteamene (KUP) arrangerer landskonferanser og driver et videreutdanningsprogram.

I kapitel 7 gjengis de viktigste resultatene fra intervjuundersøkelsen. Intervjuene ble foretatt i seks områder i landet, hvert sted med utgangspunkt i et psykiatrisk ungdomsteam. Totalt ble det foretatt 37 intervjuer. Informantene representerte voksenpsykiatriske poliklinikker, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker, psykiatriske ungdomsteam, skolehelsetjenesten i videregående skole, helsestasjon for ungdom, legetjenesten i kommunene, representanter for kommunenes sosialtjeneste og fylkeshelsesjefens kontor.

Informantene rapporterte generelt om økt bruk av rusmidler blant unge, og om økende rekrutteringen til misbruk av illegale stoffer. I alle områdene hadde informantene inntrykk av at rusmisbrukere hadde enkel tilgang til et bredt utvalg av illegale stoffer til rimelige priser.

Informantene fra behandlingsenhetene rapporterte om økt forekomst av psykiske lidelser blant rusmisbrukere. Problemene var mer sammensatte og ofte med alvorligere symptomer enn tidligere. Dette resulterte i hyppigere innleggelse. Informantene mente dette dels skyldes enklere tilgang til stoff som medførte hyppigere rusepisoder, dels kombinasjonen av stoffene som ble brukt.

Informantene var unisont enige om at det innen de fylkeskommunale behandlingstilbudene for rusmisbrukere manglet kapasitet og kompetanse til å utrede og behandle psykiske lidelser aktivt. Flere mente også at rusomsorgens holdninger til psykiske lidelser og medikamentell behandling medførte at klienter med eksempelvis angst og depresjon ikke får adekvat behandling.

Det ble problematisert at de fylkeskommunale tiltakene innen rusomsorgen har "rusmisbrukere" generelt som målgruppe, uavhengig av om det gjelder illegale eller legale rusmidler. Klienter med psykotiske tilstander lot seg vanskelig integrere i disse tiltakene, og generelt var oppfatningen at de behandlingsmetodene som ble brukt var lite egnet for klienter med alvorlige psykiske lidelser.

Flere av informantene fra de psykiatriske ungdomsteamene sa at de i økende grad hadde fokusert på "dobbeltdiagnoseproblematikken", og anslo at ca. 30% av deres klienter hadde en alvorlig psykisk lidelse i tillegg til rusmisbruket. Det ble også hevdet at det er en økning i gruppen unge med psykiske lidelser som en direkte følge av rusmisbruk.

De voksenpsykiatriske poliklinikkene hadde ulike holdninger til rusmisbruk hos klientene. Et økende antall klienter hadde rusmisbruk i tillegg til primærlidelsen. Disse ble til en viss grad behandlet i poliklinikkene (av egne "ungdoms-

teamstillinger" der hvor slike fantes) eller henvist videre til psykiatriske ungdomsteam. For øvrig mente noe at det var vanskelig å behandle klienter med omfattende rusproblemer i de voksenalderpsykiatriske poliklinikkene, fordi klientgruppen var ustabil og hadde en problematisk atferd. Finansieringsordningen og lange ventelister gjorde at disse klientene lett ble nedprioritert.

Informantene fra førstelinjetjenesten opplevde både mangel på akutt plasser innen psykiatrien og mangel på avrusingsplasser. De ga uttrykk for at kapasitetsmangelen innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste medførte at gruppen behandlingstrengende klienter med psykiske lidelser og alvorlige misbruksproblemer ble nedprioritert, og ikke fikk tilpassede behandlingstilbud.

Primærlegene etterlyste ekspertise innen spesialisthelsetjenesten som kunne bistå med veiledning i forhold til medisinsk behandling av rusmisbrukere med psykiske lidelser.

Informantene fra kommunene ga uttrykk for at de hadde behov for hjelp fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten til utredning og behandling av komplekse tilstander hos klientene. Spesielt gjaldt dette tilfeller hvor det var vanskelig å vurdere forholdet mellom psykiske lidelser og rusmisbruk. Behovet for hjelp til behandling og til å utarbeide tiltaksplaner økte i takt med alvoret i klientens psykiske problemer og i takt med graden av utagerende atferd.

Det ble etterlyst økt vilje og interesse for å behandle rusmisbrukere med psykiske lidelser, og øke kunnskaper om interaksjonen mellom psykiske lidelser og misbruk. Det ble etterlyst egne døgneheter med oppsøkende team for de dårligste dobbeltdiagnoseklientene, samt økt kapasitet i poliklinikker og døgnavdelinger generelt. Økt innsats innenfor forebygging og tidlig intervensjon ble også etterlyst. Tiltak som ble framhevet som særlig viktig for gruppen var en kombinasjon av tilpasset botilbud, sysselsettingstiltak, fritidstiltak og oppsøkende spesialisthelsetjeneste, i kombinasjon med begrensede innleggelses ved kriser eller ved behov for avlastning for familie eller omsorgspersoner.

Informantene var enstemmige i at regionale døgntiltak vil medføre at disse klientene mister kontakt med hjemmemiljø og nettverk. Avstandene ville vanskeliggjøre tett oppfølging. Det ble påpekt at «dobeltdiagnoseklienter» vil trenge behandling over lang tid, og at tilrettelagte tilbud i nærmiljøet vil redusere behov for døgnopphold. Det ble videre hevdet at de fleste dobbeltdiagnoseklientene hadde problemer og atferd som kunne ivaretas av de fylkeskommunale psykiatriske sykehusene, dersom tilbudene ble tilrettelagt. De som hadde behov for helt spesielle tiltak og som eventuelt burde behandles på regionalt nivå var særlig aggressive, fysisk utagerende og voldelige klienter. Utgangspunktet for at disse hadde behov for spesielle tiltak var verken deres psykiske lidelse eller misbruksproblemene, men den utagerende og voldelige atferden. Informantene mente dette gjaldt svært få klienter som i dag blir behandlet ved sikkerhetsavdelinger, og som fortsatt bør få tilbud ved disse.

Informantene fra kommunene mente det måtte bygges opp en egen avdeling innen fylkets spesialisthelsetjeneste for dobbeltdiagnoseklienter. Enheten burde ivareta avrusing, akutte kriseinnleggelses, utredning, behandling og oppfølging. Informantene fra spesialisthelsetjenesten var delt i spørsmålet om behovet for egne døgneheter for klienter med alvorlig rusmisbruk. Noen mente at slike klienter burde få behandling i psykiatriske avdelinger som primært er tilrettelagt for behandling av psykiske lidelser.

Alvorlig psykisk syke med vedvarende og alvorlig rusmisbruk ble av alle beskrevet som en svært ressurskrevende klientgruppe. Flere påpekte at det trengs ekstra ressurser og spesielt tilrettelagte metoder for å ivareta disse klientene. Informantene fra spesialisthelsetjenesten påpekte at det verken var tilstrekkelig kapasitet, kompetanse eller tilrettelagte behandlingstilbud for denne gruppen, og at det manglet virksomme behandlingsmetoder.

Når informantene ble bedt om å komme med sitt syn på de psykiatriske ungdomsteamene, kom det fram nokså ulike synspunkter. Mange problematiserte den øvre aldersgrensen på 30 år for teamene og ønsket at denne ble utvidet, mens andre var opptatt av at teamene ga for få tilbud til de yngste. Flere etterlyste en klarere spesialistprofil på teamene, og flere pekte på at manglende legedekning ved teamene gir begrensninger i mulighetene for medisinske vurderinger og medikamentell behandling, og manglende veiledning til allmennlegetene. Ellers ble det framhevet at ungdomsteamene er gode som samarbeidspartnere, og det ble påpekt at de i større grad enn spesialisthelsetjenesten forøvrig driver utadrettet virksomhet og samarbeider med førstelinjetjenesten. Spesielt ble det framhevet at de har god tilgjengelighet for de kommunale helse- og sosialtjenestene og for klienter og pårørende.

Informantene var samstemte i at voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien ikke har kapasitet og kompetanse til å overta ungdomsteamenes oppgaver. Mange ga uttrykk for at en kanalisering av ungdomsteamenes ressurser til voksenpsykiatrien for å gi bedre tilbud til rusmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser kan føre til at tilbud til øvrige misbrukere faller bort.

I kapitel 8 gis det en kort oppsummering av de problemstillingene som er behandlet, og det gis noen anbefalinger.

Selv om samarbeidspartnerne stort sett har vært fornøyd med ungdomsteamene, er det framkommet en del problemer med tjenestene slik de nå er organisert. Det er stilt kritiske spørsmål ved teamenes psykiatriske kompetanse, aldersavgrensningen har vist seg å være problematisk, og arbeidsmåtene fanger ikke i tilstrekkelig grad opp den delen av klientgruppen som har vansker med å nyttiggjøre seg tradisjonelle polikliniske kontorsamtaler.

I intervjuundersøkelsen kommer det tydelig fram at det er liten tillit til at voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien kan ivareta behovet for psykiatrisk utredning og behandling for rusmisbrukere med psykiske lidelser. På bakgrunn av de mangelfulle tilbudene som gis til unge rusmisbrukere i voksenpsykiatrien generelt, og særlig i barne- og ungdomspsykiatrien, er det svært lett å forstå den skepsis som uttrykkes til forslaget om å overføre kompetanse og ressurser fra ungdomsteamene til voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien.

På den annen side kan en reise spørsmål ved om ungdomsteamene som særtiltak for unge rusmisbrukere kan ha ført til at den øvrige voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien har sluppet å ta sitt ansvar for denne gruppen, og dermed har kunnet nedprioritere den.

Rusmisbrukere med psykiske lidelser er nå så vanlig at psykisk helsevern må ha flere typer tiltak for disse gruppene, hvorav noen må være lett tilgjengelige og desentraliserte. Samtidig må psykiatriens tilbud være tilstrekkelig spesialisert i forhold til tilbudene i kommunene og i rusmiddelomsorgen. Tilbudene innen psykisk helsevern må inneha slik spesialistkompetanse at de dekker de

behov som kommunene og rusmiddelomsorgen har for støtte, veiledning og samarbeid, og henvisning til utredning og behandling. Med bakgrunn i behovet for desentraliserte tjenester er det mer aktuelt å opprette enkeltstillinger med kompetanse på behandling av psykiske lidelser hos rusmisbrukere flere steder enn der hvor det er ungdomsteam i dag. Disse kan ikke fungere isolert, men må være en integrert del av et større psykiatrisk fagmiljø. Dette tilsier spesialstillinger ved DPS'ene som skal gi tilbud til rusmisbrukere med psykiske lidelser, som er faglig og organisatorisk integrert i DPS'ene.

For det andre er det behov for spesialiserte poster og team ved sentralsykehusene (se Kiellands rapport, Statens helsetilsyn IK-2727, for en nærmere beskrivelse av disse). For de psykiatriske ungdomsteamene ved sentralsykehusene vil det være naturlig å inngå sammen med disse i større organisatoriske enheter med bredere kompetanse innen fagfeltet rusmisbruk/psykiske lidelser.

For de voksenpsykiatriske tilbudene ved DPS'ene og sykehusene synes det naturlig å ha en øvre aldersgrense på 30 år for rusmisbrukere. Det bør være misbrukerens psykiske lidelser, problemer og behov som avgjør om han skal få et tilbud fra voksenpsykiatrien, og ikke om han er over eller under 30 år. Dette tilsier at ungdomsteamenes tilbud utvides til den samme aldersmålgruppen som gjelder for voksenpsykiatrien generelt, med andre ord at tilbudet ikke lenger avgrenses som et "ungdomstilbud".

Selv om aldersgrensen på 30 år oppheves, vil de spesialiserte psykiatriske tilbudene til rusmisbrukere i praksis fortsatt gi hovedtyngden av sine tilbud til unge voksne, da rusproblemer og spesielt misbruk av illegale stoffer er sterkt overrepresentert i denne aldersgruppen.

Også den nedre aldersgrensen ved ca. 15 år er problematisk. Argumentet for å opprettholde et særskilt organisert tilbud for ungdom ned til ca. 15 år utenfor barne- og ungdomspsykiatrien, er at barne- og ungdomspsykiatrien i svært liten grad gir tilbud til ungdom med rusproblemer. Men rusproblemer i denne aldersgruppen er nå svært utbredt og økende. Barne- og ungdomspsykiatrien er en tjeneste som er desentralisert utbygd, som i utgangspunktet skal yte tjenester til barn og ungdom med alle typer psykiske lidelser. På denne bakgrunn må barne- og ungdomspsykiatri ta sitt ansvar for ungdom med rusproblemer og psykiske lidelser. Det trengs imidlertid et særskilt program for å ruste opp barne- og ungdomspsykiatriens kompetanse på behandling av ungdom med rusproblemer, med særskilt vekt på behandlingsmetoder for de yngste misbrukerne.

Dagens situasjon krever samarbeid, samhandling og koordinering av ulike tilbud, og styrking av kompetansen innen fagfeltet psykiatri/rusmisbruk hos ansatte i en rekke forskjellige deltjenester. Arenaer for kompetanseoppbygging og kompetanseoverføring bør gjøres tilgjengelig for ansatte i spesialisthelsetjenesten, misbrukeromsorgen og de kommunale helse- og sosialtjenestene. Det er viktig med felles møtesteder for ansatte i ulike etater og tjenester, for å stimulere til debatt og fagutvikling på tvers av organisatoriske grenser.

På denne bakgrunn fremmes følgende generelle anbefalinger:

- 1) Voksenpsykiatriens kompetanse på behandling av rusmisbrukere med psykiske lidelser bør styrkes. Ungdomsteamene bør bli en integrert del av voksenpsykiatrien, både på DPS-nivå og på sentralsykehusnivå. Det bør bygges ut spesialiserte poster og polikliniske team ved sentralsykehusene for rusmisbrukere med psykiske lidelser, og opprettes spesialstillinger ved DPS'-

- ene. Ungdomsteamene bør inngå i disse og behandle rusmisbrukere med psykiske lidelser uten noen øvre aldersgrense.
- 2) Barne- og ungdomspsykiatrien bør få et klarere definert ansvar for ungdom med rusproblemer og psykiske lidelser. Det bør iverksettes et kompetanseoppbyggingsprogram for å styrke barne- og ungdomspsykiatriens muligheter til å yte tjenester til ungdom med rusproblemer.
  - 3) Koordineringsutvalget for de psykiatriske ungdomsteamene bør utvides til å bli et koordineringsutvalg for fagfolk som arbeider med rusrelatert psykiatri i ulike sammenhenger. Utvalget bør få som oppgave å arrangere faglige samlinger og kursvirksomhet og annen kompetanseoppbygging.



### **3 Endringer i tilbudene til unge rusmisbrukere**

#### **3.1 Fordeling av ansvar for ulike tjenester til rusmisbrukere**

I løpet av de siste tiår er behandling og omsorg for mennesker som misbruker rusmidler blitt lovfestet som et offentlig ansvar. Behandlings- og omsorgstilbudene omfatter både kommunale, fylkeskommunale, regionale, statlige og private tiltak. Kommunene har primæransvaret for helse- og sosialtjenestene til rusmisbrukere, mens fylkeskommunene har ansvaret for institusjoner og spesialisttjenester. Tjenestene kan være organisert etter Lov om sosiale tjenester eller være hjemlet i Lov om psykisk helsevern. Enkelte institusjoner er underlagt sykehusloven, og noen tiltak er en del av arbeidsmarkedsetatens tilbud. De psykiatriske ungdomsteamene er organisert som en del av psykisk helsevern, dvs. spesialisthelsetjenesten. Ungdomsteamene er finansiert over fylkeskommunenes budsjett, med delvis refusjon fra folketrygden.

Lovendringene de siste 15 årene har hatt til hensikt å skape mer helhetlige tilbud innen rusmiddelsektoren. Reformarbeidet innen rusmiddelomsorgen tok til med lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjonene m.v. som trådte i kraft i 1984. Gjennom denne lovendringen avviklet Staten sitt engasjement i driften av institusjoner innen alkoholistomsorgen. Mange av de private institusjonene ble inntatt i de fylkeskommunale helseplanene, enten med et fylkeskommunalt driftsansvar eller gjennom driftsavtaler.

I 1988 skrev Sosialdepartementet en planveileder hvor fylkeskommunene ble anbefalt å organisere tiltakene ut fra et aldersskille, og ikke som tidligere med basis i skillet mellom alkoholmisbruk og illegalt narkotikamisbruk. Dette ble begrunnet med at misbruksmønsteret endret seg ved at blandingsmisbruk ble mer vanlig, og at ungdom og unge voksne under 30 år på den ene siden og eldre rusmisbrukere på den andre siden trenger ulike tiltakskjeder med ulike metodiske tilnærminger.

I perioden 1988 – 1990 realiserte Sosialdepartementet en handlingsplan mot stoffmisbruk. Hensikten var å øke kapasiteten i institusjonene, og å sørge for et mer planmessig samarbeid mellom de ulike delene av tiltaksapparatet. I denne perioden ble de fleste institusjoner og kollektiver for stoffmisbrukere knyttet nærmere fylkeskommunene gjennom avtaler om fylkeskommunalt driftsansvar og andre formelle avtaleformer.

#### **3.2 Utviklingen av psykiatriske ungdomsteam**

Framveksten av de psykiatriske ungdomsteamene skjedde innen psykisk helsevern da de unge stoffmisbrukerne utfordret helsevesenet med sine lidelser og sin atferd. På flere psykiatriske sykehus ble det i begynnelsen av 70-tallet etablert tverrfaglige team, som skulle støtte opp under behandlingen av den nye pasientgruppen.

I 1971 ble det etablert et tverrfaglig psykiatrisk team ved daværende Nevergården (senere Sandviken) psykiatriske sykehus i Bergen. I 1974 ble det opprettet et tilsvarende team ved Gaustad sykehus i Oslo. Sosialdepartementet nedsatte i 1974 en arbeidsgruppe for å utrede behandlings- og rehabiliteringstiltak for rusmisbrukere, og samtidig ble det foretatt en undersøkelse av stoffmisbrukere som var innlagt i ulike institusjoner. Arbeidsgruppen konkluderte med at hjelpen til de nye misbrukerne var for tradisjonelt orientert innen psykisk helse-

vern. Den ønsket små utradisjonelle enheter knyttet til de psykiatriske sykehusene. Den la vekt på at det ikke skulle etableres en særomsorg for rusmisbrukere, men påpekte at det var behov for tverretattlig og tverrfaglig innsats. Behandlingen ved de psykiatriske sykehusene måtte styrkes, og disse måtte påvirkes til å møte denne gruppen behandlingstrengende klienter på en måte som var bedre tilpasset gruppens behov. Dette innebar at det måtte gis polikliniske behandlings- og rehabiliteringstilbud både innenfor og utenfor psykiatrien. På grunnlag av disse betraktningene ble det foreslått å opprette tverrfaglige team i alle fylkeskommuner, knyttet til de psykiatriske sykehusene.

I St.meld. nr. 66 (1975 - 76) om Narkotikapolitikken ble det foreslått å formalisere slike polikliniske team.

Fra 1978 begynte de psykiatriske ungdomsteamene å vokse fram. I stor grad etablerte de sin arbeidsform basert på erfaringer fra teamene i Bergen og Oslo. I 1983 fastsatte Helsedirektoratet «Rammebeskrivelse for de psykiatriske ungdomsteamene» (Sosialdepartementet 1983), som omhandlet målgruppe, arbeidsmåter, organisering og faglige ansvarsforhold for teamene. Per 1. juli 1986 var det etablert 24 ungdomsteam fordelt på 17 fylker. Disse arbeidet med til sammen ca. 2000 klienter per år. Dette og andre sentrale forhold ved ungdomsteamenes utvikling og status fram til 1988 utdypes i Odd Gunnar Heituns rapport om de psykiatriske ungdomsteamene (Heitun 1988).

Fra 1988 har teamene utviklet seg forskjellig, både med hensyn til målgrupper, arbeidsmetoder og organisasjonsmodeller.

I 1988 endret Sosialdepartementet finansieringssystemet for psykiatriske poliklinikker. Rammefinansieringen ble supplert med et refusjonssystem fra trygden for poliklinisk behandling. Fra 1991 ble de psykiatriske ungdomsteamene innlemmet i refusjonssystemet. Refusjonssystemet som var etablert for voksenpsykiatriske poliklinikker ble vurdert ikke å passe så godt for ungdomsteamene, da det var sterkt basert på krav til produksjon av samtaler. Derfor fikk ungdomsteamene samme finansieringssystem som de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. I dette systemet får hver enkelt stilling et høyere driftskudd sammenliknet med de voksenpsykiatriske poliklinikkene, slik at tilskuddet per samtaletime står for en mindre del av poliklinikkens refusjonsinntekter. Som i barne- og ungdomspsykiatrien kreves det heller ikke egenandel fra klientene. Refusjonssystemet forutsatte at teamene var organisert innen psykisk helsevern, og det ble satt krav til bemanning og ledelse i tråd med rammebeskrivelsen. Som følge av refusjonsordningen ble det krevd henvisning fra lege for inntak til teamene. Refusjonssystemet førte til en økning av stillinger i de psykiatriske ungdomsteamene og til opprettelse av noen nye team.

### **3.3 Ny lovgivning og endringer i misbrukeromsorgen**

Lov om sosiale tjenester som trådte i kraft i 1993 erstattet tre tidligere lover - lov om sosial omsorg, lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstusjonene og lov om edruskapsvern. At edruskapslovgivningen ble integrert i den generelle loven om sosiale tjenester satte punktum for særomsorgen for rusmisbrukere. Hovedansvaret for koordinering og tilrettelegging av hjelp for rusmisbrukere ble lagt til den kommunale sosialtjenesten. Ansvaret omfattet også forebyggende tiltak og tiltak i forhold til rusmisbrukeres familie og nettverk. Med hjemmel i Lov om sosiale tjenester fikk også den enkelte kommune adgang til å fremme krav om innleggelse i institusjon uten klientens samtykke. Den nye sosialloven påla kommunene ansvar for delfinansiering av institu-

sjonsopphold. Samarbeidet om finansieringen hadde til hensikt både å styrke samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og å markere det gjennomgående kommunale ansvaret for utredning, tidlig intervensjon, behandling og oppfølging. Den kommunale egenandelen var også ment å gi incitament til å styrke og velge kommunebaserte og polikliniske løsninger.

I dag er mange av de store alkoholistinstusjonene enten nedlagt eller modernisert. De eksisterende instusjonene framstår som viktige ledd i tiltakskjeder med kombinasjon av klinikkenheter, spesielle gruppetilbud og poliklinikker. Innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er de psykiatriske ungdomsteamene styrket. Noen fylker har etablert rusmiddelpoliklinikker parallelt med voksenpsykiatriske poliklinikker. I enkelte fylker er rusmiddelpoliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam samordnet. Men i hovedsak er tiltakskjedene fortsatt oppdelt i forhold til alder.

Parallelt med endringene i Lovverket og tilrettelegging av en enhetlig omsorg for rusmisbrukere, startet Sosialdepartementet et 5-årig prosjektsamarbeid med fylkeskommunene Nordland og Østfold. Prosjektets målsetning var å utvikle og bygge ut funksjonelle hjelpetiltak for rusmisbrukere så nært hjemmemiljøet som mulig, samt å skape kjeder av kommunale tiltak som skulle fange opp rusmisbrukeren så tidlig som mulig. I Nordland ble det knyttet rusrelaterte stillinger til de barne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske poliklinikkene, som et alternativ til egne ungdomsteam. I Østfold ble det etablert sosialmedisinske poliklinikker under Lov om sosiale tjenester, for å supplere de psykiatriske poliklinikkene og ungdomsteamene.

Med bakgrunn i St.meld. nr 69 (1991-92) ble det opprettet syv regionale kompetansesentre innen omsorgen for rusmisbrukere. Kompetansesentrene er organisert og finansiert i et samarbeid mellom flere fylkeskommuner. Hvert av kompetansesentrene har ansvar for ivaretagelse av spesielle funksjoner og målgrupper. Forskning, kompetanseheving og kompetansespredning er sentrale elementer i sentrenes virksomhet. Fem av sentrene ble lagt til store klinikkenheter som tidligere var alkoholistinstusjoner. Ett ble lagt til Rusmiddelavdelingen ved Sanderud psykiatriske sykehus i Hedmark. Dette senteret har ansvar for forskning og kompetanseheving når det gjelder samtidig forekomst av psykiske lidelser og rusmisbruk. Kompetansesenteret for Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal har ansvar for å innhente, utvikle og spre kunnskap om tiltak rettet mot målgruppen unge rusmisbrukere. Kompetansesenteret for Finnmark, Troms og Nordland har ansvar for å utvikle og spre kunnskap om metoder for å heve den kommunale kompetansen på forebygging og omsorg for rusmisbrukere. Kompetansesentrene driver kursvirksomhet rettet mot både kommunalt og fylkeskommunalt ansatte. Enkeltstående kurs og lengre opplæringsprogram pågår kontinuerlig. Kompetansesentrene har fått midler til stillinger som skal arbeide i forhold til kommunene for å øke kompetansen innen områdene forebygging og tidlig intervensjon, særlig overfor unge rusbrukere.

### **3.4 Legemiddelassistert rehabilitering av opiatmisbrukere**

Flere medikamenter som er syntetiske opiater brukes som hjelp ved rehabilitering av opiatavhengige. Metadon er hittil det mest brukte av disse. Stoffet har farmakologiske egenskaper som gjør at det delvis blokkerer kroppens opptak av andre opiater. Stoffet gir ved kontrollert bruk ikke rusopplevelse, men er likevel avhengighetsdannende. Sammen med andre rehabiliteringstiltak kan metadon bidra til å avholde misbrukeren fra rusmisbruk og stabilisere livssituasjonen.

Utviklingen i misbruksmiljøene på 80-tallet var preget av økning av antall sterkt forkomne heroinmisbrukere og flere dødsfall. På bakgrunn av denne utviklingen nedsatte Forskningsrådet en ekspertgruppe som anbefalte å starte et 3-årig forsøk med metadonassistert behandling, og Sosial- og helsedepartementet anmodet Oslo kommune om å iverksette et slikt forsøk. Forsøket ble gjennomført i årene 1994-97 og omfattet 50 hardt belastede heroinmisbrukere.

På bakgrunn av forsøket foreslo departementet i St meld nr 16 (1996-97) om narkotikapolitikken at metadonassistert rehabilitering skulle bli et landsdekkende tilbud. Stortinget sluttet seg til dette, og fra 1998 er det gradvis bygget opp slike tilbud.

Målgruppen for metadonassistert rehabilitering – senere endret til medikamentassistert behandling - er misbrukere med et langvarig opiatmisbruk der andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak ikke har ført til bedring av funksjonsevnen eller livssituasjonen. Inntakskriteriene fastsetter at klienten vanligvis skal være eldre enn 25 år, ha flere års vedvarende opiatmisbruk og ha gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang. Det skal også foreligge en tiltaksplan for helhetlig rehabilitering. Denne skal være forankret i den kommunale sosialtjenesten, med nødvendig bistand fra andre instanser. De psykiatriske ungdomsteamene er svært aktuelle i denne sammenheng.

Substitusjonsbehandling kan også være aktuelt for misbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Metadontiltaket i Oslo har utarbeidet egne inntakskriterier for disse. Det foreligger foreløpige, men lovende resultater omkring de første pasientene behandlet på denne måten i Oslo (Walby et al 2000).

Det er nå opprettet fire regionale sentra som samordner et landsdekkende tilbud om metadonassistert rehabilitering. Ved utgangen av 1999 var det kommet inn ca. 1200 søknader fra misbrukere om å få delta i ett av programmene, og ca. halvparten av disse var innvilget.

I tillegg til metadon er det aktuelt å benytte en metadonvariant med enda lengre halveringstid LAAM (L-alfa-acetyl-metadon), foruten buprenorfin (Temgesic, Subutex). Naltrexon er et annet aktuelt middel som blokkerer opiatreseptorer, men som til forskjell fra de øvrige ikke gir opiatvirkninger, og som dermed heller ikke kan misbrukes. Det har imidlertid vært vanskeligere å oppnå at klienter tar dette middelet over tid.

Formålet med bruk av opiatsubstitusjon i behandling av opiatavhengige er motivering til avvenning og annen behandling, sosial og yrkesmessig rehabilitering, reduksjon av risikoatferd som sprøytedeling, reduksjon av overdoser, kriminalitet og sosiale problemer, samt å oppnå bedret livskvalitet for nedslitte og syke rusmisbrukere. Dette forutsetter at den medikamentelle behandlingen går sammen med et omfattende rehabiliteringsprogram. Mulige gunstige virkninger av substitusjonsbehandling uten et slikt omfattende rehabiliteringsprogram er ikke godt dokumentert.

Det er et åpent spørsmål om behandling med metadon og annen substitusjonsbehandling vil medføre at flere klienter vil klare seg med færre tjenester fra psykisk helsevern. I intervjuene som refereres i kapittel 7 kom det fram at rusmisbrukere som har vært ukjent for behandlingsapparatet tidligere, nå tok kontakt for å få metadonbehandling. Muligens vil dette medføre at den psykiatriske spesialisthelsetjenesten kommer til å møte en gruppe klienter som ved hjelp av metadon blir mer stabile og dermed mer tilgjengelige for behandling.

## 4 Utviklingen i misbruksmønsteret og forekomst av psykiske lidelser blant misbrukere

### 4.1 Misbruksmønsteret

Utviklingen i misbruksmønsteret har betydning for hvordan ressursene i de psykiatriske ungdomsteamene bør anvendes. Derfor er noen momenter fra ulike nyere undersøkelser om utviklingen i misbruksmønsteret her samlet i en kort beskrivelse.

Det kan se ut som om utviklingen har endret seg i forhold til utgangspunktet for St. meld. nr. 16 (1996-97) og St. meld. nr. 25 (1996-97). Endringene består av en ytterligere liberalisering av holdningene blant unge til bruk av cannabis og til utforsking av rusmidler til "festbruk". Flere unge bruker illegale rusmidler som ecstasy, cannabis og amfetamin ofte kombinert med beroligende medikamenter. En ser tendenser til at karrierestigen blir brattere. Økningen i sprøytemisbruk ser ikke ut til å ha avtatt, og kombinasjonen av psykiske lidelser og alvorlig rusmisbruk øker. Det rapporteres om økt tilgang til et bredt utvalg av rusmidler.

Fortsatt er det høyere forbruk av illegale stoffer blant ungdom i byer enn på landsbygda. Det ser ut til å være en økning i bruk av illegale stoffer i mellomstore byer. Nyere forskning viser blant annet at ca. 18% av ungdom mellom 15 og 20 år har brukt hasj og/eller marihuana, og at ca. 3-4% av disse har brukt tyngre narkotiske stoffer (Skretting 1998). Andelen som blir avhengig av cannabis viser seg å være høy (10 - 50%), og den cannabisavhengige har større risiko for å få skader av røykingen. Også faren for å gå over til tyngre stoffer øker (Ramström 1997). Ca. 4.5% av dem som bruker cannabis, bruker dette hyppig. Disse har også et hyppig og høyt forbruk av andre legale og illegale rusmidler og viser ofte alvorlige atferdsproblemer med skulking, skolebråk, slåssing og kriminalitet. Ecstasy har kommet inn i ungdomsmiljøene de senere årene. Ungdom som fra før er vant til å bruke rusmidler, særlig hasj, utgjør rekrutteringsbasen for bruk av ecstasy. Ofte brukes ecstasy og amfetamin i kombinasjon med andre rusmidler. Unge brukere av både amfetamin og ecstasy kjennetegnes av psykisk og sosial mistilpassing. Av de som har brukt tyngre narkotiske stoffer kan ca. 46% karakteriseres som vanebrukere (Bakken 1998, Øia 1998). Det antas at det er et oppsving i rekruttering til bruk av rusmidler som inntas med sprøyter. I tillegg ser røyking og sniffing av heroin ut til å være et bruksmønster som sprer seg i Norge. Det er stor usikkerhet knyttet til overslag over antall personer som injiserer illegale stoffer, antallet antas å ligge mellom 7000 og 13000 personer (Pedersen 1998, Hauge og Østby 1998).

Tall fra politi og tollvesen gir inntrykk av at narkotikamarkedet er utvidet og desentralisert. Det fører til forholdsvis lett tilgang til et bredt utvalg illegale stoffer. Både antall personer som siktes for narkotikaforbrytelser og antall etterforskede narkotikaforbrytelser øker kraftig. Det samme gjelder antall og størrelse på narkotikabeslagene. Økning i dødsfall som skyldes overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall er også betydelig. Det ble i 1998 registrert 270 overdosedødsfall, hvorav ca. halvparten utenom Oslo (Grytten 1998).

Heroin og andre opiatere er ofte den direkte årsaken til overdosedødsfall, og heroin i kombinasjon med alkoholinntak øker faren for overdose betydelig. Nedsatt psykisk og fysisk helsetilstand er medvirkende faktorer til overdose-dødsfall (Welle Strand 1997).

## 4.2 Psykiske lidelser blant misbrukere

Kunnskapene om samtidig forekomst av rusmisbruk og psykiske lidelser, og om sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske lidelser, har økt betydelig i løpet av de senere årene. Det har siden første halvdel av 1980-årene vært gjennomført flere store epidemiologiske studier i den vestlige verden. Blant de mest kjente er de amerikanske The Epidemiologic Catchment Area (ECA) study (Regier et al 1990) og The National Comorbidity Survey (NCS-studien) (Kendler et al 1996). Studiene viser at psykiske forstyrrelser gjennomsnittlig er dobbelt så vanlig hos alkoholavhengige som hos personer uten rusmisbruk. Hos narkomane er forekomsten enda høyere. Blant personer med psykiske lidelser er forekomsten av alkoholavhengighet omtrent det dobbelte av hva den er i normalbefolkningen. Blant rusmisbrukere som er i institusjonsbehandling har mellom 50% og 80% også en psykisk lidelse. Blant pasienter i psykiatrien har 20% til 50% et rusproblem. I Stockholm fant man at blant 3500 sprøytemisbrukere hadde 40% alvorlig psykisk lidelse, og ca. 700 av disse hadde behov for tilpasset psykiatrisk behandling (Johnsen og Nygaard 1995).

Også i Norge har forskere og fagfolk lenge vært enige om at en stor andel rusmisbrukere har alvorlige psykiske lidelser, i tillegg til de problemene rusmisbruket i seg selv medfører, jfr. for eksempel Ravndal et al 1984. Undersøkelser viser også at en stor del (25%) av tidligere rusmisbrukere har like mye selvrapportert angst og depresjon som psykiatriske pasienter med angstnevroser og depressive tilstander. Unge med psykoser har ofte også et omfattende rusmisbruk. Dette understøttes av tall fra storbyer i USA og Tyskland, hvor det rapporteres at mer enn 50% av alle unge schizofrene er avhengige av rusmidler (Socialstyrelsen 1999). Det pågående TIPS-prosjektet (Tidlig Intervensjon ved Psykoser) som pågår i Norge (Oslo og Rogaland) har tydeliggjort underrapportering av samtidig forekomst av rusmisbruk og psykisk lidelse. Ut fra foreløpige tall fra prosjektet, ser det ut til at stort omfang og økning av denne kombinerte problematikken også gjør seg gjeldende her i landet.

For en mer omfattende beskrivelse og drøfting av omfanget av alvorlige psykiske lidelser og alvorlig rusmisbruk, henvises det til Kiellands rapport (Statens helsetilsyn 2000 IK-2727).

## **5 Behandling av psykiske lidelser hos rusmisbrukere**

### **5.1 Behov for utredning og differensiering**

Kombinasjonen av psykiske lidelser og rusmisbruk vil gjensidig påvirke og forsterke misbrukernes problemer og deres evne til egenomsorg. Misbruket svekker også den enkeltes evne og mulighet til å dra nytte av ulike behandlingstilbud. Hvilke behandlings- og omsorgstilbud misbrukeren trenger, vil være avhengig av type og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser og rusproblemer, av livssituasjonen og sosiale forhold med mer. Av denne grunn er det viktig med bred og tverrfaglig kartlegging av problemer og ressurser, som omfatter både medisinske, psykologiske og sosiale forhold.

Som et eksempel på at diagnostisk utredning er viktig, kan det nevnes at visse psykiske lidelser som alvorlige depresjoner og psykoser effektivt kan bedres med adekvat medikamentell behandling. Faren for tilbakefall kan reduseres. Klienter med høy grad av psykopatologi kan få tilstanden forverret eller utsikten til bedring svekket, dersom de plasseres i "vanlige rusbehandlingsinstitusjoner" (Johnsen og Nygaard 1995). Eksempelvis er behandlingsmetoder som vektlegger konfrontasjon og intensiv gruppebehandling, lite egnet for personer som er psykosenære. Økt vektlegging av psykiatrisk utredning før institusjonsopphold vil redusere faren for feilplassering og bedre muligheten for adekvat behandling. Når en klient har en alvorlig psykisk lidelse og i tillegg et alvorlig rusmisbruk, vil dette prege behandlingsforløpet og prognosen. Det er derfor viktig at personell som arbeider med psykisk syke klienter forstår omfanget av problemene. Dette kan bidra til å forebygge oppgitthet og opplevelse av å mislykkes, både hos behandler, pårørende og klient (Ravndal og Vaglum 1995, Waal og Duckert 1996).

### **5.2 Alvorlig psykisk lidelse og moderat til høyt rusmisbruk**

Slike klienter vil trenge individuelt tilrettelagte behandlingstilbud innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste som tar hensyn til rusmisbruket. Forskning tyder på at integrert behandling av psykiske lidelser, rusmisbruk og mer omsorgsorienterte tilbud gir best resultater. Innad i gruppen går det et vesentlig skille mellom de som har behov for mer omsorgsrettede og støttende tiltak og de som i større grad trenger grensesettende tiltak (se Kiellands rapport (Statens helsetilsyn IK-2727) for en nærmere beskrivelse av de to gruppene og deres behandlingsbehov). Begge grupper har ofte problemer med å komme seg til polikliniske avtaler ved egen hjelp. Polikliniske kontorkonsultasjoner synes dermed å være utilstrekkelig for denne gruppen. Et annet sentralt trekk er at klienter i denne gruppen trenger oppfølging over lang tid, og at behandlingen må sees i sammenheng med botilbud, sysselsetting og fritidstiltak. Behandling i sykehus må inkludere muligheter for avrusing, akutte innleggelser ved kriser, foruten planlagte innleggelser for å stabilisere medikasjon og ytre rammebetingelser. Etter utskrivning kreves langsiktig oppfølging, i nært samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenester. Oppsøkende virksomhet kan være nødvendig, særlig i perioder med sviktende motivasjon.

### **5.3 Moderat psykisk lidelse og moderat til høyt rusmisbruk**

Personer med moderate psykiske lidelser vil få sine problemer forverret dersom de samtidig har et omfattende rusmisbruk. De vil fungere dårligere psykisk og

---

blir mer sosialt ustabile enn den psykiske tilstanden isolert sett ville ha medført. I mange tilfeller uteblir klientene fra avtalte konsultasjoner og faller ut av igangsatte behandlingsopplegg.

I dag behandles denne gruppen både innen behandlingstilbud hjemlet i Lov om sosiale tjenester og i psykiatriske spesialisthelsetjenester. Det kan virke som det i en del tilfeller er mer tilfeldigheter og praktiske forhold enn faglige vurderinger som ligger bak valg av behandlingstilbud.

Den psykiske lidelsen og rusmisbruket må behandles samtidig. Vanligvis vil poliklinisk psykiatrisk utredning og behandling være tilstrekkelig, dersom misbrukeren har en noenlunde ordnet livssituasjon med bolig og sysselsetting. I perioder kan det være behov for opphold i institusjon med henblikk på å få utredet tilstanden og problemene uten ruspåvirkning, eller for å få kontroll på omfang og konsekvenser av rusmisbruket. Et gjensidig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og behandlingstiltak innen rusomsorgen vil i mange tilfeller være hensiktsmessig. Eksempelvis kan psykiatrisk spesialisthelsetjeneste bidra med poliklinisk utredning og behandling av den psykiatriske tilstanden, mens klienten er innlagt i rusomsorgen eller eventuelt i et ungdomshjem. I en del tilfeller kan korttidsorientert poliklinisk psykiatrisk behandling, eventuelt i repeterende sekvenser, være like nyttig som mer sammenhengende permanent behandling (Berg og Miller 1992) og bedre enn ingen behandling (Johnsen og Nygaard 1995). Grundig utredning og nært samarbeid mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og rusomsorgen er ofte nødvendig for å tilrettelegge en individuell tiltaksplan.

#### **5.4 Lettere psykiske lidelser og ulik grad av rusmisbruk**

For grupper som har lettere psykiske lidelser vil omfanget av rusmisbruket oftest være avgjørende for type behandling og utsiktene for å lykkes. De psykiske problemene vil oftest - men langt fra alltid - lette ved reduksjon av rusmisbruket. Hovedsakelig bør klienter med lite psykiske problemer få tilbud i kommunene, og ved behov for institusjonsopphold bør de innlegges i rusomsorgen (Johnsen og Nygaard 1995).

Det bør imidlertid sikres at de får en utredning som inkluderer kartlegging av psykisk tilstand og anbefaling om videre behandling og andre tiltak. Institusjonsbehandling av voksne i disse gruppene bør hovedsakelig bestå av medisinsk avrusning der det er nødvendig, behandling av ulik varighet i rusomsorgens døgninstitusjoner samt oppfølging fra kommunenes helse- og sosialtjenester med bistand fra spesialisthelsetjenesten ved behov.

#### **5.5 Unge rusmisbrukere med ukjent grad av psykiske lidelser**

De fleste unge rusmisbrukere reduserer eller slutter med illegalt rusmisbruk uten behandling (Johnsen og Nygaard 1995). Men fra gruppen unge misbrukere rekrutteres også de som senere utvikler et vedvarende og alvorlig misbruk. Mange av disse kommer sjelden i kontakt med de fylkeskommunale behandlingstiltakene før problemene blir omfattende og sammensatte. Utviklingen i misbruksmønsteret tyder på at gruppen unge rusmisbrukere øker i omfang, og at mange i denne gruppen også har psykiske lidelser.

Det kan være vanskelig å identifisere hjelpetrequende unge, motivere dem for å ta imot hjelp og oppnå en god behandlingsrelasjon. Grovt sett synes det å være



to grupper unge med rusmisbruk som trenger hjelp utover det kommunene kan tilby. Den ene gruppen er preget av sammensatte livsproblemer og asosial atferd. Denne gruppen kommer vanligvis sosialtjenesten og kriminalomsorgen i kontakt med. Den andre gruppen består av ungdom som tilsynelatende er ressurssterke, og som søker hjelp hos allmennlege, enten selv eller via foreldrene.

Få rusmisbrukere under 18 år får i dag psykiatrisk spesialistbehandling. Hovedsakelig ivaretas de innen barnevernet, i kollektiver eller ungdomshjem. Disse tiltakene bruker ofte metoder som konfrontasjon og gruppeterapi, og bærer ofte preg av et høyt aktivitetsnivå. Som tidligere nevnt er dette lite hensiktsmessig for en rekke «sårbare» personlighetstyper.

Samtidig behandling både av rusmisbruk og psykisk lidelse hos unge misbrukere er viktig for å kunne hindre eller redusere en negativ utvikling og bedre deres framtidsutsikter.

For unge stoffmisbrukere kan langtidsbehandling i institusjoner preget av omsorg og aktivisering, eksempelvis kollektiver, være hensiktsmessig dersom de følges tett opp etter utskrivning (Johnsen og Nygaard 1995). Valg av tilbud må sees i sammenheng med ungdommens totale livssituasjon og i forhold til hvilke lokale ressurser som kan aktiveres.

Tidlig identifikasjon av symptomer, rask intervensjon med god utredning og rask opprettelse av tilrettelagt behandling og omsorg, er viktig. Innsatser i tidlig fase gir vanligvis bedre effekt enn tiltak satt inn senere i sykdomsforløpet og misbruksutviklingen (Johnsen og Nygaard 1995). Individuelt tilpasset tidlig intervensjon krever samarbeid mellom kommunens helse- og sosialtjeneste, barnevern på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og behandlingstilbud for unge innen rusomsorgen.

## 6 De psykiatriske ungdomsteamene

I følge rammebeskrivelsen for de psykiatriske ungdomsteamene fra 1983 skulle teamene primært arbeide med ungdom og unge voksne i alderen fra ca. 15 år til ca. 30 år som misbruker rusmidler. Sekundært skulle de arbeide med ungdom som sto i fare for å utvikle et misbruk.

Rusmiddeldirektoratet innhenter årlig opplysninger fra tiltak som behandler rusmisbrukere. Opplysningene registreres i institusjonsdatabasen NIDaR. I forhold til denne utredningen har Helsetilsynet bedt om, og fått, opplysninger knyttet til de psykiatriske ungdomsteamene. Opplysningene er fra 1997, eventuelt fra 1996 for de som ikke besvarte direktoratets henvendelse for 1997. Totalt har 24 av de 28 registrerte ungdomsteamene gitt opplysninger til direktoratet. Etter en gjennomgang av materialet er det gjort et utvalg av opplysninger som kan bidra til å gi et bilde av ungdomsteamenes virksomhet. Opplysningene er supplert med informasjon fra gruppearbeidet på Landskonferansen for de psykiatriske ungdomsteamene i november 1998, årsrapporter og statistisk materiale fra en del av ungdomsteamene.

### 6.1 Brukerne

I det følgende beskrives de gruppene som bruker ungdomsteamenes tjenester. Beskrivelsen er primært basert på koordineringsutvalgets undersøkelse fra 1996. 23 ungdomsteam deltok i undersøkelsen, og 1727 brukere er inkludert. Undersøkelsen suppleres med opplysninger i årsrapporter fra enkelte team, og informasjon fra 1998-99 innhentet i forbindelse med denne utredningen og undersøkelsen av omfanget av dobbeltdiagnosepasienter (Statens helsetilsyn IK-2727).

#### 6.1.1 Kjønn og alder

Undersøkelsen fra 1996 viste at 40% av brukerne var kvinner. Årsrapporter fra 1997 og 1998 viste at andelen kvinner i enkelte områder var nær 45%. Spesielt hos yngre misbrukere var kvinneandelen høy. Dette kan skyldes at den vanlige overvekten av menn når det gjelder rusmisbruk er i ferd med å bli utvisket hos den siste generasjonen rusmisbrukere. Men det kan også bety at flere kvinner enn menn kommer ut av rusmisbruk relativt tidlig i karrièren.

På ungdomsteamenes landskonferanse i juni 1999 ble tall fra årsmeldingene for 1998 innhentet. Ni årsmeldinger hadde aldersinndelinger som gjorde sammenligning med undersøkelsen fra 1996 mulig:

Alder	PUT-undersøkelsen 1996	9 årsmeldinger 1998
	(n = 1727) %	(n = 1436) %
Inntil 18 år	2,5	5
18 - 21 år	17	25
22 - 25 år	27	28
26 - 29 år	25	28
30 og eldre	29	15

I oversikten fra 1998 er ingen av Osloteamene med, forøvrig virker utvalget representativt for landet. Ulikheten er stor mellom teamene. Således var 30% av klientene ved Ullevålsteamet under 24 år i 1998, mens tilsvarende andel ved PUT Asker og Bærum var 72%. Ingen av disse teamene var med i oversikten

ovenfor. Tendensene de siste årene går i retning av en tilstrømning av brukere i aldersgruppen 18 til 21 år, samtidig som det settes en tydeligere øvre aldersgrense for inntak ved 30 år. Osloteamene har imidlertid fortsatt en betydelig gruppe noe eldre brukere. Generelt synes det å være liten pågang av brukere i barnevernsalder, det vil si under 18 år.

### **6.1.2 Rusmisbruket**

Undersøkelsen fra 1996 viste at klientene til de psykiatriske ungdomsteamene som gruppe representerte alvorlige former for rusmisbruk. Misbruket vurderes som alvorlig både på bakgrunn av hvilke rusmidler som ble misbrukt, kombinasjonen av ulike stoffer, og hyppigheten av rusepisodene. De fleste brukerne hadde debutert med jevnlig rusmisbruk allerede som barn og unge ungdommer. De fleste hadde en lang karriere (i gjennomsnitt omkring 10 år) med jevnlig rusmisbruk før de kom til behandling i ungdomsteamene. Til tross for at klientene hadde vært unge da rusmisbruket startet, oppga bare halvparten at barnevernet var deres første kontakt innen behandlingsapparatet, mens ungdomsteamet var første kontakt for den andre halvparten.

En tredel brukte tre eller flere rusmidler. Mens behandlingen pågikk brukte over 60% ett eller flere rusmidler.

Kiellands kartleggingsundersøkelse viste at illegale rusmidler dominerte blant de klientene ved de psykiatriske ungdomsteamene som var registrert med dobbeltdiagnose. Som hovedrusmiddel brukte 24% opiat, 31% cannabis, 20% sentralstimulerende midler og 11% alkohol (ikke publiserte data).

Til sammenlikning var alkoholmisbruk dominerende blant dobbeltdiagnoseklienter i de psykiatriske poliklinikkene og utgjorde 54%, mens bare 4% av disse brukte opiat som hovedrusmiddel.

### **6.1.3 Psykiske lidelser**

I ungdomsteamsundersøkelsen (1996) ble det kartlagt at 94 klienter (7.5%) hadde organiske lidelser (inkludert ruspsykose), 41 klienter (3.4%) hadde schizofreni, paranoid psykose eller schizotyp lidelse, og 284 (23%) hadde affektive lidelser. 856 klienter (68%) hadde ulike former for personlighetsforstyrrelser. En stor svakhet ved denne registreringen var de grove kategoriene som ble anvendt, spesielt den manglende differensieringen i forhold til affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser.

Kartleggingsundersøkelsen til Kielland viste at det i klientpopulasjonen til ungdomsteamene var 15% med hoveddiagnose schizofreni eller schizofreniliggende psykoser, 3% bipolare lidelser, 16% depresjoner, 10% angstlidelser, 35% personlighetsforstyrrelser, 9% andre diagnoser og 13% med usikker diagnose (ikke publiserte data).

### **6.1.4 Frafall fra behandling**

Bortimot en tredel av alle klientavtalene til ungdomsteamene blir avlyst fordi klienten ikke møter opp. Andelen klienter som avslutter behandlingsopplegg uten at dette er planlagt, ligger rundt 30%. Andelen avlyste avtaler og andelen klienter som avslutter behandlingsopplegg uten at det har vært planlagt eller avtalt, har vært forholdsvis stabil. Ingen av teamene har systematisk vurdert hvilke klienter som faller ut av behandlingen.

Årsmeldinger for 1998 lagt fram på Landskonferansen 1999 viste følgende fordeling av samtalefrekvens:

Antall samtaler	Andel av klientgruppen %
1 - 3	38
4 - 10	33
11 - 20	18
Mer enn 20	11

Et team skrev i sin årsrapport fra 1998: «Antall behandlede klienter var 412. Konsultasjonene fordeler seg svært ujevnt på klientene. Halvparten av klientene hadde færre enn 5 konsultasjoner, 20% hadde mer enn 10 konsultasjoner, 6,5% hadde mer enn 20 konsultasjoner (gjennomsnitt 28) og disse brukte 25% av teamets samlede konsultasjoner. Tallene er bemerkelsesverdig stabile fra år til år.» (Årsmelding for PUT Ullevål 1998).

Ett team hadde lavere frafall enn de øvrige teamene, 20%. Dette teamet hadde i stor grad fokusert på arbeid med klienter med alvorlige psykiske lidelser og alvorlig rusmisbruk. I forhold til disse klientene drev teamet utstrakt bruk av ansvarsgruppearbeid og oppsøkende virksomhet i det miljøet klienten befant seg, eksempelvis i hjemmet eller i fengsel (Årsrapport for PUT Telemark, 1998).

Et interessant trekk ved frafallet i behandlingen er kjønnsforskjellen. «Det gjennomsnittlige antall konsultasjoner for kvinner ligger 35% over tilsvarende tall for menn. Dette i tillegg til at det er en atskillig større andel kvinner som behandles av ungdomsteamene enn innen behandlingstiltak innen rusomsorgen kan tyde på at poliklinisk behandling som tilbyr en relasjon over tid, er nyttig for kvinnelige klienter». (Årsmelding for PUT Ullevål 1998 og Taksdal 1994).

Spørsmålet om frafall fra behandling ble diskutert under gruppearbeidet på ungdomsteamenes landskonferanse på Geilo i november 1998. Behandlerne ga uttrykk for at den store andelen klienter som unnlot å møte til avtalte konsultasjoner eller som falt ut av behandlingsopplegg var problematisk både av hensyn til den begrensede kapasiteten og av hensyn til behandlingen av den enkelte. Det å få etablert en behandlingsrelasjon til særlig de yngste klientene ble beskrevet som en møysommelig prosess. Mange hadde korte «bli kjent perioder» over lang tid, noen ganger i flere år, før det var etablert en noenlunde stabil relasjon. Kombinasjonen av det å være ung, ha alvorlige rusproblemer og være psykisk ustabil førte til at klientene ofte var impulsstyrte og ikke klarte å planlegge og velge fornuftig. Klienter med høy grad av psykisk lidelse i kombinasjon med alvorlig rusmisbruk var en gruppe som ofte falt ut av behandlingen. Behandlerne mente frafallsprosenten var høyest tidlig i en behandlingsperiode.

Ved uteblivelse fra behandling var vanlig prosedyre at klienten ble tilskrevet med et hyggelig brev, som inkluderte avtale om ny time. I en del tilfeller ble henvisende instans kontaktet, eventuelt koordinator for klientens ansvarsgruppe.

### 6.1.5 Tidligere kontakt med hjelpesystemet

Blant de som kom til behandling i ungdomsteamene hadde de færreste hatt kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien. Ca. halvparten, hovedsakelig de med sammensatte psykososiale problemer, var kjent av barnevernet. Den andre halvparten hadde ikke tidligere hatt kontakt med hjelpesystemet. De «eldre klientene» hadde ofte hatt et eller flere opphold innen rusomsorgens tiltak. Flere

med alvorlig psykisk lidelse hadde hatt flere behandlingsopphold innen psykisk helsevern. Mange hadde i ulike perioder vært i rusomsorgens døgninstitusjoner og i psykiatrisk døgnbehandling. (Ungdomsteamsundersøkelsen 1996, opplysninger fra årsrapporter).

### **6.1.6 Noen konklusjoner omkring målgruppen**

Teamenes målgruppe har hatt samme avgrensing siden 1981. Siden da har misbruksmønsteret, misbrukerpopulasjonen, lovverket og hjelpesystemene endret seg. I praksis spenner ungdomsteamenes klientgruppe fra ungdom til godt voksne, og fra klienter som i hovedsak har problemer med rusmisbruk, men uten så alvorlige psykiske problemer, til alvorlig psykisk syke med høy grad av rusavhengighet. Ungdomsteamenes aldersmålgruppe inkluderer aldersmålgrupper som ellers hører til i både ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Klientpopulasjonens forhold til rusmidler varierer fra skadelig bruk til høy grad av avhengighet. Når det gjelder rusmisbruket beveger teamene seg fra førstelinjens ansvar for forebygging til rusomsorgens ansvar for behandling av rusavhengighet. Psykiske problemer hos ungdomsteamenes klienter kan variere fra helt lette til svært alvorlige psykiske lidelser.

Forskjellene mellom teamene når det gjelder målgruppe og arbeidsformer har medført at teamene i praksis har representert ulike behandlingstilbud og ulik grad av tilknytning til den øvrige psykiatrien. Mange, også innen teamene, betrakter teamene som et av rusomsorgens behandlingstiltak. Dette synet gjenspeiles i flere av de fylkeskommunale planene, hvor ungdomsteamene inngår i rusplanene, ikke i psykiatriplanene. Dette gjelder til tross for at den formelle forankringen til psykiatrien er tydelig i rammebeskrivelsen og er stadfestet i takstsystemet. Fra statlige myndigheter er det klart at teamene skal representere behandlingstilbud innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Det som kjennetegner gruppen som ungdomsteamene i praksis gir tilbud til er:

- Høy andel med illegalt og alvorlig rusmisbruk
- Aldersmessig er noen få prosent under 18 år (ca. 3-5 %), mens en forholdsvis høy andel er over 30 år (15-30 %). Den høye andelen over 30 år trekkes opp av teamene i Oslo, og andelen over 30 år har vært synkende de siste årene.
- Flest med personlighetsforstyrrelser og moderate psykiske lidelser, men noen med psykoser, sannsynligvis også en del med lite psykiske problemer utover selve misbruket.

Stabiliteten i klientenes aldersfordeling kan være et uttrykk for at mange av klientene først tar kontakt med hjelpeapparatet i voksen alder. Dette kan bety at metodene for å fange opp yngre misbrukere ikke er gode nok. Samtidig tyder mye på at misbrukere over 30 år i flere fylker mangler tilrettelagte psykiatriske behandlingstilbud.

## **6.2 Teamenes tilknytning og produktivitet**

Teamene skal representere en spesiell kompetanse i forhold til målgruppen, og fortrinnsvis være knyttet til en voksenpsykiatrisk institusjon med sengeplasser.

I 1998 var det 24 team som ble benevnt «Psykiatrisk ungdomsteam», samt en del team og enkeltstillinger plassert innen voksenpsykiatrien forøvrig. Innplasseringen av ungdomsteamene i den enkelte fylkeskommunes organisasjon for helse- og sosialtjenester varierer mye. I det følgende gis en oversikt over organisasjonsmodeller og størrelse på teamene i fylkene:

### 6.2.1 Ungdomsteamenes lokalisering, bemanning og tilknytning.

Selv om de fleste fylkene har ungdomsteam eller stillinger som ivaretar ungdomsteamenes funksjon, har de ulik tilknytning til psykiatrien. Tabellen nedenfor gir en oversikt over teamene, antall stillinger - både fagstillinger og administrative stillinger – samt deres organisatoriske tilknytning.

Forkortelser:

PUT = psykiatrisk ungdomsteam

VOP = voksenpsykiatrisk poliklinikk

BUP = barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

DPS = distriktpsikiatrisk senter

Fylke	Lokalisering	Antall stillinger		Tilknytning
		Fag	Adm.	
Østfold	Fredrikstad	5		PUT Østfold er en del av seksjon for rusmisbrukere ved intermedieæravdelingen i det psykiatriske sykehuset.
Akershus	Follo	5	1	PUT Follo er et poliklinisk team ved avdeling for voksenpsykiatri ved Folloklinikken. PUT Lillestrøm er et poliklinisk team ved Lillestrømklinikken (utenfor VOP), og dekker hele Romerike. PUT Asker og Bærum er et poliklinisk team ved Asker- og Bærumklinikken (utenfor VOP).
	Lillestrøm	6	1	
	Asker og Bærum	7	2	
Oslo	Gaustad	10	2	PUT Gaustad er eget avdelingsoverlege avsnitt ved sykehuset PUT Ullevål er en enhet under Avdeling for psykiatrisk dagbehandling og polikliniske tjenester. PUT Lovisenberg er en enhet under Tøyen DPS.
	Ullevål	9	1	
	Lovisenberg	7	1	
Hedmark	Kongsvinger	6	1	Teamene er organisert under Rusmiddelavdelingen på Sanderud psykiatriske sykehus. Én stilling anvendes til poliklinisk behandling ved ungdomspsykiatrisk klinikk i Elverum.
	Hamar	6	0,5	
	Elverum	1		
Oppland	Reinsvoll	6	1	PUT-stillinger integrerte i ruspoliklinikker, organisert som en del av VOP.
	Lillehammer	4	1	
	Gjøvik	6	1	
Buskerud	Drammen	5	1	PUT Hønefoss og Kongsberg er autonome team under VOP. PUT Drammen er en del av Drammen DPS.
	Hønefoss	3	1	
	Kongsberg	3	1	
Vestfold	Tønsberg	4	0,5	Ruspoliklinikker med integrerte PUT-stillinger er desentralisert til DPS'ene. Tallet for stillinger gjelder hele ruspoliklinikken hvert sted, 2-3 av stillingene hvert sted er PUT-stillinger.
	Holmestrand	3,5		
	Sandefjord	6		
	Larvik	5,5	1	
Telemark	Skien	6	1	PUT Skien er en enhet innen Voksenpsykiatrisk distriktsavdeling. PUT-stillingene på Notodden er en del av VOP
	Notodden	2		

## Utredningsserien 11:2000

Fylke	Lokalisering	Antall stillinger		Tilknytning
		Fag	Adm.	
Aust-Agder	Arendal			Det er to voksenpsykiatriske poliklinikker med integrerte PUT-stillinger, dvs. at 2 av 9 stillinger har særskilt ansvar for rusrelatert psykiatri.
Vest-Agder	Kristiansand	4		Ruspoliklinikk under Lov om psykisk helsevern med integrerte PUT-stillinger.
Rogaland	Sandnes Haugesund Stavanger	6 3 7	1 1	PUT Sandnes og Stavanger er en del av avd. for rusrelatert psykiatri ved Rogaland psyk. sjukehus. PUT Haugesund har felles seksjonsoverlege med voksenpsykiatrisk poliklinikk, men er et selvstendig team med egen teamleder.
Hordaland	Sandviken Haukeland Bergensklinikkene	5 4 4	1 1 0	PUT Sandviken er autonomt team med egen overlege. PUT Haukeland er en enhet under Solheimsviken DPS. PUT Bergensklinikkene er en del av stiftelsens poliklinikk, dvs at den er utenfor psykisk helsevern.
Sogn og Fjordane	Førde Florø Nordfjordeid Sogndal	2 1 1 1		Rusmiddelkonsulenter knyttet til VOP.
Møre og Romsdal	Ålesund Molde Kristiansund Volda	6 5 3	1 0 0	Rusteam med integrerte PUT-stillinger. Teamene er en del av psykiatrisk poliklinikk hvert sted.
Sør-Trøndelag	Trondheim	8		PUT er eget avdelingsoverlegeavsnitt under Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus.
Nord-Trøndelag	Namsos	4 5	1 1	PUT-stillingene i Namsos er en del av voksenrusteamet ved VOP. Teamet i Levanger er en autonom enhet innen poliklinisk seksjon ved Innherred sykehus.
Nordland	Gravdal i Lofoten Vesterålen Mo i Rana Mosjøen Sandnessjøen	2 3		PUT-stillingene er integrert i BUP og VOP Hvert sted er det fra 1-3 stillinger
Troms				Fylket har verken rusteam eller ungdomsteam. Utekontaktene har, ved et samarbeid mellom kommune og fylkeskommune, fått integrert PUT-stillinger
Finnmark	Karasjok (4) (2)	4	2	Samisk ungdomspsykiatrisk team. Faglig autonomt team med egen leder. Felles overlege og kontorfellesskap med BUP.

I de senere årene har flere fylker utviklet ulike modeller for organisering, personellsammensetning, målgrupper og arbeidsmetodikk. Geografiske, demografiske og økonomiske forhold ligger til grunn for den enkelte fylkeskommunes valg av organisasjonsmønster.

De senere årenes politikk med sikte på å oppnå desentralisering av de psykiatriske tjenestetilbudene, samt endringen i refusjonssystemet i 1991, har ført til opprettelse av nye team samt utvidelse av eksisterende team. Noen fylker har valgt å spre stillinger fra de tidligere psykiatriske ungdomsteamene til voksenpsykiatriske poliklinikker og distriktskykiatriske sentre.

En del fylker har integrert ungdomsteamsstillingene i «rusteam» eller «ruspoliklinikker». Slike rusteam/ruspoliklinikker inkluderer dermed «ungdomsteamsstillinger» som arbeider med aldersgruppen 15 til 30 år foruten andre stillinger som er rettet mot aldersgruppen over 30 år.

Andre fylker har organisert de psykiatriske ungdomsteamene sammen med voksenpsykiatriske poliklinikker eller barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, slik at disse har felles administrativ og faglig ledelse. Noen team har faglig autonomi, men er under felles administrativ ledelse med andre psykiatriske polikliniske behandlingstiltak. Ett fylke (Troms) har integrert stillingshjemlene til poliklinisk rusbehandling i utekontaktens virksomhet på førstelinjenivå. Et annet (Hordaland) har lagt ett av tre team til en stiftelse som er en behandlingstjenestusjon hjemlet i lov om sosiale tjenester. Noen fylker har ruspoliklinikker eller sosialmedisinske poliklinikker under Lov om sosiale tjenester. Disse poliklinikkene har en bemanning som ligner ungdomsteamenes og behandler hovedsakelig klienter over 30 år.

### **6.2.2 Sammensetning av teamene**

I utgangspunktet skulle grunnstammen i et ungdomsteam være psykolog, lege og sosionom. Andre aktuelle faggrupper kunne være barnevernspedagoger, spesialsykepleiere, samfunnsvitere og pedagoger.

I 1998 hadde de minste teamene 3 ansatte, de største 12. Gjennomsnittet var 6 ansatte. Av de ansatte i teamene var 14 leger/psykiatere, 51 psykologer, 43 sosionomer, 12 barnevernspedagoger mens 27 hadde annen yrkesfaglig bakgrunn, blant annet psykiatriske sykepleiere og pedagoger. 11 av teamene opplyste at de ikke hadde lege ansatt i teamet. Alle teamene oppga at de hadde en eller flere psykologer.

Mange av de som arbeider i teamene har vært ansatt siden teamene ble etablert. Mange av teamene har en stabil «kjerne» av personale som har arbeidet der i mange år. Årlige fagseminarer og samlinger i regi av koordineringsutvalget antas å ha bidratt til en «teamfølelse», som igjen har bidratt til fagutvikling, erfaringsutveksling og samhold.

De enkelte teamenes faglige tyngde og størrelse har hatt betydning for hvilken grad og type av psykiatrisk sykелighet teamet har arbeidet med. Jo høyere fagkompetanse i et team, jo større andel av klientene har en alvorlig psykisk lidelse. Store team er naturlig nok mer sammensatte med hensyn til fagkategorier, og de har ofte hatt høyere psykiatrisk fagkompetanse enn mindre team.

### **6.2.3 Produktivitet**

I team som behandlet fra 150 klienter og mer, var det forholdsvis likt antall behandlede klienter per behandler. Det synes også som om antall klienter som



ble behandlet økte med størrelsen på teamene. Det ser ut til det var en øvre grense på ca. 35 klienter per behandler per år.

Antall konsultasjoner per klient varierte sterkt slik det er vist i kapittel 6.1.4, hovedsakelig fordi frafallet var stort. Bare et fåtall av pasientene hadde lengre sammenhengende behandlingsforløp.

I ungdomsteamene hadde hver behandler gjennomsnittlig avtalt ca. 2,2 konsultasjoner per dag. Ca. 30% av konsultasjonene ble ikke gjennomført fordi klienten ikke møtte fram. Dette innebærer at behandlerne gjennomsnittlig hadde ca. 1,5 konsultasjoner per arbeidsdag. En noenlunde tilsvarende beregning av kapasitetsutnyttelsen innen voksenpsykiatrien foretatt i 1995 viste også 1,5 konsultasjoner per dagsverk (St.meld. nr. 25).

Dette er interessant tatt i betraktning at ungdomsteamene har en finansieringsordning som teoretisk legger til rette for et lavere antall konsultasjoner enn finansieringsordningen til de voksenpsykiatriske poliklinikkene. Finansieringsordningen ble tilrettelagt slik for at teamene i større grad skulle kunne arbeide utadrettet.

Teamene har forøvrig vanligvis ikke konsultasjonstimer på 45 minutter som standard, men forsøker å tilpasse konsultasjonstiden til den enkeltes behov.

### **6.3 Arbeidsformer**

Lov om sosiale tjenester førte til at ansvarsfordelingen mellom kommunene og fylkeskommunene ble klarere definert. En del oppgaver som ungdomsteamene tidligere hadde påtatt seg, eksempelvis forebyggende virksomhet, ble nå definert som kommunenes ansvar. Siden da har teamene generelt fått mer preg av å være en del av spesialisthelsetjenesten. I dag er teamene mer differensierte mht arbeidsformer og metodikk enn tidligere. Dette skyldes både påvirkning av ulike fagmiljøer, geografiske forhold og en generell utvikling av mer differensierte og mindre ideologisk styrte behandlingstilbud. Teamene forholder seg likevel stort sett til forskrift for rammebeskrivelse av de tverrfaglige psykiatriske ungdomsteamene fra 1983. Ansatte i teamene bruker fem stikkord for å karakterisere ungdomsteamenes behandlingssideologi:

- Tid (langtidsperspektiv i behandlingen)
- Tilgjengelighet (lite byråkrati, nærhet til brukerne)
- Tverrfaglighet
- Tverretatlig samarbeid
- Frivillighet

Kontorkonsultasjoner med den enkelte klient utgjør hovedtyngden av arbeidsformen til de psykiatriske ungdomsteamene. Team som har fokusert på yngre klienter har i større grad enn andre vektlagt familiearbeid, og team som arbeider med klienter med høy grad av psykisk lidelse har i større utstrekning benyttet en oppsøkende arbeidsform. Deltagelse i ansvarsgrupper har også blitt en mer utbredt metode for å strukturere og fange opp klienter som har et stort hjelpebehov som involverer mange ulike instanser.

Den følgende beskrivelsen av arbeidsformene til de psykiatriske ungdomsteamene er basert på årsrapportene fra teamene, samt enkelte resultater fra intervjuundersøkelsen som er beskrevet i kapittel 7.

### 6.3.1 Utredninger

Det er noe ulikt hvilke typer utredninger de enkelte teamene kan utføre. Dette har sammenheng med den ulike fagkompetansen. De fleste team utreder type og omfang av rusproblemer, psykisk tilstand, nettverk og ressurser, samt nevro-psykologiske forhold. Omtrent halvparten av teamene utreder yrkesmessige evner, og noe færre utreder læringsevne. Bare et mindretall av teamene utreder somatisk tilstand og omsorgsevne i familien.

En utredning i ungdomsteam baserer seg på klinisk intervju. Noen av teamene bruker Rusmiddeldirektoratets klientkartleggingsverktøy «basisskjema», men andre kartleggings skjemaer, tester og diagnostiske verktøy brukes også.

### 6.3.2 Behandlingsmetoder

Alle team driver kriseintervensjon og har tilbud om individualterapi og støtte- og rådgivningssamtaler. Tradisjonelle psykoterapeutiske metoder er i økende grad supplert med endrings- og løsningsfokuserede metoder og ressursorienterte teknikker. 2/3 av teamene gir tilbud om medikamentell behandling, og dette er noe høyere enn det antall team som har tilsatt lege eller psykiater. Team som ikke har lege selv, nytter andre leger for å følge opp den medikamentelle behandlingen. Medikamenter som gis av leger som ikke er en del av klientenes behandlingsnettverk kan utgjøre et problem i forhold til gjensidig kommunikasjon og samkjørt behandling.

Bruk av psykofarmaka for behandling av psykiske lidelser er velkjent, men for rusmisbrukere har slik behandling ofte vært ansett som kontraindisert. I de senere årene har en rekke klinikere og forskere fokusert på det store omfanget av psykiske lidelser blant rusmisbrukere, og framhevet at behandling med psykofarmaka bør vurderes og anvendes i større utstrekning. Undersøkelser tyder på at ubehandlet depresjon øker risikoen for frafall fra behandling og tilbakefall til rusmisbruk. Flere undersøkelser av bruk av antidepressiva viser at disse kan være virkningsfulle i behandling av primær depresjon hos rusmisbrukere (Ravndal 1995). Bruken av psykofarmaka i behandling kan også redusere faren for tilbakefall, dersom rusmisbruket har vært en form for selvmedisinering (Størksen 1997). Hos klienter med schizofreni og affektive lidelser vil langvarig medikamentell behandling ofte være nødvendig for å oppnå positive resultater og unngå tilbakefall.

Medikamentell behandling av rusmisbrukere med psykiske lidelser kan være komplisert. Interaksjon mellom rusmidler og medikamenter kan være uforutsigbar, mange rusmisbrukere klarer ikke - eller vil ikke - bruke medikamentene riktig, mange har liten tålmodighet til å vente på effekten, og mange slutter selv med medikamentene av ulike årsaker. Dette gir begrensninger ved bruk av psykofarmaka i poliklinisk praksis for denne gruppen. Vellykket medikamentell behandling krever tett oppfølging og struktur.

### 6.3.3 Familiearbeid

Tidlig intervensjon, dvs. å komme til med tiltak så tidlig som mulig i startfasen av et rusmisbruk, har flere fordeler. Først og fremst kan personlige lidelser reduseres både for klienten og familien. Det synes også å være lettere og mindre ressurskrevende å få til positive atferdsendringer. Dette medfører at det på sikt er ressursbesparende for samfunnet.

Når rusmisbruket har vart i kortere tid, er det utviklet færre sekundærproblemer som mangelfull skolegang eller manglende arbeidserfaring, osv. Ungdommenes egne holdninger kan også være mindre fastlåste. Den unge har oftest flere res-

surser intakt knyttet til skolemiljø, venner som ikke misbruker rusmidler, osv. Og ikke minst har familien ofte flere «friske krefter» og pågangsmot når problemet er forholdsvis nytt. Nesten alle som har kommet til ungdomsteamene har hatt støtte fra en eller flere nære familiemedlemmer, og familien har ofte satset mye ressurser og energi på å hjelpe den unge. Tradisjonelt har det innen ungdomsteamene vært en klientsentrert holdning, mens en har tenkt mindre på familien. Generelt har det også vært en tendens til at behandlingstiltakene i liten grad har sett og brukt foreldre og familie som ressurs. Imidlertid har flere team i de senere årene arbeidet aktivt for å ta i bruk familieterapeutiske metoder.

Familieorientert behandling synes å gi bedre resultater enn behandlingsopplegg som ikke trekker inn familien (Johnsen og Nygaard 1995).

#### **6.3.4 Veiledningsgrupper**

Flere av ungdomsteamene har i flere år drevet veiledning med formål å styrke samarbeidspartneres kunnskaper om rusmisbruk og øke deres kompetanse i å behandle personer med rusmiddelproblemer. Et annet formål har vært å gi informasjon om ungdomsteamene, slik at samarbeidspartnere kan benytte behandlingstilbudet på en mest mulig hensiktsmessig måte og til rett tid.

Veiledningsgruppene brukes til å dele erfaringer og dilemmaer i arbeidet med personer med rusmiddelproblemer. Gruppene er vanligvis tidsbegrensede.

Målgruppen er fagpersonell som møter unge rusmisbrukere i det geografiske området som ungdomsteamet dekker. Disse er også naturlige samarbeidspartnere for ungdomsteamet i enkeltsaker. Det gjelder helsesøstere som arbeider med ungdom, leger, psykologer og sykepleiere innen spesialisthelsetjenesten, ansatte i kommunale rustjenester, og rådgivere, sosiallærere og spesialpedagoger i ungdomsskolen og videregående skole (Førland 1999).

#### **6.3.5 Ansvarsgrupper**

Bruk av ansvarsgruppe innebærer et strukturert, formalisert og forpliktende samarbeid mellom dem som har ansvar for de ulike delene av tilbudene. Ansvarsgrupper er i økende grad tatt i bruk i forbindelse med behandling og rehabilitering av klienter med omfattende og alvorlig rusmisbruk. Sammensetningen av en ansvarsgruppe avgjøres ut fra den enkelte klients behov for behandling, omsorg og støttetiltak. Individuelle tilpasninger vektlegges. I mange tilfeller forsøkes det å få klienten selv til å være aktiv deltaker i egen ansvarsgruppe.

Det har vært en tendens til at ungdomsteamene har vært pådrivere for å etablere, organisere og drive ansvarsgruppene. Med bakgrunn i gjeldende lovverk, bør ansvaret forankres i kommunene. Spesialisthelsetjenesten bør bidra med sin spesifikke kompetanse ut fra de tiltak som skisseres i den enkelte klients individuelle tiltaksplan. Spesialisthelsetjenestens ansvar er å bidra med utredning og behandling av enkeltklienter med behov for psykiatrisk spesialistkompetanse, samt å rådgi og veilede kommunene når det gjelder å tilrettelegge tiltaksplanene.

#### **6.3.6 Kontinuerlige behandlingsteam**

En rekke klienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk har ikke klart å nyttegjøre seg de eksisterende behandlingstilbudene. Ungdomsteamene har til en viss grad arbeidet med klienter innenfor denne kategorien. Erfaringer fra arbeidet med disse klientene tilsier at de trenger tettere oppfølging fra psykia-

trisk spesialisthelsetjeneste enn det de i dag får. Mange av ungdomsteamene mangler kapasitet, kompetanse og tilrettelagte arbeidsmetoder for å kunne møte denne gruppens behandlingsbehov.

Det foreligger nå planer om et utviklingsprosjekt tilknyttet distriktpsikiatrisk senter på Tøyen i Oslo. Formålet er å utvikle arbeidsmåter som kan være hensiktsmessige for å få bedre og mer samordnede behandlings- og omsorgstilbud til denne klientgruppen. Prosjektet har tatt utgangspunkt i «New Hampshire-modellen» fra USA (Drake 1996). Modellen er tilpasset norske forhold, og baserer seg på at det opprettes et eget team knyttet til voksenalterpsykiatrisk poliklinikk. Teamet bygges opp som en tverrfaglig sammensatt enhet, som samlet sett har høy kompetanse på behandling av samtidig forekomst av psykiske lidelser og rusmisbruk. Teamet skal også benytte misbrukere som har sluttet å misbruke rusmidler. De ansatte vil være tilgjengelige også på kveldstid og i helgene.

Modellen legger vekt på høy grad av tilgjengelighet og intenst arbeid med en tallmessig begrenset gruppe. Pasientene oppsøkes der de befinner seg (ute, i fengsel, på sykehus, i hjemmet osv.), om nødvendig flere ganger per uke. Aspekter som kontinuitet i kontakten og langtidsperspektiv skal stå sentralt i arbeidet. Modellen har et helhetsperspektiv, hvilket medfører at de vesentligste sidene rundt problematikken rusmisbruk og psykisk lidelse skal kunne møtes. Behandling og hjelp til bolig skal stå sentralt. En viktig oppgave er å arbeide innad i psykisk helsevern og i forhold til rusinstitusjoner for å øke disses kompetanse ovenfor klientgruppen. Utvikling av samarbeidet med kommunale helse- og sosialtjenester skal stå sentralt. Modellen inkluderer kriterier for å registrere endringer. Hvert halvår skal det foretas en grundig evaluering av den enkelte klient. Systematisk kartlegging for å evaluere prosess og resultater står sentralt i arbeidet (Bruseth og Lohne 1999).

### **6.3.7 Koordinering av psykososialt arbeid ("case management")**

Koordinering av psykososialt arbeid ("case management") innebærer å kartlegge personlige mål, ressurser og behov sammen med brukeren. Deretter utarbeides en plan for oppfølging av klienten og systemer som skal sikre at planen blir gjennomført. Kontinuiteten i oppfølgingen ivaretas ved at en koordinator ("case manager") følger brukeren over lang tid. I prinsippet kan alle med treårig helse- eller sosialfaglig utdanning være koordinator. Medarbeidere i kommunebaserte tjenester bør veiledes av spesialisthelsetjenesten. Målet med metoden er å utnytte mulighetene i det lokale tiltaksnettverket i tråd med brukerens behov og å koordinere innsatsen fra de ulike instansene som arbeider med en klient (Statens helsetilsyn IK-2692).

### **6.3.8 Tilrettelagte botilbud**

Boligsituasjonen er ofte vanskelig for mennesker med omfattende rusmisbruk og psykisk lidelse. Dette kan skyldes at mange mangler ferdigheter når det gjelder egenomsorg og evne til å bo i vanlig bolig på en måte som er sosialt akseptabel. Flere kommuner er i ferd med å opprette tilrettelagte og delvis individuelt tilpassede botilbud med tilsyn for mennesker med psykiske lidelser og rusmisbruk. Mange finner at det er komplisert og til dels kostbart. Ved tilrettelegging og drift av slike boliger vil det ofte være hensiktsmessig at psykiatrisk spesialisthelsetjenesten bidrar i planleggingen.

Bærum kommune har startet et "botiltak" for unge voksne (18-25 år) som er rusavhengige. Selv om dette tilbudet ikke er spesielt tilpasset unge med alvorlig psykisk lidelse, kan det være av interesse også i denne sammenhengen. Formålet er å utvikle tiltak som legger til rette for en individuell rehabiliteringspro-

sess i lokalmiljøet, som alternativ til langvarige og kostbare institusjonsopp- hold. Klienter som inkluderes får tildelt individuelt tilrettelagte boliger som er geografisk spredt i kommunen. Botiltaket baserer seg på et samarbeid mellom instanser på kommunalt og fylkeskommunalt forvaltningsnivå. Boligkontoret framskaffer kommunale boliger, mens Psykiatrisk ungdomsteam, sosialrådgiv- ertjenesten og botiltaket tilrettelegger tiltaket for den enkelte. Kommunalt ansatte miljøterapeuter har det daglige oppfølgingsansvaret, mens prosjektleder fra Blakstad psykiatriske sykehus har det overordnede ansvaret for planlegging, igangsetting, gjennomføring og avslutning av tilbudet for den enkelte, samt metodeutvikling og evaluering. Finansieringen er del mellom Akershus fylkes- kommune og Bærum kommune. Klienter med schizofreni og alvorlige person- lighetsforstyrrelse inkluderes ikke i prosjektet. Det gjør heller ikke klienter som deltar i program for metadonassistert rehabilitering (Paulsen 1999).

For klienter med større hjelpebehov i selve boligen kan ulike typer kollektive løsninger være aktuelle. For noen skal det nødvendigvis ikke så store personal- ressurser til for å oppnå betydelig bedring i situasjonen. Andre trenger mer omfattende hjelpetiltak også i bolig – noen også på døgnbasis. Klientsammen- setningen i slike boliger er viktig. Det bør være tilgjengelig boliger med ulike nivåer med hensyn til i hvilken grad rusbruk aksepteres.

#### 6.4 Fagutvikling

Teamene bidrar til kompetanseoppbygging og fagutvikling bl.a. ved å ha prak- sisplasser for studenter og ved undervisning og forelesninger ved ulike utdan- ningsinstitusjoner. De gir også undervisning og veiledning til kommunalt og fylkeskommunalt personell. I 1997 ga 14 team undervisning og veiledning til personell i førstelinjetjenesten, fem team ga undervisning og veiledning til annet personell i andrelinjetjenesten, ett team bidro i undervisningsopplegg for elever i videregående skole, seks team underviste ansatte i skolen, 19 team hadde ulike grupper høyskolestudenter i praksis, og syv team var praksisplass for psykologi- eller medisinerstudenter. I tillegg har ansatte fra ungdomstea- mene deltatt i ulike undervisningsopplegg innen høgskolesystemet (Rusmiddel- direktoratet 1997).

De siste fem årene har det pågått en rekke prosjekter for å utvikle behandlings- metoder og samarbeidsmodeller for å koordinere innsatsene til ulike instanser. Følgende oversikt viser prosjekter som ungdomsteamene har deltatt i (Rusmid- deldirektoratets institusjonsdatabase NIDaR 1998):

- Kartlegging av dobbeltdiagnoseklienter, prosjekt i regi av Kompetansesente- ret for rusproblematikk i Hedmark og Oppland
- Boligprosjektet, PUT Asker og Bærum
- Undersøkelse av behovet for rusbehandling blant fremmedkulturelle grupper, PUT Asker og Bærum
- Systematisk familieterapeutisk veiledningsprogram for behandlere i forhold til dobbeltdiagnoseklienter, PUT Asker og Bærum
- Veiledningsprosjekt for helsesøstere for ungdom, PUT Asker og Bærum
- Litteraturstudie om dobbeltdiagnoser og undersøkelse av teamets egne klien- ter for dobbeltdiagnoser, PUT Telemark
- Tidlig intervensjon i familier med ungdom som står i fare for å utvikle et rusmisbruk, PUT Gaustad, Oslo
- Forebygging av rus i barne- og ungdomsskoler, PUT Haugesund
- Omsorgsbasesprosjektet - etablering av tilhørighetsfamilie eller tilhørighets- miljø for eldre rusmisbrukere, PUT Sandnes
- Yrkesmessig attføring og yrkestrening, PUT Sør-Trøndelag

- Pårørende prosjektet, PUT Reinsvoll, Oppland
- Selvmordsforebyggende arbeid, PUT Karasjok

## **6.5 Videreutdanningssystemet**

Det er i de senere årene tilrettelagt videreutdanningstilbud for å bygge opp kompetansegivende utdanninger innen feltet rus og psykiatri. Disse er gjort tilgjengelig for en større gruppe helse- og sosialarbeidere. Videreutdanningene gir den enkelte student formell kompetanse (vektall) og bidrar til at ulike yrkesgrupper får en felles arena for læring og erfaringsutveksling. I tillegg kvalitets-sikres læringsprosess og faginnhold gjennom offentlig godkjente læreplaner. Inntakskriteriene inkluderer treårig høgskoleutdanning både innen helse- og sosialfag. F.eks. har 20-vektallsutdanningen innen psykiatri som tidligere kun var tilgjengelig for sykepleiere, blitt tilrettelagt og tilgjengelig for en langt større målgruppe. Det er også etablerte en tilsvarende 20-vektalls videreutdanning innen høgskolesystemet med tittel "Behandling og omsorg for rusmisbrukere". Målgruppen er ansatte innen første- og andrelinjetjenesten.

## **6.6 Koordineringsutvalget og utdanningsprogrammet**

Koordineringsutvalget består av koordinator, økonomiansvarlig og to representanter fra hver region. Oppgaven til utvalget er å arrangere den årlige landskonferansen for teamene og å sikre den faglige kvaliteten på et felles utdanningsprogram. Utdanningsprogrammet har bestått av innføringskurs for alle nye teammedlemmer og faglige fordypningskurs. Landskonferansen har vært et viktig forum for drøfting av faglige, organisatoriske og fagpolitiske spørsmål for teammedlemmer fra hele landet. Koordineringsutvalget har ivaretatt teamenes felles interesser mellom de årlige landskonferansene, og har samarbeidet med sentrale myndigheter som Rusmiddeldirektoratet, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet.

## 7 Intervjuundersøkelsen

### 7.1 Bakgrunn

Stortingsmelding 25 påpeker kommunenes ansvar for å forebygge rusmisbruk hos ungdom. Videre uttrykkes det at Barne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske poliklinikker bør ha tilstrekkelig kompetanse til å veilede førstelinjetjenesten og etter behov motta henvisninger av misbrukere med psykiske lidelser. Samtidig pekes på at pasientene i de psykiatriske ungdomsteamene er blitt eldre og med alvorligere misbruksproblemer. Meldingen vurderer at disse hovedsakelig har behov for avrusning og oppfølging av sosialetaten, eventuelt supplert med institusjonsopphold i rusmiddelomsorgen og sjeldnere psykiatrisk behandling. Videre blir det vist til at det er grupper som har særlige behov for psykiatrisk spesialistkompetanse og at slike tilbud er for svakt utbygd. Dette gjelder spesielt personer med alvorlig psykisk sykdom som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlige personlighetsforstyrrelser som i tillegg har alvorlig og vedvarende rusmisbruk (dobbeltdiagnoseklinter). Departementet vurderer at ansvaret for dobbeltdiagnoseklinter i snever forstand må forankres innen psykisk helsevern på grunn av disse pasientenes alvorlige psykiske grunnlidelse. Gruppen har behov for særskilte tilbud med spesiell kompetanse både i form av egne døgnposter og poliklinisk oppfølging. Det ble forslått å gjennomgå ungdomsteamenes funksjon, bl. a. for å vurdere om flere ressurser bør gis til særskilte tilbud for "dobbeltdiagnoseklinter".

### 7.2 Metodebeskrivelse

Med bakgrunn i utredningens formål var det sentralt å få belyst utviklingen i misbruksmønsteret, fordeling av ansvar for ulike typer av tjenester, hvilke grupper rusmisbrukere som særlig har behov for psykiatrisk spesialistkompetanse og hvordan disse kan hjelpes best mulig. Det var spesielt viktig å få fram informasjon som kunne brukes til å vurdere hensiktsmessig bruk av ressursene i de psykiatriske ungdomsteamene. Dette innebar at det også måtte innhentes informasjon om de øvrige tilbudene innen hjelpesystemene. En systematisk og oppdatert beskrivelse fra fagfolk og administratorer med særlig kjennskap til forholdene ble ansett som et sentralt utgangspunkt for å kunne vurdere framtidig ressursbruk. For å innhente mest mulig utdypende informasjon ble det foretatt personlige intervjuer som tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide.

Informantene som ble valgt kom fra voksenpsykiatriske poliklinikker, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker, psykiatriske ungdomsteam, skolehelsetjenesten i videregående skole, helsestasjon for ungdom, legetjenesten i kommunene, kommunenes sosialtjeneste og fylkeshelsesjefens kontor.

Intervjuene ble foretatt i seks områder i landet, hvert sted med utgangspunkt i et psykiatrisk ungdomsteam. Områdene ble valgt ut på bakgrunn av hvordan de psykiatriske ungdomsteamene var organisert, i tillegg til demografiske og geografiske forhold. Teamene var lokalisert til henholdsvis Finnmark (Karasjok), Nordland (Mo i Rana), Sør-Trøndelag (Trondheim), Oslo (Ullevål), Telemark (Skien) og Rogaland (Stavanger). Totalt ble det foretatt 37 intervjuer. Fra hvert enkelt intervju ble det skrevet et referat. Referatene ble gjennomgått og sentrale utviklingstrekk, problemstillinger og forslag ble samlet i en felles situasjonsbeskrivelse.

### 7.3 Utvikling i misbruksmønsteret sett fra ulike etaters ståsteder

Det ble generelt rapportert om økt bruk av rusmidler blant unge og om økende rekruttering til misbruk av illegale stoffer. Bildet varierte noe fra en landsdel til en annen. Heroin synes å være mindre utbredt i Nord-Norge enn i Sør-Norge. Cannabis blir ofte brukt i kombinasjon med sentralstimulerende midler og alkohol, og i økende grad blant ungdom som ikke oppfatter seg som narkomane. Fra Karasjok ble det rapportert at cannabis har fått innpass i tradisjonelle samiske miljøer hvor det tidligere hovedsakelig har vært alkoholmisbruk. Våre intervjuobjekter sa at de hadde registrert en raskere overgang fra cannabis til tyngre stoffer som amfetamin og opiater. Det ble også observert synkende debutalder. I følge informantene har overgangen fra sporadisk til jevnlig rusmisbruk - også innbefattet intravenøst misbruk - blitt kortere. I alle områdene hadde informantene inntrykk av at rusmisbrukere har enkel tilgang til et bredt utvalg av illegale stoffer til "rimelige" priser.

Informantene fra behandlingsenhetene rapporterte om økt forekomst av psykiske lidelser blant rusmisbrukere. Problemene er mer sammensatte og ofte med alvorligere symptomer enn tidligere. Dette resulterer i hyppigere innleggelseser. Informantene mente dette dels skyldes enklere tilgang til stoff og dermed hyppigere rusepisoder, dels kombinasjonen av stoffene som brukes. Det var også en oppfatning at personer som er disponert for eller som har manifeste psykiske lidelser, i økende grad misbruker rusmidler, slik at deres totale livssituasjon og psykiske tilstand blir forverret.

Informantene fra de voksenpsykiatriske poliklinikkene mente det var blitt flere klienter som i tillegg til en primær psykisk lidelse har et alvorlig rusmisbruk. En informant fra voksenpsykiatrisk poliklinikk mente at ca. 20% av klientene har alvorlig og vedvarende rusmisbruk i tillegg til psykisk lidelse.

Informantene fra barne- og ungdomspsykiatrien hadde ikke observert noen videre økning i rusmiddelmisbruk blant sine klienter. Rusmisbruk hos klienter som behandles innen barne- og ungdomspsykiatrien ble av de fleste oppfattet som et symptom på andre livsproblemer. Informantenes anslag var at ca. 20% av ungdommene har et sporadisk misbruk av rusmidler, hovedsakelig alkohol og cannabis. En spesialpsykolog fra en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling mente at de hovedsakelig kommer i kontakt med barn og ungdom med rusmisbruk når disse blir innlagt på medisinske avdelinger som følge av overdoser. Mange av overdosene kan anses for å være selvmordsforsøk. Barne- og ungdomspsykiatrien følger sjelden opp disse klientene, fordi de unge ofte ikke ønsker behandling eller av ulike årsaker faller ut av avtalte behandlingsopplegg.

I følge informantene fra barne- og ungdomspsykiatrien og førstelinjetjenesten ivaretas rusmisbrukere som fanges opp før de er 18 år vanligvis av barnevernet.

Informanter fra skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og pedagogisk-psykologisk tjeneste mente det foregår misbruk av cannabis blant elevene, og at skolene kjente til dette. Imidlertid så disse informantene lite til misbruksproblemer i sin virksomhet. I løpet av de seneste årene hadde de merket seg at ungdom generelt har fått tydelig mer liberale holdninger til bruk av både legale og illegale rusmidler.



## 7.4 Utviklingen i tiltaksapparatet

Under intervjuet ble informantene bedt om å beskrive den lokale utviklingen i tiltaksapparatet. Det gjaldt både kommunale og fylkeskommunale tiltak innen rusomsorgen og psykiatrien.

Kommunenes helse- og sosialtjeneste har organisert sine tilbud ut fra lokale variasjoner blant misbrukerne. Målgruppen "rusmisbrukere" er blitt fokusert i virksomhetsplanene, og det er satset på kompetanseheving hos de ansatte. Det har også skjedd en spesialisering internt på sosialkontorene når det gjelder oppgaver knyttet til ivaretagelse av rusmisbrukeres behov. Eksempelvis er det på sosialkontor i de større byene egne russeksjoner som ivaretar kartlegging av klientenes livssituasjon, misbruksmønster og behov for hjelp. De står også for oppfølgingen av klienter, tilrettelegging og tildeling av boliger og administrering av aktiviteter og sysselsettingstiltak. I mindre kommuner med få rusmisbrukere kan det være en enkelt saksbehandler på sosialkontoret med særlig ansvar for klienter med rusmisbruk. Enkelte av sosialkontorene har skolert egne ansatte i løsningsorienterte behandlingsmetoder tilpasset rusmisbrukere. En del større kommuner var i gang med å planlegge eller bygge differensierte botilbud med inntil en-til-en-bemanning. Det ble understreket at dette er et vanskelig arbeid, både faglig og praktisk. Et problem kan være at sosialtjenesten først får kontakt med klientene når de er i sosial nød. De har da ofte utviklet alvorlig avhengighet av rusmidler, i tillegg til andre sosiale problemer. Informantene fra førstelinjetjenesten ga uttrykk for at systematisk koordinering av tiltak og forebygging av rusavhengighet synes å være et forsømt område i kommunene. I den grad det foregår forebyggende arbeid, er ofte politiet den aktive pådriveren.

Informantene var unisont enige om at de fylkeskommunale rustiltakene mangler kapasitet og kompetanse til å utrede og behandle psykiske lidelser aktivt. Flere mente også at rusomsorgens holdninger til psykiske lidelser og medikamentell behandling fører til at klienter med f. eks. angst og depresjon ikke får adekvat behandling.

Noen oppfattet det som problematisk at de fylkeskommunale tiltakene innen rusomsorgen har rusmisbrukere generelt som målgruppe uavhengig av om det gjelder illegale eller legale rusmidler. Tradisjonelt har de ulike tiltakene erfaring i å behandle enten alkoholavhengige eller stoffavhengige. Informanter både innen første- og andrelinjetjenesten mente det var et problem at tiltakene har fått ansvar for å behandle voksne rusmisbrukere uavhengig av type rusmiddel og uavhengig av klientenes kjønn og alder, mens behandlingstilbudene i praksis er tilrettelagt for tradisjonelt differensierte målgrupper. En del klienter med psykisk lidelse kan integreres i rusomsorgens behandlingstiltak. Klienter med psykotiske tilstander kan imidlertid vanskelig behandles i disse tiltakene. Generelt var oppfatningen at de behandlingsmetodene som brukes er lite egnet for klienter med alvorlige psykiske lidelser.

Informantene fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten sa at det generelt innen psykiatrien er blitt økende fokusering på rusmiddelmisbruk. Dette fordi stadig flere med psykiske lidelser også har et rusmisbruk som kompliserer psykiatrisk behandling.

Flere av informantene fra de psykiatriske ungdomsteamene sa at de i økende grad har fokusert på "dobbeltdiagnoseproblematikken" og anslo at ca. 30% av deres klienter har en alvorlig psykisk lidelse i tillegg til rusmisbruket. Det ble også hevdet at det er en økning i gruppen unge med psykiske lidelser som er en direkte følge av rusmisbruk.

De voksenpsykiatriske poliklinikkene har ulike holdninger til rusmisbruk hos klientene. I et fylke er ungdomsteamstillingene integrert i de psykiatriske poliklinikkene som rusteam med et spesielt ansvar for aldersgruppen 15 til 30 år. Henviste pasienter som framviser rusmisbruk blir hovedsakelig behandlet av rusteamet.

Forøvrig syntes de voksenpsykiatriske poliklinikkene at det er vanskelig å behandle pasienter med omfattende misbruksproblemer. Informantene la vekt på at disse pasientene ofte har en atferd som medfører at det er vanskelig å integrere dem i døgnenheter og poliklinikker. De er også ofte ustabile når det gjelder å overholde avtalte konsultasjoner. Finansieringsordningen og lange ventelister gjør det mindre fristende å opprettholde tilbudet til slike pasienter. Mer stabile pasienter prioriteres lett framfor de ustabile misbrukerne.

Mange av informantene refererte til TIPS-prosjektet i Rogaland (Tidlig Intervensjon ved Psykose) og mente at dette har ført til større oppmerksomhet om rusmisbrukende unge med psykiske lidelser. Mange klienter i dette prosjektet som ble fanget opp med bakgrunn i spørsmål om psykoseproblematikk, viste seg også å ha et alvorlig rusmisbruk.

## **7.5 Kommunenes behov for spesialisthelsetjenester**

Det ble rapportert at kapasiteten i den kommunale helse- og sosialtjenesten ikke økes i takt med omfanget av oppgaver. Spesielt ble det påpekt at det mangler botilbud med ulik grad av tilsyn.

Informantene fra førstelinjetjenesten opplevde både mangel på akutt plasser innen psykiatrien og mangel på avrusingsplasser. Det ble av mange gitt uttrykk for fortvilelse over manglende kapasitet og lange ventelister ved spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. Informantene ga uttrykk for at kapasitetsmangelen innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste medfører at gruppen behandlingstrengende klienter med psykiske lidelser og alvorlige misbruksproblemer blir nedprioritert og ikke får tilpassede behandlingstilbud.

I et område hvor en stor del av stillingene for leger og psykologer innen spesialisthelsetjenesten var vakante, kom det fram at sosialtjenesten mente at de hadde vel så god kompetanse på behandling av rusmisbruk og psykiske lidelser som spesialisthelsetjenesten. I kombinasjon med lange ventelister førte dette til at den kommunale helse- og sosialtjenesten selv behandlet klientene. I den grad kommunene brukte spesialisthelsetjenesten gjaldt det innleggelse i døgnavdeling.

Flere av informantene innen førstelinjetjenesten problematiserte at behandlingstiltakene innen rusomsorgen i de senere år i økende grad har spesialisert sine funksjoner. Dette har medført at en rekke klienter som tidligere har fått døgntilbud, nå i større grad må ivaretas på kommunalt nivå.

Økonomiske forhold i kommunene og fylkeskommunen hadde i følge informantene avgjørende betydning for hvilke behandlingstilbud klienter får.

Primærlegene etterlyste ekspertise innen spesialisthelsetjenesten som kan bistå med råd og veiledning knyttet til medisinsk behandling av rusmisbrukere med psykiske lidelser.

Informantene fra kommunen ga uttrykk for at de har behov for hjelp fra den

psykiatriske spesialisthelsetjenesten til utredning og behandling av komplekse tilstander hos klientene. Spesielt gjaldt dette tilfelle hvor det er vanskelig å vurdere forholdet mellom psykisk lidelse og rusmisbruk. Behovet for hjelp til behandling og til å utarbeide tiltaksplaner øker i takt med klienters psykiske problemer og spesielt ved utagerende atferd.

Alle informantene påpekte mangel på differensierte og tilrettelagte behandlingstiltak for ungdommer med rusmisbruk og ulike grader av psykiske lidelser.

## **7.6 Innsatsområder som bør prioriteres**

Informantene syntes enige om en rekke områder som bør prioriteres sterkere. Områdene er inndelt i forhold til spesialisthelsetjeneste, rusomsorgens behandlingstiltak og kommunenes ansvarsområder:

### *Innen psykiatrien :*

- Økt vilje og interesse for å behandle rusmisbrukere med psykiske lidelser.
- Økt kunnskap om interaksjonen mellom psykiske lidelser og rusmisbruk.
- Oppbygging av egne døgnenheter med polikliniske oppsøkende team for de dårligste dobbeltdiagnoseklientene.
- Økt kapasitet både poliklinisk og i døgnenheter for målgruppen rusmisbrukere med psykiske lidelser (avrusing, utredning og behandling).

### *Innen rusomsorgen:*

- Behandlingstiltakene innen rusfeltet trenger en reorganisering, slik at de i større grad kan møte dagens rusproblemer.
- Utvikling av korttidstilbud
- Oppbygging av tiltak for unge
- Styrke kompetanse på utredning og behandling av psykiske lidelser
- Oppbygging av tiltak for rusbelastede gravide og mødre med små barn

### *På kommunalt nivå:*

- Interesse, vilje og økonomi til å dekke helse- og omsorgsbehovet til rusmisbrukere
- Utbygging av differensierte botilbud

## **7.7 Klientgrupper med alvorlig rusmisbruk som mangler tilrettelagte behandlingstilbud.**

*Følgende grupper ble i særlig grad ansett å mangle tilfredsstillende tilbud:*

- Ungdom med høyt forbruk av legale og illegale rusmidler som ikke har tydelige symptomer på alvorlig grad av psykiske lidelser og/eller er sosialt fremkomne.
- Traumatiserte ungdommer, herunder unge flerkulturelle (flyktninger, barn av innvandrere), og unge som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep.
- Psykisk syke klienter som ikke mestrer polikliniske behandlingsopplegg, men som ikke er så syke at de kan innlegges i psykiatriske døgnavdelinger
- Klienter med vanskelig og aggressiv atferd
- Klienter med alvorlige psykiske lidelser og et vedvarende alvorlig rusmidelmisbruk
- Mødre med barn

En ny gruppe klienter som har begynt å kontakte sosialkontorene for å få hjelp, var en gruppe voksne heroinavhengige som tidligere hadde vært ukjente for

sosialkontorene. Disse tar nå kontakt for å få metadonbehandling. Sosialkontorene var usikre på hvordan denne gruppen best kan hjelpes, da mange ikke tidligere har forsøkt rusfrie behandlingsalternativer og heller ikke ønsker dette.

## **7.8 Forebygging**

Forebyggende tiltak ble av alle informantene definert som en kommunal oppgave. Spesialisthelsetjenesten mente oppgavene ble tilfredsstillende ivaretatt av det kommunale tiltaksapparatet. Informanter fra kommunal helse- og sosialtjeneste ga uttrykk for at det mangler planer for forebyggende arbeid og særlig for koordinering av forebyggende arbeid mellom ulike etater. Det ble også gitt uttrykk for at primærforebygging blir nedprioritert i forhold til kurativ virksomhet. Skolehelsetjenesten og PP-rådgivere påpekte at de nye læreplanene inneholder informasjon om rusmidler og forhold knyttet til rusmisbruk som er ment å virke forebyggende.

Forebygging i forhold til ungdom som misbruker rusmidler og som står i fare for å utvikle rusavhengighet, ble oppfattet som svært vanskelig. Disse unge rusmisbrukerne er ofte falt ut av skolesystemet, men er ikke så sosialt forkomne at de tar kontakt med sosialtjenesten. De vanker heller ikke i de miljøene som utekontaktene har kontakt med. Det ble beskrevet som vanlig at unge rusmisbrukere lever i lukkede gjengmiljøer med liten åpning for voksenkontakt.

## **7.9 Tidlig intervensjon**

Tidlig intervensjon for å forebygge avhengighet av rusmidler og utvikling av psykiske lidelser var et område alle informantene mente var viktig, men vanskelig og tildels forsømt. Manglende tidlig intervensjon gjaldt både i forhold til rusmisbruket og de psykiske lidelsene. Problemet med tidlig intervensjon var at ungdom sjelden ønsker hjelp og ikke selv opplever at de har problemer.

De ansatte i sosialtjenesten mente de sjelden kom i kontakt med rusmisbrukere før problemene er blitt alvorlige, med manglende mestring av familieliv, arbeid og økonomi. Helsesøstrene har sjelden elever som tar kontakt på grunn av problemer med rusmiddelmisbruk, men ved samtale og generell kartlegging kan til dels alvorlig rusmisbruk bli avdekket. Det samme gjaldt allmennlegene som mente foreldrene er de som oftest tar de unge med til lege og at det sjelden er de unge som kommer fordi de selv ønsker hjelp. Innen spesialist-helsetjenesten er det hovedsakelig ungdomsteamene som er engasjert i tidlig intervensjon overfor ungdom med rusmisbruk. Ungdomsteamene bruker telefonkonsultasjoner, gir avtaler raskt og har samtaler med foreldre for å få kontakt med ungdom som de får henvist.

## **7.10 Utredning og behandling av klienter med rusmisbruk**

Utredningsarbeidet ble beskrevet som en komplisert oppgave fordi mange av klientene er sterkt preget av sammensatte livsproblemer, inkludert omfattende rusmisbruk. Situasjonen er ofte krisepreget når de søker behandling. Rusmisbrukeres sporadiske frammøte og ambivalens i forhold til å motta hjelp ble også nevnt som kompliserende faktorer i utredningsarbeidet.

Informantene mente utredninger ofte krever spesialisert kompetanse og observasjon av klienten over tid uten at vedkommende er påvirket av rusmidler. Fra allmennhelsetjenesten ble det påpekt at det er vanskelig å skille symptomer på

rusmiddelpåvirkning og psykiske lidelser. Dette gjør det vanskelig å utforme tiltaksplaner og å henvide videre til riktig behandlingsinstans.

En rekke forhold avgjør om klientene blir utredet og får behandling. Det kan dreie seg om tilgjengelighet til ulike behandlingstiltak, kapasitet, økonomiske hensyn og prioriteringer. Slike årsaker kan i en del tilfeller overskygge hensynet til den enkeltes behov for utredning og behandling. Hvilken instans klienten er i kontakt med i kommunen, er også av sentral betydning. Eksempelvis ga informantene uttrykk for at sosialtjenesten vanligvis bruker behandlingstilbud hjemmet i Lov om sosiale tjenester, mens helsetjenesten oftest henviser til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Kommunikasjonen mellom ulike kommunale instanser er ofte mangelfull. Taushetsplikten ble nevnt som en årsak til dette.

Informanter i kommunene ga uttrykk for at de har størst behov for å få utredet klienter under 30 år, fordi situasjonen for disse ofte er turbulent og alvorlig. Klienter over 30 år ble beskrevet som noe mer stabile i forhold til rusmisbruk og livssituasjon. Ofte har de etablert et kontaktnett innen hjelpeapparatet, og de har vært utredet og behandlet tidligere.

Dersom en klient er under 18 år og har tydelige symptomer på en alvorlig psykisk lidelse, blir vedkommende henvist til utredning i barne- og ungdomspsykiatrien. Dersom det ikke er klare tegn på alvorlig psykisk lidelse og behov for spesialistutredning eller -behandling, blir unge med rusmisbruk ivaretatt innen barnevernet. Barnevernet har ulike tilbud som støttekontakter, fosterhjem og døgniltak. Fylker som ikke har egne fylkeskommunale døgniltak bruker tilbud i andre fylker. Dette ble oppfattet som problematisk av en rekke informanter, fordi ungdom som er plassert i et annet fylke ofte blir tilbakeført til egen kommune når de fyller 18 år med mangelfull oppfølging videre.

Informantene fra barne- og ungdomspsykiatrien mente det er vanskelig å utrede rusmisbrukende unge poliklinisk fordi ruspåvirkningen ødelegger mulighetene for å få gjort en adekvat utredning. De er også vanskelig å ha dem i de ungdomspsykiatriske døgnavdelingene, fordi de påvirker det terapeutiske miljøet og skaper et destruktivt behandlingsmiljø for andre pasienter som ofte er svært sårbare. I tillegg ble det presisert at det er stor kapasitetsmangel innen barne- og ungdomspsykiatrien og at unge med rusmisbruk ikke blir prioritert.

Klienter over 18 år med behov for psykiatrisk utredning og behandling blir vanligvis henvist til psykiatrisk ungdomsteam, rusteam eller voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Klienter over 30 år med en alvorlig psykisk lidelse og mindre alvorlig rusmisbruk utredes og behandles vanligvis ved voksenpsykiatriske poliklinikker, eventuelt ved ruspoliklinikker. Klienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk har vansker med å få adekvat utredning og behandling. Dette skyldes at verken døgnenhetene eller poliklinikkene er tilrettelagt for klienter med dobbeltdiagnoser, og at kapasiteten er utilstrekkelig. Klienter som ikke har tydelige tegn på schizofreni eller affektiv lidelse, men som likevel har alvorlige psykiske problemer, blir behandlet enten av psykiatrisk ungdomsteam (hvis de er under 30 år) eller av rusomsorgens behandlingstiltak. Når en klient først er kommet innenfor det ene eller det andre systemet, er det vanskelig å få bistand fra andre deler av hjelpeapparatet.

Mange påpekte det problematiske i at psykisk syke pasienter som ruser seg under innleggelsen, blir utskrevet før deres psykiske lidelse er adekvat behand-

let. Etablerte regler og rutiner samt hensyn til det terapeutiske miljøet nevnes som årsaker til utskrivning. Ofte er utskrivning en sanksjon når rusing skjer under behandling. Informantene mente dette er uhensiktsmessig både i forhold til klientens behandlingsbehov og de kommunale tjenestenes behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

I noen geografiske områder er det etablert et samarbeid med psykiatriske døgnavdelinger slik at klienter i utredningsfasen kan være innlagt i sykehus for å unngå ruspåvirkning. Erfaringene viste at det er vanskelig å få dette til å fungere i praksis på grunn av kapasitetsmangel og manglende tilrettelagte tilbud.

### **7.11 Vurdering av Sosial- og helsedepartementets gruppering av rusmisbrukere med psykiske lidelser og fordelingen av ansvar for disse.**

I utgangspunktet ga alle informantene uttrykk for at det er hensiktsmessig og positivt at det er kommet en veiledende differensiering mellom ulike grupper rusmisbrukere i Stortingsmelding 25. Ingen mente det ville medføre store omorganiseringer å tilpasse seg denne.

Informantene pekte på at differensierte tilbud til ulike grupper krever grundige utredninger. Dette er spesielt viktig for unge klienter hvor en psykisk lidelse ikke er så tydelig og manifest som hos eldre. Det gjelder også "gråsoneklienter", dvs. klienter med symptomer på både moderat psykisk lidelse og alvorlig rusmisbruk. Slike klienter kan i ulike faser ha bruk for ulike behandlingstilbud. Informantene fra førstelinjen ønsket en kontaktinstans i spesialisthelsetjenesten som kan foreta utredning og differensiering av de ulike klientenes behov og bistå med å utarbeide individuelle tiltaksplaner.

Informantene fra spesialisthelsetjenesten understreket mangelen på behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten. Dette gjaldt spesielt:

- døgnbehandlingstilbud for personer med personlighetsforstyrrelser og utagerende atferd
- tilrettelagt poliklinisk behandling for alvorlig psykisk syke
- tilrettelagte og differensierte døgnbehandlingstilbud for unge.

### **7.12 Pasienter med vedvarende alvorlig rusmisbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse.**

Kun to av informantene kunne ut fra egen virksomhet anslå hvor mange klienter med alvorlig psykisk lidelse og vedvarende alvorlig rusmisbruk de kjente til. Uklare inklusjonskriterier og manglende oversikt ble oppgitt som årsaker.

Et nært samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som helt sentralt for å få til et helhetlig, smidig og fleksibelt omsorgs- og behandlingstilbud. Tiltak som ble framholdt som spesielt viktig, var en kombinasjon av tilpasset botilbud, sysselsettingstiltak, fritidstiltak og oppsøkende spesialisthelsetjeneste, i kombinasjon med begrensede innleggelser ved kriser eller ved behov for avlastning for familie eller omsorgspersoner.

Informantene var enstemmige i at regionale døgntiltak ville medføre at disse klientene mistet kontakt med hjemmemiljø og nettverk. Avstanden ville vanskeliggjøre tett oppfølging og tilrettelegging av tilbud i dialog mellom klient, nettverk og lokalt hjelpeapparat. Det ble påpekte at "dobbeltdiagnoseklienter" trenger behandling over lang tid, og at tilrettelagte tilbud i nærmiljøet vil redu-

sere behov for døgnopphold. Det ble videre hevdet at de fleste dobbeltdiagnoseklientene har problemer og atferd som kan ivaretas av de fylkeskommunale psykiatriske sykehusene, dersom tilbudene blir tilrettelagt. De som har behov for helt spesielle tiltak og som eventuelt bør behandles på regionalt nivå, er særlig aggressive, fysisk utagerende og voldelige klienter. Årsaken til at disse har behov for spesielle tiltak er verken deres psykiske lidelse eller misbruksproblemene, men den utagerende og voldelige atferden. Informantene mente dette gjelder svært få klienter som i dag blir behandlet ved sikkerhetsavdelinger og som fortsatt bør få tilbud ved disse.

Informantene fra kommunene mente det må bygges opp en egen avdeling innen fylkets spesialisthelsetjeneste for dobbeltdiagnoseklienter. Enheten bør ivareta avrusing, akutte kriseinnleggelses, utredning, behandling og oppfølging. Informantene fra spesialisthelsetjenesten var delt i spørsmålet om behovet for egne døgnenheter for klienter med alvorlig rusmisbruk. Noen mente at slike klienter bør få behandling i psykiatriske avdelinger som primært er tilrettelagt for behandling av psykiske lidelser. Eksempelvis mente flere at døgnenheter for schizofrene både har kunnskap og erfaring i å behandle rusmisbruk innen denne brukergruppen.

Mange klienter med alvorlig psykisk lidelse og vedvarende og alvorlig rusmisbruk ble beskrevet som for dårlige til å møte til avtalte konsultasjoner. De faller derfor ofte ut av tilbudene ved voksenpsykiatriske poliklinikker. Enkelte ungdomsteam arbeider derfor i økende grad utadrettet og oppsøkende for å kunne møte denne klientgruppens spesielle behov i større grad.

Av de seks fylkeskommunene som ble omfattet av intervjuundersøkelsen, forelå det konkrete planer om å opprette egen døgnavdeling for alvorlig psykisk syke med vedvarende skadelig rusmisbruk i tre fylker. To fylker hadde en slik enhet, dog med noe ulike målgrupper og funksjoner. Formålet var å få et tilrettelagt døgnbehandlingstilbud for disse klientene og å avlaste eksisterende psykiatriske enheter. Informanter med erfaring fra slike avdelinger mente at en døgnpost bør være knyttet til et poliklinisk team som kjenner de kommunale tjenestene og klientenes spesielle behov.

Alvorlig psykisk syke med vedvarende og alvorlig rusmisbruk ble av alle beskrevet som en svært ressurskrevende klientgruppe. Flere påpekte at det trengs ekstra ressurser og spesielt tilrettelagte metoder for å ivareta disse klientene. Informantene fra spesialisthelsetjenesten påpekte at det verken er tilstrekkelig kapasitet, kompetanse eller tilrettelagte behandlingstilbud for denne gruppen, og at det mangler virksomme behandlingsmetoder.

### **7.13 Samarbeidet om rusmisbrukende klienter med psykiske lidelser.**

Informantene ble bedt om å angi i hvor stor grad de mente det er behov for å samarbeide om rusmisbrukende klienter innen ulike aldersgrupper og med ulik grad av psykiske lidelser. Dernest ble de bedt om å gradere hvor fornøyd de var med samarbeidet med ulike instanser.

Informantene fra spesialisthelsetjenesten har særlig behov for å samarbeide med andre instanser i forhold til klienter over 20 år, særskilt når det gjelder misbrukere med alvorlige psykiske lidelser. Behovet for samarbeid ble ansett for å være mindre i forhold til klienter under 20 år. De viktigste samarbeidspartnerne ble angitt å være kommunenes helse- og sosialtjenester, justisdepartementet og arbeidsmarkedsetaten.

Informantene fra spesialisthelsetjenesten var godt fornøyd med samarbeidet med andre instanser, med unntak av arbeidsmarkedsetaten.

Informantene fra den kommunale helse- og sosialtjenesten anga at de har behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forhold til alle grupper. Særlig er behovet for samarbeid stort i forhold til psykiatriske døgnavdelinger når det gjelder alvorlig psykisk syke med vedvarende rusmisbruk. Tilfredsheten med samarbeidet med de fylkeskommunale tiltakene var varierende. Særlig var informantene fra den kommunale helse- og sosialtjenesten fornøyd med samarbeidet med ungdomsteamene.

Spesialisthelsetjenesten mente at det er et stort behov for samarbeid mellom psykiatriske ungdomsteam, voksenpsykiatriske poliklinikker og rusomsorgens institusjoner. Informantene var middels fornøyd med dette samarbeidet. Også her skilte ungdomsteamene seg ut: teamene var den instans i spesialisthelsetjenesten som de andre tiltakene var mest fornøyd med når det gjaldt samarbeid.

Kapasitetsmangel innen spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som hovedproblemet for å få til godt samarbeid. Mange poengterte det uheldige i at behandlingstrengende klienter må stå på venteliste fra syv måneder og opp mot to år, før de kan tas inn til poliklinisk behandling. Lange ventelister medfører at ansatte i kommunene forsøker å behandle det de selv opplever som vanskelige og alvorlige problemer.

På de fleste områdene kom det fram at det mangler metoder og retningslinjer for samarbeid mellom etater og nivåer. Det ble beskrevet en situasjon med tilnærmet vanntette skott mellom ulike fylkeskommunale behandlingstilbud. Flere informanter fant den manglende kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten problematisk. Eksempelvis viser dette seg når klienter under 18 år med omfattende misbruk blir ivaretatt av barnevernet. Spesialisthelsetjenesten kommer sjelden i kontakt med disse før de passerer 18 år. Generelt mente informantene at mangel på kommunikasjon medfører at klienter blir "kasteballer" mellom ulike nivåer og etater.

Enkelte fylkeskommuner hadde igangsatt et samarbeid med sosialsjefene for å avklare ansvarsforhold og oppgavefordeling og bedre samarbeidet. Eksempelvis var det i Telemark etablert faste samarbeidsmøter på høyt nivå som planlegger, utvikler og organiserer samarbeidet. Det var også gjennomført et prosjekt: "Koordinering av Psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser" (jfr. Statens helsetilsyn IK-2692) for å bedre situasjonen. I Rogaland var det utarbeidet en standardisert samarbeidskontrakt mellom Eikely (psykiatrisk enhet for unge med psykiske lidelser og rusmisbruk), psykiatrisk ungdomsteam og kommunene. Denne skal bidra til å avklare ansvarsforholdene for klientene.

#### **7.14 Vurdering av arbeidet til de psykiatriske ungdomsteamene**

Meningene om teamene var mange og ulike, avhengig av hvem som har uttalt seg og hvilke områder som er berørt. Hovedtrekkene i de ulike informantenes uttalelser er samlet i følgende punktvis oppsummering:

- Den øvre aldersgrensen på 30 år synes uhensiktsmessig. Ungdomsteamene bør enten arbeide med de yngste og i større grad utvikle metoder for å hjelpe



disse eller utvikle spesialkompetanse på behandling av rusmisbrukere med psykiske lidelser uavhengig av alder.

- Teamene bør i større grad evaluere effekter av egen behandlingssinnsats.
- Ungdomsteamene har i for stor grad fokusert på langtidsbehandling, noe som har resultert i for lav sirkulasjon.
- Teamene bør i større grad utgjøre en viktig del av spesialisthelsetjenestens tiltak for klienter med alvorlige psykiske lidelser og alvorlig og vedvarende rusmisbruk. Teamene bør i større utstrekning rendyrke behandling, veiledning og rådgiving.
- Mangelen på leger (psykiatere) i teamene begrenser muligheten både til å behandle klienter med alvorlige psykiske lidelser og til å gi bistand til allmennlegene.
- Ungdomsteamene gjør gode utredninger og er lette å bruke som konsultasjonspartnere. De gir gode tilbakemeldinger ved avslutning av behandling, men enkelte etterlyser mer informasjon underveis i behandlingsforløpet.
- Ungdomsteamene har for liten kapasitet som følge av et økende behov for deres tjenester.
- Voksenpsykiatriske poliklinikker har mye å lære av ungdomsteamene når det gjelder utadrettet virksomhet og samarbeid med førstelinjetjenesten.
- Ungdomsteamene bistår kommunene med ivaretagelse av klientene. Dette skjer både ved at de deltar i ansvarsgrupper og ved at de er lett tilgjengelige for konsultasjoner.
- Teamene har lav terskel for å ta imot henvendelser. Dette gjør at de er det mest tilgjengelige tiltaket innen spesialisthelsetjenesten for kommunale helse- og sosialtjenester, klienter og pårørende.

### **7.15 Alders- og funksjonsfordelingen innen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste**

Aldersskillet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien ble av mange sett på som et kunstig skille i forhold til en rekke tilstander og lidelser. Alle etterlyste større grad av fleksibilitet. Fra enkelte informanter ble det påpekt behov for et mer helhetlig behandlingstilbud for ungdom mellom 15 og 23 år. I forhold til rusmisbrukende unge med ulike psykiske lidelser ble skillet på 18 år beskrevet som svært uhensiktsmessig. Blant annet nevnte flere at barne- og ungdomspsykiatrien hadde en tendens til å nedprioritere 16-17-åringer.

### **7.16 Barne- og ungdomspsykiatriens og voksenpsykiatriens forutsetninger for å behandle rusmisbrukere med psykiske lidelser**

Informantene var samstemte i at barne- og ungdomspsykiatrien i dagens situasjon ikke har tilstrekkelig kapasitet til å behandle unge rusmisbrukende klienter med psykiske lidelser og heller ikke prioriterer dette.

Voksenpsykiatriske poliklinikker har i følge informantene kompetanse, men ikke tilstrekkelig kapasitet. Det ble også framhevet at refusjonssystemet for voksenpsykiatriske poliklinikker ikke er egnet til å prioritere ustabile klientgrupper.

De fleste av informantene mente det vil være uhensiktsmessig å kanalisere ungdomsteamenes ressurser til barne- og ungdomspsykiatrien eller til voksenpsykiatrien. Begrunnelsene var at ungdomsteamene ville drukne i andre tunge arbeidsoppgaver og at unge med psykiske lidelser og alvorlig misbruk ville bli nedprioritert.

Fra barne- og ungdomspsykiatrien ble det påpekt at det er mer hensiktsmessig med en funksjonsdeling som tilrettelegger for spesialisering enn organisasjonsmodeller som medfører at alle blir generalister. Det ble i dagens situasjon ikke ansett for å være hensiktsmessig å bygge opp ny spesialistkompetanse innen barne- og ungdomspsykiatrien, men at det vil være mer hensiktsmessig å videreutvikle og styrke den spisskompetansen som finnes i ungdomsteamene.

I tillegg var det flere som mente det ville være vanskelig å ha rusmisbrukere sammen med andre psykisk syke. Dette skyldes både rusmisbrukernes atferd og faren for spredning av rusmidler.

Flere uttrykte at det er behov for å lage nye kommunikasjons- og samarbeidsstrukturer mellom de psykiatriske ungdomsteamene, barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien for å sikre klientene helhetlige og differensierte behandlingstilbud.

### **7.17 Kanalisering av ungdomsteamenes ressurser til alvorlig psykisk syke klienter med rusavhengighet**

En rekke av informantene fryktet at en kanalisering av ungdomsteamenes ressurser til rusmisbrukere med de alvorligste psykiske lidelsene, ville føre til at mange klienter med mindre alvorlige psykiske lidelser kom til å miste sitt behandlingstilbud. Spesielt var det bekymring for at den økende gruppen unge som misbruker rusmidler uten å ha klar psykisk lidelse, ville stå uten behandlingstilbud innen psykiatrien. Flere av informantene påpekte at et manglende behandlingstilbud for unge på lengre sikt vil kunne resultere i flere klienter med alvorlige og kroniske tilstander.

## 8 Oppsummering og anbefalinger

Rusmisbrukere med psykiske lidelser trenger bedre behandlingstilbud. Utviklingen med økt misbruk av illegale rusmidler blant unge vil føre til at samtidig forekomst av psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk høyst sannsynlig vil øke i tiden framover.

Et misbruk kan spenne fra skadelig bruk av alkohol til avhengighet av heroin. Alvorlighetsgraden av misbruket vil ha stor betydning for den enkeltes psykiske tilstand og prognose. Psykisk lidelse spenner fra lettere angsttilstander til livslang schizofreni. Grupper med ulike kombinasjoner av psykisk lidelse og rusmisbruk krever ulike behandlingstilbud. Innen hjelpesystemene må det finnes et bredt utvalg av tilbud, slik at den enkelte kan få et individuelt tilpasset og helhetlig behandlings-, omsorgs- og rehabiliteringstilbud.

Den kommunale helse- og sosialtjenesten trenger bistand fra spesialisthelsetjenesten til å utrede og behandle klienter med sammensatte tilstander og problemer. Det er behov for å overføre kompetanse til kommunene når det gjelder å identifisere problemene og utarbeide individuelle tiltaksplaner. Slik kompetanse utvikles best i et daglig tett samarbeid om enkeltklienter. I tillegg må den kommunale helse- og sosialtjenesten kunne henvise til spesialisthelsetjenesten når det er behov for spesialisert utredning og behandling.

Tilfredsstillende utredning er en forutsetning for adekvat behandling. Når en rusmisbruker har behov for psykiatrisk vurdering og behandling bør henvisende instans kunne søke en klient inn til spesialisthelsetjenesten og få en helhetlig vurdering, som omfatter omfanget og betydningen av et eventuelt rusmisbruk. Også behandlingstilbudene bør være integrerte, slik at rusmisbruket og psykiske lidelser behandles samtidig av samme instans, med minst mulig henvisninger mellom ulike instanser. Tilfredsstillende utredning og behandling er særdeles viktig for unge misbrukere, da rusmisbruket ofte utvikles raskt hos disse og får alvorlige sosiale og psykiske konsekvenser.

De psykiatriske ungdomsteamene har vært en viktig samarbeidspart for de kommunale helse- og sosialtjenestene, for rusmiddelomsorgen og for den øvrige spesialisthelsetjenesten. Intervjuundersøkelsen viser at samarbeidspartnerne stort sett har vært fornøyd med ungdomsteamene og mer fornøyd med disse enn med psykisk helsevern for øvrig. Ungdomsteamene har - i motsetning til store deler av psykisk helsevern for øvrig - helt klar kompetanse på behandling av rusmisbruk. De har delvis tatt i bruk nye metoder og har gitt helhetlige og langsiktige tilbud i samarbeid med andre.

Det kommer imidlertid fram en del problemer med tjenestene slik disse er organisert nå:

- Det stilles spørsmål ved teamenes psykiatriske kompetanse. Mange oppfatter teamene mer som en del av misbrukeromsorgen enn som en del av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det har vært en del motstand i teamene mot å benytte psykiatrisk diagnostikk og terminologi. Mange team har ikke benyttet psykofarmaka. Bl.a. dette har ført til at teamene i liten grad har gitt tilbud til misbrukere med de alvorligste psykiske lidelsene. Kommuneleiene har opplevd at teamene har hatt begrensede muligheter til å gi medisinsk støtte.

- Aldersavgrensningen fra ca. 15 år til ca. 30 år har vist seg å være problematisk.  
Teamene gir i liten grad tilbud til unge under 18 år (bare 2,5 - 5% av ungdomsteamenes klienter er under 18 år). Dette skyldes antakelig bl. a. at ungdomsteamenes tilbud og metoder primært er utviklet i forhold til eldre misbrukere. De yngste har andre problemer og trenger andre tilnærminger enn de eldre. Den øvre grensen på 30 år oppleves som kunstig. Det bør være misbrukerens grad av psykisk lidelse og behovet for utredning og behandling som avgjør om vedkommende skal få tilbud fra en tjeneste som har spesialisert seg på forholdet mellom psykiatri og rusmisbruk, og ikke misbrukerens alder.
- Det er stort frafall fra ungdomsteamene.  
Nesten hver tredje klientavtale avlyses på grunn av manglende frammøte. Dette skyldes primært at rusmiddelmisbrukerne er en gruppe med skiftende og ofte svak motivasjon for behandling, og at mange av dem generelt lever et ustabil liv. utfordringen er å ta i bruk arbeidsmåter som kan fange dem opp på tross av den manglende stabiliteten. Selv om ungdomsteamene har utviklet mer varierte og utadvendte tilnærminger enn f.eks. de voksenpsykiatriske poliklinikkene, er tilbudet fortsatt i stor grad basert på tradisjonelle polikliniske samtaler på behandlerens kontor.

I intervjuundersøkelsen kommer det tydelig fram at det er liten tillit til at voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien kan ivareta behovet for psykiatrisk utredning og behandling for rusmisbrukere med psykiske lidelser. For voksenpsykiatrien framheves de generelle kapasitetsproblemene, samt mangelfull tilpasning av metoder og arbeidsmåter i forhold til denne målgruppen. For barne- og ungdomspsykiatrien framheves manglende kapasitet, manglende kompetanse, og mangelfull interesse for gruppen. Det understrekes at barne- og ungdomspsykiatrien gir svært få tilbud til ungdom med rusproblemer. Dette stemmer godt overens med statistikken i årsmeldingene for barne- og ungdomspsykiatrien, som viser at bare ca. 0,5% av klientene i barne- og ungdomspsykiatrien har rusproblemer som hovedhenvisnings-grunn. De intervjuede oppgir at barnevernet er den instans som i størst grad har kontakt med disse ungdommene.

På bakgrunn av de mangelfulle tilbudene som gis til unge rusmiddelmisbrukere i voksenpsykiatrien og særlig i barne- og ungdomspsykiatrien, er det svært lett å forstå den skepsis som uttrykkes til forslaget om å overføre kompetanse og ressurser fra ungdomsteamene til voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien. De intervjuede uttrykker frykt for at det vil kunne føre til at viktige tilbud til unge rusmiddelmisbrukere vil kunne forsvinne eller bli nedprioritert.

På den annen side kan en reise spørsmål ved om ungdomsteamene som særtiltak for unge rusmiddelmisbrukere kan ha ført til at den øvrige voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien har sluppet å ta sitt ansvar for denne gruppen og dermed har kunnet nedprioritere den.

Rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser er nå så vanlig at psykisk helsevern må ha flere typer tiltak for disse gruppene, hvorav noen må være lett tilgjengelige og desentraliserte. Samtidig må psykiatriens tilbud være tilstrekkelig spesialisert i forhold til tilbudene i kommunene og i rusmiddelomsorgen. Tilbudene innen psykisk helsevern må inneha slik spesialistkompetanse at de dekker de behovene som kommunene og rusmiddelomsorgen har for støtte, veiledning

og samarbeid, foruten utredning og behandling. En videre utbygging av ungdomsteamene for å dekke disse behovene vil være problematisk av flere grunner.

For det første finnes det et psykiatrisk ungdomsteam ett eller noen få steder i hvert fylke. En utbygging slik at f.eks. hvert DPS-område dekkes av et fullstendig ungdomsteam synes urealistisk. Med bakgrunn i behovet for desentraliserte tjenester, er det mer aktuelt å opprette enkeltstillinger med kompetanse på behandling av psykiske lidelser hos rusmisbrukere flere steder enn der hvor det er ungdomsteam i dag. Disse kan ikke fungere isolert, men må være en integrert del av et større psykiatrisk fagmiljø. Dette tilsier spesialstillinger ved DPS'ene som skal gi tilbud til rusmisbrukere med psykiske lidelser, et tilbud som er faglig og organisatorisk integrert i DPS'ene.

Flere fylker har allerede gjennomført en slik omorganisering med "ungdomsteamsstillinger" som en del av DPS'ene (Telemark, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Nordland).

For det andre er det behov for spesialiserte poster og team ved sentralsykehusene (se Statens helsetilsyn IK-2727 for en nærmere beskrivelse av disse). For de psykiatriske ungdomsteamene ved sentralsykehusene vil det være naturlig å inngå sammen med disse i større organisatoriske enheter med bredere kompetanse innen fagfeltet rusmisbruk/psykiske lidelser.

Det er også et moment at rusmiddelmissbrukerne etter hvert får mer alvorlige psykiatriske tilstander, ofte komplisert med forskjellige somatiske sykdommer. Dette tilsier i seg selv at de psykiatriske tilbudene forankres i større medisinske miljøer, der det bl.a. er bedre muligheter for å gi forsvarlig behandling med psykofarmaka og foreta nødvendige somatiske undersøkelser og vurderinger.

Det tredje forholdet gjelder aldersavgrensningen. For de voksenpsykiatriske tilbudene ved DPS'ene og sykehusene synes det unaturlig å ha en øvre aldersgrense på 30 år for rusmiddelmissbrukere. Det bør være misbrukerens psykiske lidelser, problemer og behov som avgjør om han skal få et tilbud fra voksenpsykiatrien, og ikke om han er over eller under 30 år. Dersom en skal opprettholde ungdomsteam eller ungdomsteamsstillinger med en øvre aldersgrense på 30 år, vil det være nødvendig å bygge ut egne tilbud innen voksenpsykiatrien til rusmiddelmissbrukere som er over 30 år. Da det er vanskelig å se at denne gruppen i særlig grad trenger kvalitativt annerledes tilbud enn rusmisbrukere som er under 30 år, synes det i stedet naturlig å ha felles tilbud innen voksenpsykiatrien til rusmisbrukere over og under 30 år. Dette tilsier at ungdomsteamenes tilbud utvides til den samme aldersmålgruppen som gjelder for voksenpsykiatrien generelt, med andre ord at tilbudet ikke lenger avgrenses som et "ungdomstilbud". I parentes bemerket har ungdomsteamene heller ikke til nå vært et "ungdomstilbud", slik navnet tilsier, da det verken språklig, juridisk eller utviklingspsykologisk er særlig dekning for å sette aldersgrensen for ungdom ved 30 år.

Selv om aldersgrensen på 30 år oppheves, vil de spesialiserte psykiatriske tilbudene til rusmisbrukere i praksis fortsatt gi hovedtyngden av sine tilbud til unge voksne, da rusproblemer og spesielt misbruk av illegale stoffer er sterkt overrepresentert i denne aldersgruppen.

Også den nedre aldersgrensen ved ca. 15 år er problematisk. Argumentet for å opprettholde et særskilt organisert tilbud for ungdom ned til ca. 15 år utenfor barne- og ungdomspsykiatrien, er at barne- og ungdomspsykiatrien i svært liten grad gir tilbud til ungdom med rusproblemer. Men rusproblemer i denne alders-

gruppen er nå svært utbredt og økende. Barne- og ungdomspsykiatrien er en tjeneste som er desentralisert utbygd, som i utgangspunktet skal yte tjenester til barn og ungdom med alle typer psykiske lidelser. Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 vil føre til en kraftig utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien. På denne bakgrunn må barne- og ungdomspsykiatri ta sitt ansvar for ungdom med rusproblemer og psykiske lidelser. Det trengs imidlertid et særskilt program for å ruste opp barne- og ungdomspsykiatriens kompetanse på behandling av ungdom med rusproblemer, med særskilt vekt på behandlingsmetoder for de yngste misbrukerne.

Også aldersgrensen på 18 år mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien er problematisk. Det meldes om store problemer med overføring av behandlingstrengende ungdom mellom de to tjenestene når de passerer 18 år. Dette problemet er imidlertid generelt og gjelder for ungdom med mange typer problemer og psykiske lidelser. Løsningen må være et tettere samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien generelt, og bedre kompetanse på behandling av ungdom med rusproblemer i barne- og ungdomspsykiatrien. Samarbeidet blir neppe bedre av at barne- og ungdomspsykiatrien slipper å forholde seg til ungdom med rusproblemer, og at en tjeneste innen voksenpsykiatrien som ungdomsteamene skal ha behandlingsansvar for en aldersgruppe som barne- og ungdomspsykiatrien ellers har ansvaret for. I tillegg kommer at de yngste trenger noe andre behandlingstilnærminger enn de som ungdomsteamene har utviklet for de eldre, noe som antakelig er en del av forklaringen på at også ungdomsteamene har hatt få klienter i den yngste gruppen.

Ungdomsteamene driver et viktig utviklings- og kompetansehevende arbeid og har et "koordineringsutvalg" som bl.a. har arrangert ulike kurs for de ansatte i ungdomsteamene. Dessverre har kunnskapene muligens i for liten grad blitt gjort tilgjengelig for andre enn ansatte i teamene. Dagens situasjon krever samarbeid, samhandling og koordinering av ulike tilbud og styrking av kompetansen innen fagfeltet psykiatri/rusmiddelmissbruk hos ansatte i en rekke forskjellige deltjenester. Arenaer for kompetanseoppbygging og kompetanseoverføring bør gjøres tilgjengelig for ansatte i spesialisthelsetjenesten, misbrukeromsorgen og de kommunale helse- og sosialtjenestene. Det er viktig med felles møtsteder for ansatte i ulike etater og tjenester, for å stimulere til debatt og fagutvikling på tvers av organisatoriske grenser. De statlige midler som i dag går til koordineringsutvalget bør inngå i et slikt videre faglig forum eller utvalg.

På bakgrunn av ovenstående fremmes følgende generelle anbefalinger:

- 1) Voksenpsykiatriens kompetanse på behandling av rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser bør styrkes. Ungdomsteamene bør bli en integrert del av voksenpsykiatrien, både på DPS-nivå og på sentralsykehusnivå. Det bør bygges ut spesialiserte poster og polikliniske team ved sentralsykehusene for rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser, og opprettes spesialstillinger ved DPS'ene. Ungdomsteamene bør inngå i disse og behandle rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser uten noen øvre aldersgrense.
- 2) Barne- og ungdomspsykiatrien bør få et klarere definert ansvar for ungdom med rusproblemer og psykiske lidelser. Det bør iverksettes et kompetanseoppbyggingsprogram for å styrke barne- og ungdomspsykiatriens muligheter til å yte tjenester til ungdom med rusproblemer.
- 3) Koordineringsutvalget for de psykiatriske ungdomsteamene bør utvides til å bli et koordineringsutvalg for fagfolk som arbeider med rusrelatert psykiatri i ulike sammenhenger. Utvalget bør få som oppgave å arrangere faglige samlinger og kursvirksomhet og annen kompetanseoppbygging.

## Litteratur

Bakken A. (1998): Ungdomstid i storbyen. Rapport 7/98, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.

Berg IK, Miller SD (1992): Working with the problem drinker. A solution-focused approach. Brief Family Therapy Center, Milwaukee, Wisconsin, W. W. Norton Company, New York.

Bruseth T, Lohne P. (1999): Kontinuerlig behandlingsteam for personer med alvorlig psykisk sykdom og rusmiddelmisbruk. Notat, Tøyen distriktpsykiatriske senter, Oslo.

Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE (1996): The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2):391-9.

Førland M (1999): Veiledningsgrupper. Notat. Psykiatrisk ungdomsteam for Asker og Bærum.

Grytten L (red) (1998): Rusmidler i Norge. Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.

Grønås U (1996): Tidlig intervensjon i familier med ungdom som står i fare for å utvikle eller er i et tidlig stadium av et rusmiddelmisbruk. En familierapeutisk tilnærming basert på løsningsorientert korttidsterapi. Psykiatrisk ungdomsteam, Gaustad sykehus, Oslo.

Hauge R, Østby L (1997): Narkotikabruk i kommunene 1993-1996. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning og Rusmiddeldirektoratet, Oslo.

Heitun, OG (1988): De psykiatriske ungdomsteamene. Om behandling og rehabilitering av rusmisbrukere i Norge. Sentralrådet for narkotikaproblemer, Oslo.

ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Universitetsforlaget. Oslo 1999.

Johannessen S (1999): Familieaktivering. Notat. Psykiatrisk ungdomsteam for Asker og Bærum.

Johnsen J, Nygaard E (1995): Effekter av behandling. Rusmiddeldirektoratet / Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC (1996): Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53 (11):1022-31.

Koordineringsutvalget for de psykiatriske ungdomsteamene (1996): PUT-undersøkelsen 1996. Upublisert rapport framlagt på landskonferansen for psykiatriske ungdomsteam.

Legemidler og samfunn (1999). Nr. 1/99. 20. årgang. Legemidler og samfunn, Oslo.

- Pedersen W (1998): Bittersøtt: Ungdom, sosialisering, rusmidler. Universitetsforlaget, Oslo.
- Paulsen M (1999): Boligprosjektet. Notat, Psykiatrisk ungdomsteam for Asker og Bærum.
- Ramström J (1997): Skador av hasch och marijuana. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Ravndal E, Hammer T, Vaglum P (1984): Arbeidstrening, arbeid og rusmiddelmissbruk. Universitetsforlaget, Oslo.
- Ravndal E, Vaglum P (1992): Depresjon blant stoffmisbrukere i behandling i Oslo. Institutt for medisinske atferdsfag, Universitet i Oslo.
- Ravndal E, Vaglum P (1995): Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling. En undersøkelse av stoffmisbrukere ved Veksthuset, Gaustad sykehus. Rusmiddeldirektoratet / Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264 (19), 2511-8.
- Rusmiddeldirektoratet (1997): Statistikk over behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak for rusmisbrukere. NIDaR - rapport nr. 2/1997, Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Rusmiddeletaten / MARIO (1999): Metadonassistert rehabilitering i psykiatriske institusjoner. Oslo kommune.
- Skog OJ (1990): Utvikling av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens. SIFA rapport nr. 1/90, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Skretting A (1996): Ungdom og rusmidler. Rusmiddeldirektoratet / Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.
- Socialstyrelsen (1999): Personer med svår psykisk störning och rusmiddelmissbruk. Psykiatriuppföljningen 1999:1, Stockholm.
- Sosialdepartementet (1969): Alminnelig forskrift om institusjoner som går inn under Lov av 19. juni 1969 om sykehus m.v. og Lov av 28. april 1961 om psykisk helsevern.
- Sosialdepartementet (1976): Stortingsmelding nr 66 (1975-76) Om narkotika-problemer.
- Sosialdepartementet (1983): Rammebeskrivelse for de tverrfaglige psykiatriske ungdomsteamene. Rundskriv I-1036 1983.
- Sosialdepartementet (1986): Stortingsmelding nr 13 (1985-86) Om narkotika-problemene og narkotikapolitikken.
- Sosialdepartementet (1988): Handlingsplan mot stoffmisbruk 1988-92.



Sosialdepartementet (1992): Stortingsmelding nr 69 (1991-92) Tiltak for rusmisbrukere.

Sosial- og helsedepartementet (1997): Stortingsmelding nr 16 (1996-97) Narkotikapolitikken.

Sosial- og helsedepartementet (1997): Stortingsmelding nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Statens helsetilsyn (2000): Koordinering av psykososialt arbeid for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Utredningsserien 2-2000. IK-2692.

Statens helsetilsyn (2000): Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Kartlegging av antall og behandlingsbehov. Utredningsserien 10-2000. IK-2727.

Strand, GW (1998): Hvordan kan man møte overdoseproblematikken på kort og lang sikt i Oslo kommune? Rapport med forslag til tiltak fra arbeidsgruppe som har vurdert overdoseproblematikken. Oslo kommune, Rusmideletaten.

Størksen P (1997): Legen, stoffmisbrukeren og medikamentmisbruket. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1997;110: 2902-8.

Taksdal A. (1994): Kvinnerettet rusbehandling. Statens Helsetilsyn, Oslo.

Vestel V, Moshuus GH, Øya T, Bakken A (1997): Nye ungdomskulturelle utviklingstrekk og misbruksmønstre. Vedlegg til Stortingsmelding nr. 16 (1996-97), Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Walby FA, Borg P, Eikeseth PH, Neegaard E, Kjerpeseth K, Bruvik S, Waal H (2000): Bruk av metadon i behandlingen av heroinavhengige psykotiske pasienter. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2000;120:195-8.

Waal H, Duckert F (1996): Behandling av rusproblemer - nytter det, og hva koster det? Temaserie 1996:2, Rusmiddeldirektoratet og Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.

Øia T (1998): Oppvekst i Skien i et forebyggende perspektiv. NOVA-rapport 13/98. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.

Årsberetninger for 1996, 1997 og 1998. Psykiatrisk ungdomsteam, Sør-Trøndelag.

Årsmelding 1997 og 1998. Psykiatrisk ungdomsteam, Ullevål sykehus.

Årsmelding for 1998. Psykiatrisk ungdomsteam, Stavanger.

Årsmelding for 1995. Psykiatrisk ungdomsteam, Telemark.



Som ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet ble det på oppdrag fra Statens helsetilsyn gjort en utredning av de psykiatriske ungdomsteamene i lys både av utviklingen når det gjelder misbruksmønster, behovet for behandlingstiltak for gruppen med dobbeltdiagnose og fordelingen av ansvar mellom ulike tjenester.



Det er gjennomført en spørreundersøkelse rettet til kommunale og fylkeskommunale instanser for å få fram synspunkter på dagens misbruksproblemer og behandlingsopplegg samt synspunkter på fremtidig organisering. Rapporten konkluderer med at de psykiatriske ungdomsteamene bør bli en integrert del av voksenpsykiatrien, og at det bør utbygges spesialiserte poster og polikliniske team for rusmisbrukere med psykiske lidelser. Det tas også til orde for at barne- og ungdomspsykiatrien etter hvert bør få et større ansvar for ungdom med rusproblemer.



Undersøkelsen som ligger til grunn er utført av Siv Skarstein og Amund Aakerholt, og utredningen er skrevet av Siv Skarstein i samarbeid med Statens helsetilsyn.



**Statens helsetilsyn**

Trykksakbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: [trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no)

Internett: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)