

RUS OG PSYKIATRI I INNTEKTSSYSTEMET FOR KOMMUNENE

Hans Olav Melberg
Øyvind Omholt Alver

SIRUS rapport nr. 3/2003.
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2003

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS
Oslo 2003

ISBN 82-7171-248-9
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen&Jensen a.s.

Forord

Bakgrunnen for denne rapporten er at Kommunal- og regionaldepartementet ga Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) i oppdrag å undersøke om ”kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar at kostnadene innen rus- og psykiatrisektoren varierer mellom kommunene.” I dette forordet vil vi presentere to forhold som er viktig for å kunne tolke rapporten korrekt, takke de som har gitt vesentlige bidrag til innholdet og gi en kort bakgrunnsbeskrivelse av SIRUS sin spørreundersøkelse i et utvalg av landets kommuner.

Ideelt skulle man ønske at man kunne foreta en normativ analyse der man så på hvordan utgiftsbehovene innen rus og psykiatri varierte mellom kommunene. Problemet med en slik normativ tilnærming er at man har svært lite informasjon om behovene i kommunene. Den beste løsningen var da å bruke en deskriptiv tilnærming der man så på hvordan de faktiske utgiftene innen rus og psykiatri varierte mellom kommunene. Ofte vil det være et samsvar mellom store utgifter per innbygger og et stort underliggende ressursbehov, men i noen tilfeller kan store utgifter skyldes andre forhold – som for eksempel at en rik kommune kan bruke mer penger enn andre innen rus og psykiatri. Det er derfor viktig å være klar over den begrensning som ligger i at analysen er deskriptiv og ikke normativ.

En annen begrensning man bør være klar over, er at analysen i hovedsak tar utgangspunkt i statistiske sammenhenger og ikke årsakssammenhenger. For eksempel når man beregner utgiftene innen rus og psykiatri, ser man på hvor mye penger som går til personer med rus og/eller psykiske problemer. Dette er en ren statistisk sammenheng og det er usikkert i hvor stor grad rusproblemene er årsaken til at personene trenger kommunale tjenester. Ofte kan det her være et samspill av flere faktorer og man bør derfor ikke tolke tallene i rapporten som presise beregninger på hvor mye problemer innen rus eller psykiatri koster kommunene i betydningen ”rus og psykiatri alene er årsaken til utgiftene.”

Prosjektet har benyttet data fra en rekke kilder og vil takke følgende institusjoner for hjelp med å frembringe data og opplysninger: SSB, KOSTRA, Kommunenes Sentralforbund, SINTEF Unimed, SHdir, KRd, NSD, HUNT, Husbanken, Vinmonopolet, Rusmideletaten Oslo

Kommune og kommunene som deltok i den forberedende fasen til dette prosjektet (Oslo, Skien, Bergen, Voss, Namsos og Namdalseid).

Prosjektet har videre hatt stor nytte av innspill og merknader fra KRD (Tone Fidje, Grete Lilleschulstad, Eirik Lund, Nina Nilsen og Erlend Nordby), fra Audun Langørgen i SSB, fra representanter fra Sosialdepartementet og Olaf G. Aasland i Legeforeningen. På SIRUS har ulike personer bidratt med tid og tall (bla. Ellen Amundsen, Anne Line Bretteville-Jensen, Astrid Skretting og Sturla Nordlund).

SIRUS har også gjort en egen spørreundersøkelse i et utvalg på over 60 kommuner som skal være representative for alle landets kommuner (Lund, Lauritzen & Hauge, 2003). Fra undersøkelsen har vi hentet opplysninger fra kommunale sosialetater blant annet om andelen sosialhjelpsklienter med rusmiddelproblemer og om antall rusmiddelmisbrukere i kommunene.

Oslo, september 2003

Hans Olav Melberg
Øyvind Omholt Alver

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Problemstilling.....	11
1.2 Dagens system og rus/psykiatri.....	11
1.3 Avgrensning og presisering	15
1.3.1 Definisjon av utgifter og brukergrupper	15
1.3.2 Tolkning av beregnede utgifter.....	15
1.3.3 Utgifter og grupper som ikke er inkludert	16
2 Størrelsen på brukergruppene	17
2.1 Er rusproblemene større i storbyene og eventuelt hvorfor?	20
2.2 Psykiske problemer i store og små kommuner.....	23
3 Hva slags utgifter og hvor mye?	24
3.1 Hva slags utgifter har kommunene?.....	24
3.2 Hvor store er de totale utgiftene?	28
3.2.1 Utgifter til rusmiddelmissbrukere	31
3.2.2 Utgifter til personer med psykiske lidelser	31
3.2.3 Bolig og oppholdsutgifter.....	32
3.2.4 Sosialhjelp	33
3.2.5 Barnevern.....	36
3.2.6 Andre tjenester	36
3.2.7 Sammenlagt beregning av utgiftene	37
4 Hvor mye varierer utgiftene og hvorfor?	39
4.1 Variasjon som følge av innbyggerantall.....	39
4.2 Variasjon mellom kommuner etter geografisk nærhet til behandlingsinstitusjoner	42
4.3 Målene med regresjonsanalysen.....	43
4.4 Opplegget for regresjonene.....	44
4.4.1 Avhengige variabler.....	44
4.4.2 De uavhengige variablene.....	49
4.5 Generelt om tolkningen av regresjonsresultatene.....	53
4.5.1 Tolkning av lineære koeffisienter	53
4.5.2 Tolkning av koeffisienter til de ikke-lineære variablene	53
4.5.3 Tolkning av statistisk signifikans	54
4.6 Resultater fra regresjonsanalysen.....	55

4.6.1	Direkte utgifter til rusmiddelmissbrukere (funksjon 243) ..55
4.6.2	Om kvaliteten på funksjon 243 ("tilbud til personer med rusproblemer")58
4.6.3	Samleutgift: Rus og sosialhjelp.....60
4.6.4	Om bruk av regresjonsresultatet til å velge kriterier.....61
4.6.5	Barnevern.....63
4.6.6	Helsestell, Pleie og omsorg.....64
4.6.7	Psykiatriske innleggelses og konsultasjoner64
4.7	Oppsummering64
4.8	Svakheter og endringer som vil påvirke analysene.....71
5	Konklusjon..... 72
6	Vedlegg..... 75
6.1	Grupperingen av landets kommuner i rapporten75
6.2	Liste over funksjonsinndelingen i KOSTRA.....76
6.3	Oversikt over verdiene på de avhengige variablene.....78
6.4	Oversikt over de uavhengige variablene.....79
6.5	Forklaring til de uavhengige variable81
6.6	Korrelasjonsmatrise for de uavhengige variablene88
	Summary in English.....89
	Referanser.....91

Sammendrag

Denne undersøkelsen har til hensikt å undersøke om ”kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar at kostnadene innen rus- og psykiatrisektoren varierer mellom kommunene.” Rapporten har tre hoveddeler som tar for seg henholdsvis brukergruppens størrelse, kommunenes utgifter og til slutt en analyse av hvilke kriterier som kan forklare variasjonen i utgifter og brukergrupper.

Prosjektgruppen har undersøkt et stort datamateriale for å prøve å beskrive variasjon i brukergruppens størrelse mellom kommuner. Blant annet har man innhentet opplysninger om antall rusrelaterte diagnoser ved somatiske sykehus og antall psykiatriske konsultasjoner/innleggelser for hver kommune. Disse variablene indikerer noe av variasjonen i brukergruppens størrelse mellom kommuner. Begge variablene viser en tendens til at store kommuner – og spesielt storbyene – har større brukergrupper enn andre kommuner. En noe klarere tendens fant man i de direkte kommunale utgiftene til rusarbeid der store kommuner (over 40 000 innbyggere) hadde fem ganger større utgifter per innbygger enn små kommuner (under 5000 innbyggere). Selv om tendensen var klar, var det også mange unntak der små kommuner hadde til dels meget store utgifter per innbygger og store brukergrupper i forhold til folketallet.

Med utgangspunkt i regnskapsdata fra KOSTRA-databasen har kommunenes utgifter til personer med rusproblemer og eller psykiske problemer blitt analysert. Denne rapporten beskriver utgiftene deskriptivt eller slik de faktisk framkommer i regnskapene og ikke normativt ut i fra behovsanalyser. Lovverket pålegger kommunene ansvaret for flere tjenester der bruk av rusmidler trolig er en av flere viktige årsaker til omfanget av tjenestebehovet. Blant de viktigste direkte kommunale utgiftene, er egenandeler ved behandling og kostnader knyttet direkte til arbeid med rusmiddelmissbrukere (utekontakter med mer). Kommunene i Norge brukte til sammen over 500 millioner på dette arbeidet i 2001 (netto) dvs. 112 kroner per innbygger. Det finnes ingen tilsvarende oversikt i regnskapene over hvor mye kommunene brukte av egne midler på psykisk helsearbeid (dvs. i tillegg til midlene fra den statlige opptrappingsplanen), men det er grunn til å tro at bruken av egne midler er beskjeden - både fordi kommunene ikke betaler egenandeler ved

psykiatrisk behandling og fordi opptrappingsmidlene dekker mange av de utgiftene kommunene har.

I tillegg til de direkte utgiftene til rus og psykiatri kommer indirekte utgifter der sosialhjelp og barnevern peker seg ut som ekstra viktige. Prosjektgruppen har samlet informasjon fra ulike brukerundersøkelser og det har også blitt lagt ved spørsmål om brukergrupper og utgifter i en av SIRUS' egne spørreundersøkelser. Med utgangspunkt i disse undersøkelsene, kan man anta at rundt regnet 23% av sosialhjelpsutgiftene går til personer med rusproblemer. Basert på disse anslagene, kan man anslå de totale kommunale rusutgiftene til minst 2,2 milliarder kroner (479 kroner per innbygger). Dette er en relativt liten andel av de totale kommunale driftsutgiftene, men det er store variasjoner mellom kommunene.

For å undersøke om dagens kriterier i kostnadsnøklene i tilstrekkelig grad fanger opp variasjonen i utgifter til rus og psykiatri mellom kommuner, og for å undersøke om andre relevante variable kunne være aktuelle som objektive kriterier, har statistisk analyse blitt gjennomført. Analysen av variasjonene mellom kommunenes utgifter viser at flere av de sosiale kriteriene som er i kostnadsnøkkelen for statlige overføringer til kommunene ("skilte 15-59 år" og "arbeidsledige 16-59 år"), sammen med den mer indirekte relaterte variabelen "innvandrere, fjernkulturelle, over 5 år" fanger opp en betydelig del av de direkte rusutgiftene (32% etter at man hadde justert for kommunens frie inntekter). Blant de variablene som ikke er i det nåværende inntektssystemet, fant man i analysen at "rusrelaterte diagnoser" ved sykehus påvirket rusutgiftene og at "psykiatriske innleggelses og konsultasjoner" var en signifikant variabel for å forklare kommunale variasjoner i utgifter til sosialhjelp og barnevern. Videre fant man at forskjellige variabler som fanger opp "urbanitet" også kunne forklare en del av variasjonen mellom kommunene.

For å analysere variasjoner i brukergruppen innen psykiatri, analyserte man også antallet personer i ulike kommuner som i løpet av 2001 enten ble innlagt eller var til konsultasjon ved en psykiatrisk behandling sinstitusjon. Konklusjonen fra disse analysene, var at man i liten grad klarte å forklare variasjonen mellom kommunene. Den eneste variabelen – bortsett fra størrelsen "frie inntekter i fylket" – som viste seg å være signifikant var andelen "ikke-gifte 16 og 67 år."

Hovedkonklusjonen blir dermed at de eksisterende variablene i kostnadsnøklerne forklarer mye av variansen i utgiftene innen rus og psykiatri (relativt til det som lar seg forklare) og dersom man skulle legge til noen variabler så bør man vurdere både "rusrelaterte diagnoser", antall "psykiatriske innleggelser og konsultasjoner", eller en variabel basert på folketall (folkemengde opphøyet i 0,2 eller invers folkemengde). Alle disse kom ut som viktige variabler i flere av regresjonene.

1 Innledning

1.1 Problemstilling

Hovedproblemstillingen i denne rapporten er å undersøke om ”kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar at kostnadene innen rus- og psykiatrisektoren varierer mellom kommunene.” For å svare på dette spørsmålet må man:

- Presisere hva man mener med ”kommunenes kostnader innen rus og psykiatri.”
- Lage en oversikt over hvilke typer utgifter kommunene har og beregne størrelsen på disse utgiftene
- Se på hvilke variabler som kan forklare forskjeller mellom kommunene
- Undersøke i hvor stor grad kriteriene i inntektssystemet allerede fanger opp disse variasjonene
- Vurdere om det finnes andre variabler som fanger opp variasjonene på en bedre måte enn de som allerede er i kostnadsnøklene

Før man vurderer endringer i kostnadsnøklene må man dokumentere at utgiftene innen sektorene er store, at de varierer systematisk med visse variabler, og at denne variasjonen ikke fanges opp i de eksisterende kriteriene. Disse punktene danner strukturen i denne rapporten. Rapporten analyserer ikke de fordelingsmessige konsekvensene av ulike endringer da dette ble presisert til å ligge utenfor prosjektets oppgave.

Innledningsvis kan det være nyttig å gi et kort overblikk over dagens system og bakgrunnen for at man ønsker å se nærmere på utgiftene innen rus og psykiatri, før man så går løse på punktene nevnt ovenfor.

1.2 Dagens system og rus/psykiatri

Inntektssystemet er et system for fordeling av statlige rammetilskudd til kommuner og fylkeskommuner. Hensikten med inntektssystemer er å sørge for en rettferdig fordeling av midlene som blir tilført

kommunesektoren. Overføringene gjennom inntektssystemet skal så langt som mulig være basert på objektive kriterier.

Forskjellene mellom landets kommuner er til dels store når det gjelder befolkningssammensetning, geografisk struktur og størrelse. Dette medfører at det er store variasjoner mellom kommunene i hvilke behov innbyggerne har for kommunale tjenester, og hvor mye det koster å produsere en enhet av tjenestene. Gjennom utgiftsutjevningen i inntektssystemet skal kommunene i prinsippet få full kompensasjon for ufrivillige kostnadsulemper. Med ufrivillige kostnadsulemper menes forhold som kommunen selv ikke kan påvirke. Faktorer som fanger opp ufrivillige kostnadsulemper omtales også som objektive kriterier. Kriteriene i kostnadsnøkkelen for kommunene består av slike objektive kriterier (se tabell 1).

For utenforstående kan systemet virke noe komplisert og det kan derfor være nyttig med et kort overblikk. Kommunene i Norge får flere ulike tilskudd fra staten. En viktig del av dette er innbyggertilskuddet. Andre tilskudd er - eller har vært - Nord-Norgetilskuddet, Regionaltilskuddet, Storbytilskuddet og Skjønnstilskuddet (I tillegg kommer ulike øremerkede tilskudd). I 2001 var satsen for innbyggertilskuddet 6787 kroner per innbygger i kommunene så dette er en betydelig del av kommunenes inntekter. Tilskuddene blir justert både for variasjoner i inntekt og utgifter. Rike kommuner (med store skatteinntekter) får mindre og kommuner med store behov får mer (utgiftsutjevning). For å bestemme hvor stort utgiftsbehov de ulike kommunene har, er det laget en liste med kriterier og vekter (kostnadsnøkklene). Disse kriteriene deles inn i undergrupper etter hva slags utgiftsbehov de er ment å fange opp (skole, administrasjon eller helse). For eksempel vil en kommune med relativt mange unge få mer enn andre fordi man forventer at den har større utgifter til skole. Systemet er nærmere beskrevet i Inntektssystemutvalgets utredning "Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner" (NOU 1996:1). Kriteriene i dagens system bygger i hovedsak på de analysene som ble foretatt i denne utredningen.

Utgifter til personer med rusproblemer og psykiske lidelser ble ikke analysert av Inntektssystemutvalget. I Sem-erklæringen varslet Samarbeidsregjeringen at det i det videre arbeidet med inntektssystemet ville legge særlig vekt på at utgifter grunnet rus- og psykiatriproblemer skal

bli tatt tilstrekkelig hensyn til i inntektssystemet: ”Samarbeidsregjeringen vil legge kriterier knyttet til rusproblematikk inn i kommunenes inntektssystem for å sette kommuner som har særlige problemer knyttet til konsentrasjon av rusmisbrukere bedre i stand til å gi disse et godt tilbud.”

Selv om analysene som ligger bak kriteriene i dagens kostnadsnøkkel ikke bygget eksplisitt på vurderinger av kommunenes utgifter innen rus og psykiatri, analyserte man visse utgifter som trolig er relatert til rus og psykiatri (bla. sosialhjelp og barnevern) og disse analysene førte til at man inkluderte sosiale kriterier som ”antall skilte” og ”antall arbeidsledige” i kostnadsnøkkelen (se Langørgen 1995). Disse kriteriene fanger trolig opp deler av behovet innen rus og psykiatri, men det er nødvendig med nærmere analyser for å si noe om i hvor stor grad dette er tilfelle.

En annen grunn til å se på utgiftene innen rus og psykiatri, er at disse trolig har vokst siden Inntektssystemutvalget gjorde sine analyser. Veksten er en konsekvens både av reformer der kommunene har fått større ansvar for ulike tjenester og av en generell vekst i problemets omfang. I denne sammenheng er det spesielt interessant å se på storbyenes situasjon. Det har vært hevdet at problemomfanget innen rus og psykiatri er betydelig større i storbyene enn i mindre kommuner. I den grad dette er tilfelle er det først og fremst storbyene som taper på at utgiftsbehovet knyttet til rus og psykiatri ikke er godt nok fanget opp gjennom kriteriene i dagens kostnadsnøkkel. Inntil det kan innføres nye kriterier i kostnadsnøkkelen kompenseres derfor f.o.m. 2003 de største byene gjennom et midlertidig storbytilskudd i inntektssystemet. Dette tilskuddet var på til sammen 70 millioner kroner og ble delt mellom åtte kommuner (Bergen, Trondheim, Stavanger, Drammen, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø og Skien).

Tabell 1 Delkostnadsnøklene og kostnadsnøkkelen (2002)

Administrasjon	Vekt
Basis	0,084
Innbyggere	0,916
SUM	1,000
Grunnskole	Vekt
Basis	0,038
Innbyggere 6-15 år	0,850
Beregnet reisetid	0,048
Innbyggere bosatt spredt	0,000
Sone	0,030
Nabo	0,034
SUM	1,000
Helse	Vekt
Innbyggere 0-15	0,053
Innbyggere 16- 66	0,050
Innbyggere 67-79	0,140
Innbyggere 80-89	0,256
Innbyggere 90 og over	0,097
Andel skilte 16-59 år	0,123
Andel arbeidsledige 16-59	0,042
Andel innvandrere. m/fjernkulturell bakgrunn	0,008
Andel døde	0,051
Andel ikke-gifte o.67 år	0,051
Andel PU 16 år og over	0,123
Andel PU under 16 år	0,006
SUM	1,000
Totalkostnadsnøkkel	Vekt
Basis	0,026
Innbyggere 0-5	0,024
Innbyggere 6-15	0,307
Innbyggere 16- 66	0,125
Innbyggere 67-79	0,087
Innbyggere 80-89	0,137
Innbyggere 90 og over	0,051
Andel skilte 16-59 år	0,063
Andel arbeidsledige 16-59	0,022
Beregnet reisetid	0,015
Sone	0,010
Nabo	0,011
Andel døde	0,026
Andel ikke-gifte o.67 år	0,026
Andel innvandrere. m/fjernk. Bakgrunn	0,004
Andel PU 16 år og over	0,063
Andel PU under 16 år	0,003
SUM	1,000

Kilde: Kommunal- og regionaldepartementet

1.3 Avgrensning og presisering

1.3.1 Definisjon av utgifter og brukergrupper

Utrykket ”utgifter innen rus og psykiatri” kan tolkes på flere måter og størrelsen på utgiftene vil variere betydelig avhengig av hvilken tolkning man velger. Man kan, for eksempel, velge å bare se på de direkte utgiftene knyttet til omsorg og behandling, eller man kan ta med mer indirekte utgifter som kostnader knyttet til sosialhjelp og barnevern. Man kan også velge å bruke en streng definisjon av ”problemer innen rus og psykiatri” slik at man bare inkluderer utgifter til personer som har fått en psykiatrisk diagnose eller er blitt behandlet for rusproblemer. Man vil da få et mye lavere anslag på utgiftene enn om man bruker en vid definisjon der man inkluderer kostnader til personer som har mildere (ikke-diagnostiserte) psykiske plager eller som har et godt over gjennomsnittlig forbruk av rusmidler.

Denne rapporten legger til grunn at man i så stor grad det er mulig ønsker å se på både direkte og indirekte kostnader. Det er totalsummen av utgifter som er interessant fra et kostnadsperspektiv, uansett om den er direkte eller indirekte. Videre vil rapporten bruke en vid definisjon av brukergruppene fordi både rus og psykiatri kan utløse et behov for kommunale tjenester selv om man ikke har vært i behandling eller fått en diagnose.

1.3.2 Tolkning av beregnede utgifter

I praksis er det svært vanskelig å anslå i hvor stor grad problemene med rus og psykiatri er den direkte årsaken til de kommunale utgiftene. Noen av de som får sosialhjelp, bostøtte og andre tjenester ville trolig trenge hjelp og omsorg selv om de ikke lenger hadde rusproblemer eller psykiske plager. Det er tilnærmet umulig å vurdere når rus og/eller psykiatri er den direkte årsaken til at en person har behov for kommunale tjenester og når det bare er en medvirkende årsak. Dette betyr at man *ikke* bør tolke de tallene som kommer frem i denne rapporten som ”kostnader som alene skyldes rus- og/eller psykiske problemer.”

1.3.3 Utgifter og grupper som ikke er inkludert

Prosjektgruppen har i samråd med ressursgruppen fra Kommunal og regionaldepartementet begrenset prosjektets arbeid noe ved å se bort fra enkelte grupper. Bakgrunnen for dette er at kostnadene knyttet til disse gruppene allerede dekkes gjennom andre ordninger i inntektssystemet. Den første gruppen er senildemente som ofte klassifiseres sammen med andre psykiske lidelser, men som faller inn under eldreomsorgen i kommunene og derfor allerede er fanget opp gjennom alderskriteriene i inntektssystemet. Den andre gruppen er psykisk utviklingshemmede. Utgiftene til psykisk utviklingshemmede er allerede analysert og inkludert i inntektssystemet for kommunene. Rådet for psykisk helse valgte også å se bort fra denne gruppen da de skulle beregne kommunenes behovsmessige kostnader i forbindelse med psykisk helse. (Rådet for psykisk helse, 1998). Den tredje gruppen er ”særlig ressurskrevende brukere.” Dette er i stor grad funksjonshemmede (over 80% i følge en undersøkelse i fire fylker, se Robberstad 1997), men i enkelte kommuner er det også personer med rus og/eller psykiske lidelser. Utgiftene til disse dekkes delvis av staten via ordningen om tilskudd til særlig ressurskrevende brukere (skjønnsmidler). Det er uvisst hvor stor andel rus og psykiatri utgjør av de resterende, men Robberstad rapporterer at gruppen ”andre” i 1996 var dominert av ”nevrologiske” sykdommer og skader (bla. trafikkskadde).

2 Størrelsen på brukergruppene

Hvis man hadde hatt oversikt over brukergruppen i samtlige kommuner, dvs. antallet personer med rus og/eller psykiske problemer i hver enkelt kommune, og alvorlighetsgraden til brukerne, samt kostnadene ved behandling kunne man beregnet kommunenes utgiftsbehov til mennesker med rus og/eller psykiske problemer normativt. Mangelfull informasjon om brukergruppen og om kostnadene ved en passende behandling, gjør imidlertid dette svært vanskelig. Mennesker med rus og/eller psykiatriske problem er også brukere av flere kommunale tjenester, noe som gjør det vanskelig å etablere en norm for ressursinnsatsen pr. bruker. I det pågående arbeidet med rus- og psykiatriprosjektet er det derfor ikke mulig å anslå kommunenes utgiftsbehov normativt.

For å bøte på manglene nevnt ovenfor, kunne man vurdere å opprette nasjonale registre med oversikt over størrelsen på de ulike brukergruppene på kommunenivå. Det er imidlertid en rekke vansker knyttet til opprettelsen av slike registre. For eksempel viser erfaringene med "Klientstrømregisteret" (en oversikt over rusmisbrukere i behandlingssystemet) at det er kostnadskrevende å drive et slikt register. Det er også mange praktiske vanskeligheter forbundet med å få forskjellige instanser til å sende inn den informasjonen som er nødvendig for at man skal få et dekkende bilde av brukergruppene. Sist, og viktigst, viser tidligere erfaringer at hensynet til personvernet gjør det vanskelig å opprette slike registre.

Selv om det ikke finnes noe nasjonalt register over brukergruppene på kommunenivå, er det flere nasjonale undersøkelser som kan gi en pekepinn på problemets omfang. Til en viss grad kan disse også brukes til å si noe om enkeltforskjeller – for eksempel om storbyene har flere rusmisbrukere enn andre. Tabell 2 presenterer ulike undersøkelser med ulike definisjoner av psykiske lidelser eller rusproblemer. Tredje kolonne angir hvor mange personer det er som har et rusproblem eller en psykisk lidelse for hele landet gitt de angitte prevalensratene. Siste kolonne viser hvor mange personer det ville bli i en tenkt kommune med 10 000 innbyggere.

Tabell 2: Oversikt over ulike anslag på brukergruppenes størrelse. Tallene er omtrentlige og til dels usikre. Tallet for antall personer andelen ville utgjøre i en kommune på 10000 innbyggere er avrundet og forutsetter en tenkt kommune med lik demografisk fordeling som for landet og en gjennomsnittlig fordeling av personer i brukergruppene.

Psykisk lidelse/ rusproblem	Andel av befolkningen eller befolkningsgruppe	Alders- gruppe	Antall i Norge, utregnet med folketall pr. 1.1.2001	Antall i en kommune med 10 000 innbyggere
Narkotika				
Sprøytebrukere	0,4% ¹	15-65	11 000- 14 000	30
Brukt cannabis siste mnd	2,1% ²	15+	74 000	165
Brukt amfetamin siste mnd	0,3% ²	15+	11 000	25
Brukt ecstasy siste mnd	0,2% ²	15+	7 000	15
Brukt cannabis mer enn 4 ganger siste 6 mnd	3,4% ³	15-30	32 000	70
Brukt amfetamin mer enn 4 ganger siste 6 mnd	0,8% ³	15-30	7 000	15
Brukt ecstasy mer enn 4 ganger siste 6 mnd	0,2% ³	15-30	2 000	5
Risikoadferd alkohol (Vært beruset mer enn 25 ganger siste 6 mnd)	6,6% ³	15-30	62 000	140
Alkoholproblem (Har vært i behandling)	0,9% ⁴	18-65	24 000	55
Alkoholproblem (Utvalg fra Oslo)	6,6% ⁵	18-65	100 000 (3,5%)	230

Kilder og kommentarer:

1. Ødegård, Bretteville-Jensen, & Skretting, 2002. Artikkelen estimerer antall intravenøse narkotikamisbrukere. Prosentandelen av befolkningen er utregnet på bakgrunn av dette.
2. Kouvonen, Rosenqvist & Skretting, 2001.

Psykisk lidelse/ rusproblem	Andel av befolkningen eller befolkningsgruppe	Alders- gruppe	Antall i Norge, utregnet med folketall pr. 1.1.2001	Antall i en kommune med 10 000 innbyggere
Psykisk lidelse (definert som milde/ alvorlige lidelser)	15-20% ⁶	Alle	800 000 (20%)	1500-2000
Henvist til psykiatrien (Andel pr. år henvist av lege til spesialisthelsetjenesten)	2-3% ⁶	Alle	Ca 110 000	200-300
Psykisk lidelse (Definert som sum alvorlige – lettere)	18,9-23,4% ⁷	Alle	950 000 (21,15%)	1900-2300
Psykisk lidelse (Definert som moderate lidelser)	9% ⁷	Alle	400 000	900
Psykisk lidelse (Definert som alvorlige lidelser)	2,9-3,4% ⁷	Alle	140 000	290-340
Dobbeltdiagnose (Definert som alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk)	0,1% ⁸	Over 15	3800	8

3. Upublisert materiale fra SIRUS. Resultater fra undersøkelsen Ungdom og Rusmidler. Undersøkelsen er representativ og landsdekkende med et utvalg på over 5000 personer. Undersøkelsen gjennomføres hovedsakelig for å kunne følge utviklingen i forbruket og ikke for å prøve å angi nøyaktig hvor mange som er brukere på ett gitt tidspunkt. De metodiske problemene med slike undersøkelser er store. Det er vanlig at de som svarer underrapporterer forbruk av rusmidler selv om dette problemet kanskje er mindre blant ungdom i de yngre aldersgruppene. I tillegg er det sannsynlig at ungdom som regelmessig bruker narkotiske stoffer er underrepresentert i undersøkelsene fordi de i mindre grad oppholder seg på sin offisielle adresse og derfor ikke mottar spørreskjemaet eller fordi de i mindre grad besvarer slike spørreskjema enn ungdom i sin alminnelighet. Det er derfor grunn til å tro at tallene referert over er lave anslag, i hvert fall på bruk av narkotiske stoffer. Det er vanskelig å definere grensen for risikoadferd for alkohol, og enda vanskeligere å definere noen grense for når forbruket blir et problem. Det er 1,4% som oppgir at de har drukket seg beruset mer enn 51 ganger siste 6 måneder. (Se også Skretting, 2000).
4. Statens Helsetilsyn, 2000. Viser til antall personer som totalt hadde vært i behandling i rusomsorgen i 1997. Langt de fleste av disse misbrukte alkohol men man vet ikke sikkert andelen. Et lavt anslag på alkoholmisbruk.
5. Statens Helsetilsyn, 2000 Viser til Oslo-undersøkelsen gjennomført for personer i alderen 18-65 år og viste prevalens på 6,6% i Oslo. 100 000 er utregnet for landet med en noe lavere prevalens på 3,5%. Tallet er usikkert.
6. St. meld. nr. 25, 1996-1997. Betegnet som usikre anslag fra kartleggingsundersøkelser i norske lokalsamfunn.
7. Rådet for psykisk helse, 1995.
8. Statens Helsetilsyn, 2000. Rapportens anslag over problemet. De har inndelt dobbeltdiagnosegruppen i tre undergrupper etter type lidelse hvor 3800 er summen. Prosentandelen av befolkningen er utregnet på bakgrunn av dette tallet.

2.1 Er rusproblemene større i storbyene og eventuelt hvorfor?

Det blir ofte hevdet at storbyene har de største rusproblemene i landet. Det er flere forhold som kan peke i denne retningen. I en undersøkelse fra Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning, var gjennomsnittskonsumet av ren alkohol 3,6 liter per år per person i Oslo, mens forbruket var 2,9 liter per person i de 10 nest største byene og 2,5 liter i resten av landet (Amundsen, Nordlund & Vale, 1995). Når man så på antall storkonsumenter fant man også den samme tendensen med mange i Oslo og færre i landkommunene (målt per innbygger).

Når det gjelder narkotika, viser undersøkelser blant ungdom mellom 15 og 20 år at over 25% i Oslo har prøvd cannabis, mens det tilsvarende tallet for andre kommuner er under 15% (Rusmidler i Norge, 2002). Tilsvarende mønster finner man også på andre narkotiske stoffer (heroin, amfetamin, ecstasy osv), med unntak av sniffing der resten av landet kommer høyere ut enn Oslo. Sett i forhold til folketallet har også storbyene en uforholdsmessig stor andel av overdosedødsfallene. Oslo har over 80% av overdosedødsfallene de fleste årene på 90-tallet og det er beregnet at Oslo har i underkant av halvparten av alle injiserende heroinmisbrukere i landet (Bretteville-Jensen & Ødegård, 1999).

Selv om tallene klart indikerer at problemene i gjennomsnitt er større i storbyene enn i landkommunene, er det også tegn som tyder på at flere kommuner er i ferd med å hente inn og i noen tilfeller gå forbi Oslo. I de nevnte overdosedødsfallene var det kommunene utenfor Oslo som hadde den største veksten. Undersøkelser fra SIRUS der kommunene selv rapporterer et estimat for antall sprøytemisbrukere viser den samme tendensen.

Til sammen viser tallene – ikke overraskende – at Oslo og storbyene har store brukergrupper, men de viser også - noe mer overraskende - at flere store kommuner utenom de største storbyene har vel så store brukergrupper relativt til innbyggertallet og at veksten i narkotikaproblemene ser ut til å ha vært størst utenfor storbyene.

Hvis det er slik at storbyene har relativt større brukergrupper enn andre, kan det være to årsaker til dette. Enten at byene genererer flere rusmisbrukere eller at byene tiltrekker seg personer med høyt forbruk av alkohol og rusmidler. Data er innhentet fra flere ulike kilder for å se nærmere på dette problemet. Fra en spørreundersøkelse utført av Rusmiddelstaten i Oslo kommune ved AIDS-infobussen i Oslo ("Sprøytebussen"), har man data om hvilken kommune brukerne bor i. På spørsmålet "Hva heter kommunen der du bor?" svarer 24,6% at de bodde i kommuner utenfor Oslo. De som svarte at de bodde i Oslo ble også spurt om hvor lenge de hadde bodd der og 47,5% svarte de hadde bodd i Oslo hele livet. Av de som hadde flyttet til Oslo, hadde 7,5% flyttet til Oslo siste året og 71,6% hadde flyttet dit i løpet av de siste 10 årene.

Selv om tallene sier at mange av de som benytter seg av sprøytebussens tilbud kommer fra andre kommuner enn Oslo, kan man ikke si at 24,6% av injeksjonsmisbrukerne i Oslo kommer fra andre kommuner. Mange av Sprøytebussens brukere er antagelig bare på kort gjennomreise og vil ikke medføre noen utgift for kommunen. Tallene sier likevel noe om at rusmiljøet i Oslo tiltrekker seg mennesker fra store deler av landet som kommer inn for lengre eller kortere perioder.

Rusmiddelstaten i Oslo Kommune har også tall om brukerne av de kommunale rusinstitusjonene. Opptellingen viser at 13,6% av personene som har hatt kontakt med systemet kommer utenbys fra, men de utgjør bare 3,9% av totalt antall kontakter med behandlingsapparatet. Det er med andre ord ikke slik at 13,6% av ressursene går til personer utenfor Oslo. Rusmiddelstaten i Oslo Kommune sier også at personer registrert i andre kommuner kan komme inn på akuttinstitusjoner/ avrusningsinstitusjoner, men at de etterlyser garantier fra den kommunen hvor personen er folkeregistrert etter ett døgn og skriver ut personer de ikke får garantier for så raskt som det er forsvarlig.

Tabell 3 Andel og antall i kontakt med rusinstitusjoner i Oslo som ikke er folkeregistrert i Oslo

	Registrert i Oslo	Registrert utenbys
Ulike individer i kontakt med systemet	86,4%	13,6%
Andel av registrerte kontakter	96,1%	3,9%

Merknad: Tallene baserer seg på 3909 observasjoner, hvorav 290 var ubesvart
 Kilde: Rusmiddeletaten i Oslo

Kost-nytte-prosjektet ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har informasjon om flyttemønster blant et utvalg på 482 narkotikamisbrukere som har hatt kontakt med behandlingsnettverket på Østlandet. Tabell 4 viser at 66% av de som svarte fortsatt bor i oppvekstkommunen (den kommunene de bodde lengst i før fylte 16 år), 28,1% hadde flyttet til et større sted og 5,9% hadde flyttet til et mindre sted. Tendensen holder seg også dersom man med ”større kommune” bare mener ”kommuner med over 40 000” innbyggere.

Tabell 4: Oversikt over flyttemønster til et utvalg av narkotikabrukere (oppvekstkommune vs. nåværende bokommune)

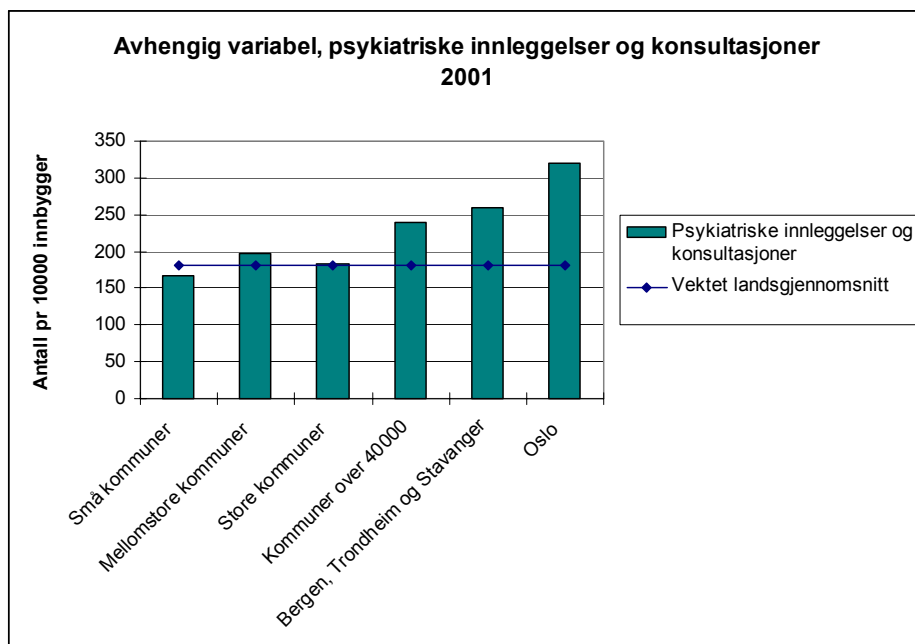
	Antall	Prosent
Har ikke flyttet	303	66,0
Flyttet til større kommune	129	28,1
Flyttet til mindre kommune	27	5,9
Total	459	100,0
Ubesvart	23	
Total	482	

Et forhold som tyder på at en del av problemene i Oslo og de andre byene ikke bare skyldes tilflytting, er undersøkelser om bruk av narkotika på skolene (Skretting, 2000). Her er det en tendens til at byene har høyere andel som har prøvd og som bruker narkotika enn landkommunene og i denne aldersgruppen kan dette ikke bare forklares med tilflytting av allerede eksisterende brukere.

2.2 Psykiske problemer i store og små kommuner

Figur 1 viser fordelingen av antall personer med psykiatriske innleggelser og konsultasjoner i kommuner med ulik befolkningsstørrelse (Små kommuner: Opp til 5000 innbyggere; Mellomstore: 5000-20 000 innbyggere; Store kommuner: 20 000-40 000). For kommuner under 40 000 innbyggere ser det ikke ut til å være noen klar sammenheng mellom folketall og antall innleggelser per innbygger. Store kommuner har for eksempel *færre* innleggelser og konsultasjoner enn mellomstore kommuner. Tendensen når det gjelder store byer er klarere; I gjennomsnitt har kommuner med over 40 000 innbygger flere innleggelser/konsultasjoner enn de under 40 000 og storbyene har de største brukergruppene. Dette tyder på at andelen med psykiatriske problemer varierer med folketallet, men at forholdet ikke er så enkelt som at andelen innleggelser/konsultasjoner er konstant stigende med innbyggerantallet i kommunene (en lineær sammenheng). Det kan være en terskel der folketallet blir en viktig variabel, mens for kommuner under denne terskelen så spiller andre faktorer også en stor rolle (se regresjonsanalysene i kapittel 4.6.7 for en analyse av andre mulige forklaringsvariabler enn folketall).

Figur 1 Antall psykiatriske innleggelser og konsultasjoner.



Kilde: Norsk Pasientregister ved SINTEF Unimed

3 Hva slags utgifter og hvor mye?

3.1 Hva slags utgifter har kommunene?

For å kartlegge hvilke typer utgifter kommunen har innen rus og psykiatri, er det nyttig å ta utgangspunkt i de oppgaver som lovverket pålegger kommunene. Følgende lover er spesielt aktuelle:

- Lov om sosiale tjenester m.m. (LOST)
- Lov om barnevernstjenester
- Lov om psykisk helsevern
- Lov om helsetjeneste i kommunene

Lov om sosiale tjenester har til formål å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling, å forebygge sosiale problemer og å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Dette defineres i loven til å inkludere kommunalt ansvar for boliger til vanskeligstilte (§ 3-4), praktisk bistand i form av hjemmehjelp, støttekontakt, institusjonsplass eller heldøgnsomsorg og omsorgslønn (§ 4-2), midlertidig husvære (§ 4-5), økonomisk stønad til livsopphold (§ 5-1) og sist, men viktigst, et spesielt ansvar for tiltak overfor rusmiddelmisbrukere (kapittel 6). Dette ansvaret inkluderer rådgivning, omsorg og tilrettelegging på et lokalt plan. Det inkluderer *ikke* ansvaret for å drive eller sørge for at kapasiteten i behandlingssystemet er tilstrekkelig (som til nå har vært et fylkeskommunalt ansvar), men det inkluderer en kommunal egenandel og oppfølging ved slik behandling.

Når det gjelder kostnadene som følger av LOST, er det viktig å legge merke til at kommunene er forpliktet til å yte hjelp til de som oppholder seg i kommunen selv om de ikke er folkeregistrert i den aktuelle kommunen. Dette gjelder også kostnader knyttet til hospits. På bakgrunn av dette hevder enkelte storbyer at de må dekke en stor del av utgiftene til personer som egentlig tilhører en annen kommune, men som trekker inn til miljøene i de større byene.

Lov om barnevern deler ansvaret mellom kommunen og fylket på samme måte som i LOST. Kommunene har ansvaret for lokal oppfølging og tiltak

i forhold til barn, mens fylket har ansvaret for å tilby fosterhjem og institusjonsplasser. Det er videre en kommunal egenandel på institusjonsplasser og fosterhjem (§ 9-5). Blant tjenestene som loven nevner er økonomisk stønad, tilsyn, besøkshjem, barnehage, støttekontakt, fosterhjem og institusjonsopphold (§ 4-4). Også denne loven gir kommunen ansvaret for alle som oppholder seg i kommunen uavhengig av hvilken kommune personen er folkeregistrert i.

Lov om psykisk helsevern gir mindre ansvar til kommunene fordi dette betraktes som en del av spesialisthelsetjenesten. Kommunene har heller ikke en egenandel for klienter i psykiatriske institusjoner. Det betyr imidlertid ikke at psykisk helse ikke medfører utgifter for kommunene. Mange av klientene vil etter behandling bli et kommunalt ansvar etter LOST og kommunen er da pliktig til å tilby lokal oppfølging og omsorg. Som følge av nedbyggingen av de store sentrale institusjonene i psykiatrien har dette blitt en stadig større utgiftspost for kommunene. Et opplegg for å ta vare på slike tunge klienter kan kreve både en spesialtilpasset bolig, lønn til personer som er ansatt for å ivareta døgnomsorgen for klienten og utgifter til sysselsetting og andre aktiviteter.

Lov om helsetjenesten i kommunene pålegger kommunene ansvaret for en rekke ulike tjenester: allmennlegetjeneste, legevaktordning, fysioterapi-tjeneste, sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, jordmortjeneste, sykehjem eller boform for heldøgnsomsorg og pleie, og medisinsk nødmeldetjeneste; § 1-3. I forhold til dette prosjektet er det særlig to ting som er interessante ved denne loven. For det første peker den på kommunenes ansvar for å tilby heldøgnsomsorg til de som måtte trenge det. For det andre kan kommunene etter loven bli pålagt å betale for klienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og som venter på et kommunalt tilbud (§ 5-1). Selv om dette potensielt kunne representere en stor utgift for noen kommuner, er inntrykket fra kommunene vi har snakket med at spesialisthelsetjenesten kun i liten grad sender regning til kommunene i slike tilfeller og det representerer følgelig ingen stor utgiftspost for kommunene.

I tillegg til de nevnte lovene og tjenestene beskrevet der, har kommunen i følge grunnskoleloven plikt til å sørge for spesialpedagogisk hjelp (§ 13-1), spesialundervisning (både for barn og voksne, inkludert Pedagogisk-psykologiske tjenester; kapittel 5) og grunnskole for voksne (kapittel 4A).

For en viss andel av brukerne kan behovet for disse tjenestene tilskrives problemer med rus og/eller psykiatri.

Som vist ovenfor har kommunene i følge lovverket ansvaret for en lang rekke tjenester der det er grunn til å anta at problemer med rus og/eller psykiatri påvirker tjenestebehovet. Tabell 5 gir en oppsummering av tjenestene beskrevet samt hvilken kode (funksjon) disse utgiftene føres på i KOSTRAS standard for rapportering av kommunale regnskaper. Det er verdt å merke seg at selv om tabellen gir en oversikt over hvor tjenestene føres i KOSTRA så betyr det ikke at tjenesten alene føres på denne funksjonen. For eksempel, ekstra hjelp i skole føres på samme funksjon som de totale grunnskoleutgiftene i kommunen og er ikke mulig å skille ut fra samleutgiften. Denne tabellen er dermed ikke en oversikt over alle tjenestene vi kommer til å undersøke, men et utgangspunkt for å se på muligheten for å identifisere kommunenes kostnader til tjenestene innen rus og psykiatri.

Tabell 5 Kommunale kostnader innen rus/psykiatri og tilhørende KOSTRA funksjoner

Tjenestetype	Tjenester	KOSTRA-funksjon
Behandling/Omsorg	Oppfølging av rusmisbrukere før, under og etter behandling og egenandel ved behandling	243
	Drift av psykiatrisk 2. linjetjeneste utenfor ordinært kommunalt ansvarsområde	285
	Drift av fylkeskommunale rusmisbrukerinstitutioner utenfor ordinært kommunalt ansvarsområde	285
Bolig	Bostøtte (Husbankens)	Dekkes av staten
	Bostøtte (eventuell kommunal ordning)	283
	Støtte til boutgifter hjemlet i LOST kap.5	281
	Bolig uten omsorg hjemlet i LOST	281
	Bolig/ institusjon med heldøgns pleie og omsorg	253
	Bolig uten omsorg/ hospits	283
	Institusjoner, drift og vedlikehold	261
	Kommunale boliger kjøp forvaltning, drift og vedlikehold	265
Barnevern	Barnevernstjenesten med beredskap	244
	Barnevernstiltak i familien	251
	Barnevernstiltak utenfor familien	252
	Drift av fylkeskommunal barnevernsinstitusjon	285
Sosialhjelp	Økonomisk sosialhjelp, lån og bidrag hjemlet i lov om sosiale tjenester	281
	Råd og veiledning på sosialkontoret	242
Pleie og omsorg	Pleie og omsorg/ hjelp i hjemmet	254
	Pleie og omsorg/ hjelp i institusjon	253
Aktivitetstilbud og opplæring	Dagsenter/ aktivitetssenter og støttekontakt	234
	Voksenopplæring	213
	Spesialskoler	214
Sysselsettingstiltak	Praksisplasser og vernede arbeidsplasser	273
Forebyggende tiltak	Utekontakt	243
	Skjenkekontroll og forebyggende	242
	Opplysning og kampanjer	233
	Fritidsklubber og ungdomsklubber	231
Allmenmedisin	Legekontor og legevakt	241
Diverse	Krisesenter	242
	PP-tjenester	202 / 211
	Helsestasjonstjeneste	232
	Ekstra hjelp i skole	202
	Ekstra hjelp til førskolebarn	211

3.2 Hvor store er de totale utgiftene?

Som vist i tabell 5 er det en rekke kommunale tjenester der rus og psykiatri kan tenkes å påvirke de kommunale utgiftene. Utgiftene bokført på disse funksjonene kan dermed være et utgangspunkt for å beregne kommunenes samlede kostnader innen rus og psykiatri. Informasjonen fra KOSTRA er imidlertid ikke tilstrekkelig fordi KOSTRA bare viser den samlede utgiften innen funksjonsområdet og ikke den andelen av utgiften som skyldes rus og/eller psykiatri. For eksempel ser vi fra tabell 6 at landsgjennomsnittet til sosialhjelp var 841 kr. pr. innbygger i 2001 og at sosialhjelpsutgiftene utgjorde 3,3% av de totale kommuneutgiftene det året (nettotall fra funksjon 281, inkludert Oslo). For å få vite mer om hvor stor andel av disse utbetalingene som kan tilskrives rus og psykiatri, trenger man informasjon om hvor mange av sosialhjelpsklientene som hadde problemer innen rus og psykiatri. Det samme gjelder flere av de andre funksjonene, med unntak av funksjonen ”tilbud til personer med rusproblemer” (funksjon 243) som i sin helhet kan føres som en kommunal utgift innen rus. Når det gjelder barnevern, sosialhjelp, bolig, spesialundervisning, sysselsetting og mange av de andre utgiftene blir derimot spørsmålet hvor stor andel av utgiftene som kan tilskrives personer med rus og/eller psykiatriske problemer.

For å beregne andelen som kan tilskrives rus og psykiatri har vi innhentet opplysninger fra tre ulike kilder. For det første har vi samlet detaljert informasjon om ressursbruk og brukergrupper fra noen utvalgte kommuner. For det andre har vi utført en egen spørreundersøkelse i ca. 60 kommuner. Svarprosenten er på over 90% for politi og helse/ sosialetat og 83% for oppsøkende tjeneste. Utvalget har 34 mindre kommuner med gjennomsnittlig ca. 11000 innbyggere, 21 mellomstore kommuner med i gjennomsnitt ca. 38000 innbyggere og 5 store kommuner med gjennomsnittlig ca. 222 000 innbyggere. For det tredje har vi samlet inn informasjon fra eksisterende forskning og offentlig informasjon om omfanget av brukergruppene, hvilke tjenester de bruker og hvor mye disse tjenestene koster. Til sammen utfyller disse kildene hverandre fordi man kan sjekke informasjonen fra de ulike kildene mot hverandre for å se om de gir stort sett de samme svarene.

Selv om man har informasjon fra ulike kilder, vil det alltid være flere elementer av usikkerhet i beregningen. Det er mulig å redusere denne ved å samle mer informasjon, men fordi det er så mange usikre variabler er man nødt til å foreta et valg om hvilke områder man ønsker å fokusere spesielt på. Dette valget bør styres av minst tre hensyn. Man bør fokusere på de områdene der man er sikker på at rus og psykiatri spiller en viktig rolle for utgiftene på funksjonsområdet. Videre bør man fokusere på de funksjonene der kostnadene samlet sett er store. Til sist er det hensiktsmessig å unngå for mye fokus på forhold som allerede er belyst av andre utredninger. I henhold til disse tre kravene, har vi valgt å først se på de utgiftene som ikke ble analysert av Rattsø-utvalget dvs. utgifter til rusbehandling og utgifter til ulike former for bolig. Vi vil deretter se på utgifter til sosialhjelp og barnevern. Selv om Rattsø-utvalget så på faktorer som påvirket disse kostnadene, analyserte de ikke hvor stor andel av disse utgiftene som gikk til personer med rusproblemer eller psykiske lidelser. Sosialhjelp og barnevern er også utgiftskategorier som er relativt store (se Tabell 6) og der rus og psykiatri kan antas å spille en viktig rolle. Vi vil derimot ikke gå nevneverdig inn på utgifter til spesialundervisning og lignende både fordi disse utgiftene er små og fordi vi har svært lite informasjon om i hvor stor grad rus og psykiatri påvirker disse utgiftene.

Tabell 6: Oversikt over nettoutgiftene på utvalgte KOSTRA funksjoner (gjennomsnitt per innbygger, standardavvik, variasjonskoeffisient og andel av de totale kommunale nettoutgifter)

	Funksjon	Vektet gjennomsnitt pr. innbygger	Standardavvik	Variasjonskoeffisient	% av totale netto utgifter
	Netto driftsutgifter i alt pr. innb. i hele kroner	25 787	6 327	25 %	100,0
242	Råd, veiledning og sosial forebyggende arbeid	383	240	63 %	1,5
243	Tilbud til personer med rusproblemer	112	91	81 %	0,4
244	Barnevernstjeneste	243	95	39 %	0,9
251	Barnevernstiltak i familien	127	70	55 %	0,5
252	Barnevernstiltak utenfor familien	360	146	41 %	1,4
281	Økonomisk sosialhjelp	841	408	49 %	3,3
282	Økonomisk hjelp til pensjonister	58	120	207 %	0,2
232	Forebygging skole og helsestasjon	234	68	29 %	0,9
233	Forebyggende arbeid, helse og sosial	118	73	62 %	0,5
234	Aktivisering eldre og funksjonshemmede	498	295	59 %	1,9
241	Diagnose behandling og rehabilitering	777	271	35 %	3,0
253	Pleie og omsorg, hjelp i institusjon	3 484	1 198	34 %	13,5
254	Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet	3 007	1 313	44 %	11,7
261	Botilbud i institusjon	363	266	73 %	1,4
262	Botilbud utenfor institusjon	5	277	5540 %	0,0
285	Tjenester utenfor ordinært kommunalt ansvarsområde	4	106	2650 %	0,0
310	Boligbygging, boligutleie, boligfinansiering	80	241	301 %	0,3

3.2.1 Utgifter til rusmiddelmissbrukere

KOSTRA har en egen funksjon (243) for kommunenes utgifter til behandling og oppfølging av rusmiddelmissbrukere og denne kan i sin helhet tilskrives rus. Til sammen brukte kommunene 505 millioner kroner på denne funksjonen i 2001 noe som utgjør et landsgjennomsnitt på 112 kroner pr. innbygger (vektet gjennomsnitt inkludert Oslo, netto driftsutgift). Som vist i Tabell 6 er dette ikke en spesielt stor utgift (0,4% av kommunenes netto driftsutgifter), men det er betydelige variasjoner mellom kommunene (se kapittel 4.2).

3.2.2 Utgifter til personer med psykiske lidelser

Et av hovedproblemene med å beregne kommunenes utgifter innen psykiatri er at de delvis finansieres direkte av staten gjennom opptrappingsmidlene og delvis av kommunens egne frie midler. De øremerkede tilskuddene man får gjennom opptrappingsplanen har man meget god oversikt over og i 2001 utgjorde dette tilskuddet i gjennomsnitt 240 kroner per innbygger. Av disse gikk 195 kroner pr. innbygger direkte som tilskudd til kommunene. Man vet også i stor grad hva disse pengene ble brukt til. En del går til investeringer (bla i omsorgsboliger), mens en annen går til drift (ca. 75% er driftsmidler). Driftsmidlene brukes blant annet på bistand i bolig, hjemmehjelp, miljøarbeid, aktivitetstilbud og dagsenter, tilrettelagt behandling, ledelse og faglig veiledning, helsestasjon, skolehelsetjeneste og en rekke mindre poster (blant annet sysselsetting, etterutdanning, støttekontakter, og forebyggende).

Som man kan se, dekker midlene i statens opptrappingsplan for psykisk helse mange av kommunens tjenester til personer med psykiske lidelser. Ingen av de kommunene vi var i kontakt med (Oslo, Skien, Bergen, Voss, Namsos og Namdalseid) hadde oversikt over alle ressurser eller tjenester som gikk til psykiatri *i tillegg* til opptrappingsmidlene. I noen tilfeller fikk vi opplyst at kommunene betalte en egenandel i tillegg til opptrappingsmidlene, for eksempel til etterutdanning innen psykiatri der opptrappingsmidlene bare dekker 50% av utgiftene. Andre ganger har kommunene fortalt at de selv finansierer 25% av lønnsmidler til personer ansatt på prosjekt i forbindelse med opptrappingsplanen, men dette varierer mellom kommunene. Det generelle inntrykket var at opptrappingsmidlene for mange kommuner dekket en meget stor andel av kommunenes totale utgifter på dette området.

3.2.3 Bolig og oppholdsutgifter

En gjennomgang av kommunenes utgifter til bolig og opphold for rusmiddelmissbrukere eller personer med psykiske problemer, viser at dette er et svært uoversiktlig felt der KOSTRA ikke er egnet til å skille ut de relevante kostnadene. Det man vet er følgende:

En stor andel av sosialhjelpen går til boligformål

NOU 2002:2 om Boligmarkedet og boligpolitikken opplyser at oppimot 50% av sosialhjelpen går til dekning av boutgifter. Dette føres på funksjon 281 og betyr at man ved å ta med disse utgiftene i analysen allerede har fanget opp en del av utgiftene kommunene har til bolig for rusmiddelmissbrukere eller personer med psykiske lidelser.

Over 50% av de som bor på hospits har problemer innen rus og/eller psykiatri

Byggforsk' kartlegging av bostedsløshet inneholder opplysninger om 724 personer som på undersøkelsestidspunktet oppholdt seg på hospits i Oslo (Ulfrstad, 1997). Undersøkelsen fant at 50% av disse hadde et rusproblem (hvorav 14% med alkohol og 36% med narkotika) og 15% hadde psykiske problemer med behov for behandling. Utgiftene til hospits føres stort sett på funksjon 281, men også delvis på funksjon 262 (som fra 2002 inngår i 265). Utgiftene til hybelhus og lignende (som i noen tilfeller ligner svært mye på hospits), føres på KOSTRA funksjon 282/ 283. Noen kommuner fører også boutgifter til rusmisbrukere under 243 – for eksempel hybelhus for rusmisbrukere - og disse kommer dermed med i vår analyse.

Det er usikkert hvor stor andel av kommunale boliger som disponeres av rus- og psykiatriklienter og hvor store kostnader dette representerer for kommunene

Tall fra KOSTRA viser at kommunene i 2001 disponerte 86 000 boliger, hvorav 23 000 er omsorgsboliger. Det er også mulig å beregne antallet boliger som disponeres av visse undergrupper, men i KOSTRA har de valgt å gruppere funksjonshemmede sammen med personer med psykiske lidelser. I 2001 disponerte denne gruppen samlet 14% av de kommunale boligene i følge SSB (Statistikk om kommunale boliger, 2002). Man har også det samme problemet når det gjelder rusmiddelmissbrukere som i statistikken plasseres sammen med økonomisk vanskeligstilte. Til sammen disponerer denne gruppen i følge SSB 23% av boligene, men slik

statistikken er utformet er det ikke mulig å skille mellom de som primært hadde et rusproblem og de som var økonomisk vanskeligstilte.

Nå er det ikke nødvendigvis noe stort problem for kostnadsberegningen at man ikke har informasjon om andelen rusmiddelmissbrukere i kommunale leiligheter fordi beboere i kommunale leiligheter i utgangspunktet betaler husleie. De representerer dermed ikke automatisk en kostnad for kommunene. Noen kommuner har imidlertid en lavere leie enn markedspris og i den grad de velger det som et sosialt tiltak blir det en utgift i form av tapt inntekt, mens andre (som Oslo) velger å ha en tilnærmet vanlig markedspris og heller bruke kommunale eller statlige bostøtteordninger og/eller sosialhjelp. De kommunale utgiftene vil da finnes på funksjon 281, 283 eller for noen kommuner 310.

Konklusjon

Mange av de relevante boutgiftene føres på funksjoner som er med i analysene i dette prosjektet (243 og 281). Av de resterende utgiftene vil en del dekkes av staten gjennom den statlig finansierte bostøtten og faller dermed utenfor dette prosjektets område. Om de utgiftene som da gjenstår, vet man at andelen beboere i kommunale boliger der rus og/eller psykiatri er den primære årsaken til boligbehovet utgjør maksimalt 37%. Blant de som bruker hospits er rus og psykiatri mer dominerende, men dette føres også ofte som en sosialhjelpsutgift og kommer dermed delvis med i kostnadsberegningene.

3.2.4 Sosialhjelp

I følge KOSTRA fikk 135 827 personer i landet sosialhjelp i 2001. Det samlede beløp utbetalt fra kommunene var 3,8 milliarder kroner eller 841 kroner per innbygger (funksjon 281). I tillegg kommer lønn til ansatte på sosialkontor som føres på funksjon 242. Denne funksjonen inkluderer også utgifter til krisesenter og edruskapsarbeid og noen utgifter som ikke er knyttet til rus eller psykiatri (for eksempel utgiftene til flyktningkonsulenter). Utgiftene var her på 383 kroner per innbygger i år 2001. Samlet er landsgjennomsnittet 1224 kr. pr. innbygger til sosialhjelpstjeneste og ytelser.

Tabell 7 og 8 viser ulike anslag på hvor stor andel av sosialhjelpsmottagerne som har rus- og/eller psykiatriske problemer (se

noter til tabell 8). Undersøkelsene bygger på forskjellige utvalg og er derfor ikke fullstendig sammenlignbare, men tendensen er klar: Blant sosialhjelpsmottagerne er det mange som enten har rus- eller psykiatriske problemer. Ved å bruke tallene fra disse undersøkelsene, kan man sammenfattet anslå at:

- Omtrent 23% av sosialhjelpsklientene har primært et rusproblem (23% er gjennomsnittlig andel med rusproblemer i undersøkelsene med unntak av gruppen domfelte sosialhjelpsmottagere som er utelatt fordi det er en ikke-representativ gruppe)
- Andelen med psykiske problemer avhenger sterkt av hvordan man definerer psykiske problemer og hvilken undersøkelse man ser på (fra 8% til 65%). For å unngå å sammenligne undersøkelser med svært ulike definisjoner kan det derfor være nyttig å bruke en definisjon som er mer konkret enn ”symptomer på psykiske problemer” (med et gjennomsnitt på over 50%). Et mindre vagt mål er andelen som gikk til psykolog flere enn fem ganger i året. Dersom man velger denne definisjonen, viser gjennomsnittet av undersøkelsene at i underkant av hver femte sosialhjelpsklient gikk til psykolog mer enn fem ganger i året (19,8%).
- Få av undersøkelsene skiller ut dobbeltdiagnose som egen gruppe. Anslaget på denne gruppen vil variere sterkt avhengig av definisjonene man bruker og representativiteten til kommunene man undersøker. I SIRUS sin egen spørreundersøkelse brukte man både en streng definisjon på dobbeltdiagnose (erkjent rusproblem og klar psykiatrisk diagnose) og en noe bredere definisjon (antatt rusproblem og psykiatrisk diagnose). Dersom man velger en definisjon mellom disse ytterpunktene og bruker de svarene man fikk fra SIRUS sin spørreundersøkelse, kan man anslå at omtrent 6% av sosialhjelpsklientene har både et alvorlig rusproblem og en psykiatrisk lidelse. Usikkerheten er her meget stor både på grunn av det nevnte problemet med definisjoner og på grunn av få observasjoner.

Til sammen tyder dette på at i underkant av halvparten av sosialhjelpsmottagerne har enten et rusproblem og/eller en betydelig psykisk lidelse. Disse tallene vil som nevnt variere sterkt avhengig av definisjonene man bruker, men selv med relativt strenge definisjoner så viser undersøkelsene at en betydelig andel av sosialhjelpsmottagerne enten har psykiske problemer eller et rusmiddelmissbruk eller begge deler.

Tabell 7 Andelen av sosialhjelpsmottagere med rusproblemer

Undersøkelse og årstall for datainnsamling	Andel med rusproblemer totalt	Andel med alkoholproblem	Andel med narkotika problem	Andel med medikament misbruk	Andel med blandings misbruk
Krålmo 1999 ¹	20,2%	9,7%	6,9%	0,6%	1,0%
Krålmo 2000 ¹	25,1%	9,0%	10,3%	1,8%	0,8%
Langtidsmottagere av sosialhjelp i en storby 1989 ²	31,0%	21,0%	10%	-	-
Småby-undersøkelsen 1995 ³	25%	16%	9%	-	-
SIRUS undersøkelse 2002 (erkjente problemer) ⁴	17%	5%	8%	-	4%
SIRUS undersøkelse 2002 (antatte problemer) ⁴	31%	10%	13%	-	8%
Skien egne data 2002 ⁵	17%	-	-	-	-
Den som intet har 1989 ⁶	31%	14%	17%	-	-
Domfelte sosialhjelpsmottagere 1988 ⁷	50%	27%	16%	-	-

Tabell 8 Andelen av sosialhjelpsmottagere med psykiske lidelser

	Andel med psykiske lidelser	Andel med hyppige symptomer på psykiske lidelser	Andel med kontakt med psykolog mer enn fem ganger i året
Krålmo 2000 ¹	-	-	15%
Langtidsmottagere av sosialhjelp i en storby 1989 ²	-	65%	24%
Småbyundersøkelsen 1995 ³	-	48%	31%
SIRUS undersøkelse 2002 (klassifiserbar psykisk lidelse) ⁴	8%	-	-
Den som intet har 1989 ⁶	20%	55%	9%
Domfelte sosialhjelpsmottagere 1988 ⁷	28%	35%	-

Kilder for tabellene: 1: Lyngstad & Sæther, 2002, 2: Hjernstad, 1989, 3: Havnen & Skjøtskift, 1998, 4: Lund, Lauritzen & Hauge, 2003, 5: Upubliserte tall fått fra Skien kommune som registrerer alle sosialklienter med et rusproblem hos en rusmiddelkonsulent. 6: Seim & Hjemdal, 1992, 7: Clausen, 2001.

3.2.5 Barnevern

KOSTRA publiserer gode tall både når det gjelder antall barn som er i ulike tiltak under barnevernet og utgiftene dette medfører for kommunene. I løpet av 2001 var det i landet som helhet 5914 barn som fikk omsorgstiltak i barnevernet (fosterhjem, institusjon og lignende) og 22 405 barn fikk tiltak i egen familie. Kommunenes totale kostnader til barnevern var 3,2 milliarder (samlet nettobeløp på KOSTRA funksjonene 244, 251 og 252) som utgjør et landsgjennomsnitt på 730 kroner pr. person. Ikke alle sakene eller hele denne utgiften kan tilskrives rus eller psykiatri og det er ikke mulig å bruke KOSTRA til å identifisere denne andelen.

I 1996 publiserte NIBR en omfattende undersøkelse av grunnlagene for vedtak for over 22 000 barn som var registrert med tiltak i barnevernet i løpet av 1993 (Kristofersen, Clausen & Jonassen, 1996). De fant blant annet at foreldrenes rusmisbruk ble oppgitt som et av grunnlagene for vedtak i 14,3% av tilfellene, mens foreldrenes psykiske lidelser ble oppgitt i 12,1% av tilfellene og barnets rusmisbruk i 2,7% av tilfellene. Fordi det var lov til å krysse av for mer enn ett grunnlag kan man ikke summere tallene (29,1%) og bruke dette som andel på barnevernsutgiftene som kan tilskrives rus og psykiatri, men et konservativt estimat vil være at andelen av barnevernsutgiftene ligger på omtrent 20% (Andelen er justert fra 29,1 til omtrent 20% ved å se på hvor mange av vedtakene som har flere enn ett grunnlag. Dette brukes så til å justere andelen som tilskrives hver type vedtak ned slik at de sammenlagt summeres til 100% og alle tall rundes ned slik at man ikke overdriver andelen som tilskrives rus og psykiatri). Det ville i så tilfelle bety at 644 millioner av kommunenes utgifter innen barnevern kan tilskrives rus og psykiatri eller et landsgjennomsnitt på 146 kroner per innbygger, hvorav 61 kroner (8,4%) kan tilskrives psykiatri og 85 kroner rusmidler (11,6%) dersom vi antar samme fordeling mellom rus og psykiatri som i NIBR's undersøkelse (justert for dobbelttelling).

3.2.6 Andre tjenester

I tillegg til de funksjonene som er diskutert ovenfor kunne man forsøkt å beregne andelen som kan tilskrives rus og/eller psykiatri på andre områder. En del av sysselsettingstiltakene (før funksjon 271, nå 273) vil trolig gå til personer innen rus og psykiatri, det samme gjelder spesialundervisning (211), allmennhelsetjenesten (241), forebygging (232)

og mer generelt planarbeid og sentral administrasjon knyttet til arbeid med rus og psykiatri. I tråd med det vi nevnte innledningsvis, vil vi la noen av disse kategoriene ligge - både fordi det er svært vanskelig å beregne hvor stor andel av tjenesten som går til forskjellige typer personer og/eller fordi de samlede utgiftene innen noen av disse funksjonene er så små at de ikke vil gjøre stor forskjell fra eller til. Sysselsettingstiltak utgjør for eksempel mindre enn en 1/20 av sosialhjelpen i et gjennomsnittlig kommunebudsjett.

3.2.7 Sammenlagt beregning av utgiftene

Gjennomgangen ovenfor viser at et anslag på totalkostnadene ved rus og psykiatri i stor grad er avhengig av både valg av definisjoner og representativiteten til respondentene i undersøkelsene. Videre er man avhengig av informasjon om de viktigste utgiftene. Når det gjelder kommunenes utgifter innen psykiatri finnes det ingen tilsvarende oversikt over kommunenes direkte kostnader som for russektoren og det er derfor ikke mulig å gi et godt anslag på de totale utgiftene. For kommunale utgifter inne rus har man noe bedre oversikt fordi de direkte utgiftene føres i en egen KOSTRA funksjon (243). Kombinert med anslag på brukergruppene og opplysninger om utgiftene på andre KOSTRA funksjoner som er mer indirekte relatert til rus, er det derfor mulig å gi et forsiktig anslag for kommunenes samlede utgifter innen rus (se tabellen nedenfor), men de må selvsagt kun tas som indikasjoner på hvilket størrelsesområde utgiftene ligger i og ikke som eksakte beregninger.

Regnestykket fremkommer som følger:

1. Summer utgiftene til et emne, for eksempel sosialhjelp (kilde: KOSTRA)
2. Trekk ut den andelen som kan tilskrives rus (ved å bruke de prosentatsene som fremkommer fra brukerundersøkelsene)
3. Del summen på antall innbyggere (får da kostnad i kroner per innbygger)

Beregningene viser at kommunenes totale utgifter innen rus i 2001 var omtrent 2,2 milliarder kroner eller i underkant av 500 kroner per innbygger. Dette er et forsiktig anslag både fordi mange utgifter er utelatt (bla. sysselsettingstiltak) og fordi man i utregningen implisitt antar at

rusmiddelmissbrukere får like mye i sosialhjelp som andre sosialhjelpsmottagere. Oversikt over sosialhjelpsutbetalinger til narkotikamisbrukere i Kost-nytte prosjektet ved SIRUS og informasjon fra Skien kommune tyder imidlertid på at mange rusmiddelmissbrukere mottar mer i stønad enn andre (og over en lengre tidsperiode). I den grad dette er tilfelle mottar gruppen en større andel av sosialhjelpen enn den som er beregnet i tabellen. Tilsvarende resonnement gjelder barnevern der utgiftene kan være større i den grad tiltak i forhold til rusmiddelmissbrukere koster mer enn tiltak ovenfor andre grupper (bla. ved at man i større grad må bruke tiltak utenfor hjemmet).

Tabell 9 Anslag på sammenlagt kommunal nettoutgift innen russektoren i 2001

Utgift	Utgift hentet fra	"Rusandel" av utgiftene	"Ruskostnad" i kr. pr. innb.
Tilbud til rusmisbrukere	KOSTRA 243	100%	112 kr.
Sosialhjelp	KOSTRA sum av 281 og 242	23%	282 kr.
Barnevern	KOSTRA sum av 244, 251 og 252	11,6%	85 kr.
Til sammen (pr. innbygger)			479 kr.
Til sammen (alle kommuner)			2,2 milliarder

4 Hvor mye varierer utgiftene og hvorfor?

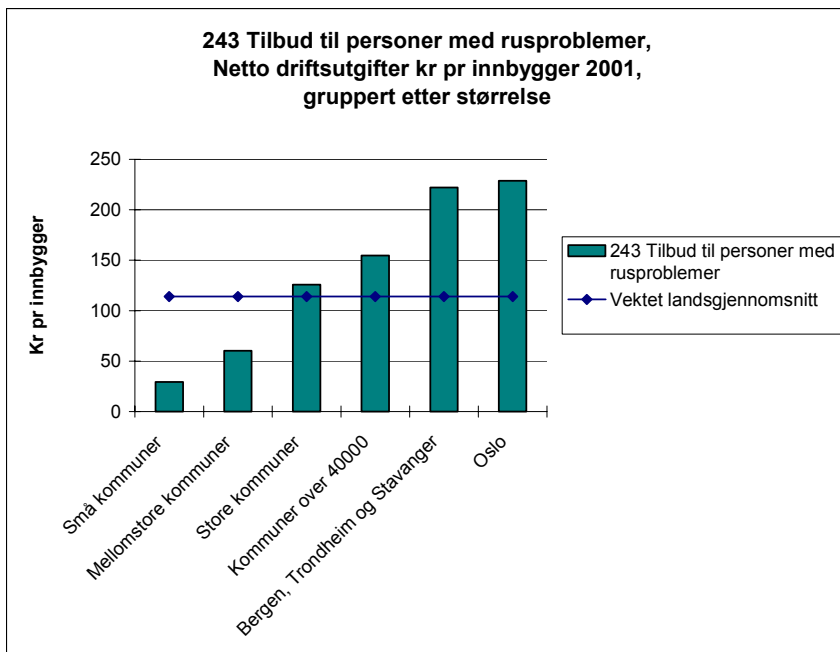
4.1 Variasjon som følge av innbyggerantall

Det er stor variasjon mellom kommunenes utgifter pr. innbygger på de ulike funksjonene i KOSTRA. Rent statistisk ser man dette ved å se på variasjonskoeffisientene for kommunenes utgifter pr. innbygger på de ulike funksjonene (se tabell 6). En stor variasjonskoeffisient indikerer at mange kommuner har store avvik i forhold til gjennomsnittet (variasjonskoeffisienten er definert som standardavviket delt på gjennomsnittet). Et noe enklere mål på hvor mye utgiftene varierer, kan man få ved å dele kommunene inn i grupper som man så sammenligner. Man kan, for eksempel, dele kommunene inn etter størrelse for å se om store kommuner i gjennomsnitt bruker mer eller mindre enn små kommuner. Dette er gjort i figurene 2 og 3 og de viser klart at store kommuner har større utgifter per innbygger enn små kommuner både når det gjelder tilbud til personer med rusproblemer og samlekategorien ”sosialhjelp, barnevern og tilbud til personer med rusproblemer”. Mens små kommuner i gjennomsnitt brukte under 30 kroner per innbygger på ”tilbud til personer med rusproblemer”, var summen 3 ganger så stor i store kommuner og over 5 ganger så stor i kommuner med over 40 000 innbyggere.

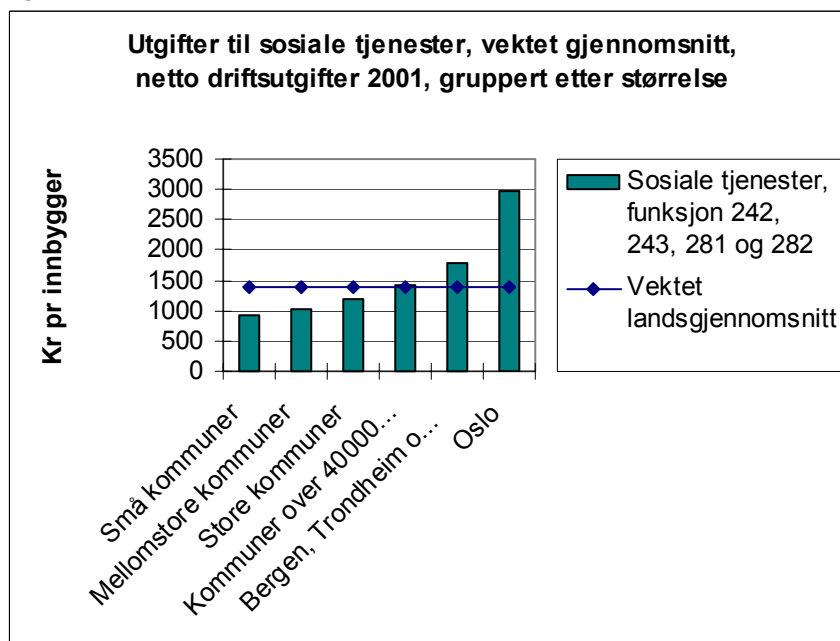
Figurene viser at det er en jevn stigning i utgiftene fra små kommuner og oppover når man måler gjennomsnittet for ulike kommuner. Bak disse gjennomsnittene er det imidlertid også stor variasjon. Det er blant annet flere kommuner med over 40 000 innbygger som har *større* utgifter enn Oslo. Dette viser at man bør være forsiktig med å bare fokusere på Oslo eller de fire største byene i denne sammenhengen.

Forskjellen mellom småkommunene og kommuner med over 40 000 innbyggere når det gjelder samleutgiften ”rus, sosialhjelp og barnevern” er på 708 kroner per innbygger (fra 1486 til 2194). Ved første øyekast ser dette kanskje ikke ut som noe stor sum, men 708 kroner for hver og en av de minimum 40 000 innbyggerne summeres til minimum 28 millioner kroner hvert år. Dette er et betydelig beløp selv for store kommuner.

Figur 2



Figur 3



Tabell 10 Rangering av de 30 kommunene med de høyeste nettokostnadene per innbygger innen ”tilbud til personer med rusproblemer” (funksjon 243) i 2001*

Rangering	Kommune	Folketall (01.01.2001)	Samlede utgifter 243	Utgifter til 243 pr. innbygger
1	Drammen	55 321	18 598 000	336
2	Trondheim	150 166	47 804 000	318
3	Steigen	2 936	856 000	292
4	Tønsberg	35 145	9 899 000	282
5	Stord	16 241	4 143 000	255
6	Skien	49 740	11 838 000	238
7	Oslo	508 726	116 324 000	229
8	Alesund	39 189	8 425 000	215
9	Røyrvik	586	120 000	205
10	Stavanger	108 848	21 377 000	196
11	Sandnes	53 860	10 433 000	194
12	Kristiansand	73 087	13 949 000	191
13	Sauda	5 019	938 000	187
14	Tromsø	60 086	11 010 000	183
15	Eidsberg	9 883	1 787 000	181
16	Nøtterøy	19 742	3 559 000	180
17	Aukra	2 968	527 000	178
18	Hammerfest	9 166	1 623 000	177
19	Søgne	9 096	1 588 000	175
20	Sola	19 023	3 286 000	173
21	Haugesund	30 609	5 279 000	172
22	Bergen	230 948	39 587 000	171
23	Fredrikstad	68 143	11 569 000	170
24	Fauske	9 657	1 631 000	169
25	Ullensaker	20 987	3 354 000	160
26	Jevnaker	6 065	954 000	157
27	Sandefjord	39 813	5 925 000	149
28	Odda	7 633	1 110 000	145
29	Frogn	13 020	1 840 000	141
30	Notodden	12 256	1 691 000	138

Kilde: KOSTRA

* Den kommunen som kom ut med høyest utgifter pr. innbygger var Hasvik som lå langt over alle de andre med 1007 kr. pr. innbygger eller samlet utgift på 1,2 millioner på litt over 1200 innbyggere. Rusmiddelkonsulenten i kommunen mente tallene var feil. Hasvik er derfor slettet fra denne listen.

4.2 Variasjon mellom kommuner etter geografisk nærhet til behandlingsinstitusjoner

Tabellene 11 og 12 nedenfor viser at kommuner med geografisk nærhet til en behandlingsinstitusjon både har høyere utgifter innen rus (funksjon 243) og flere personer med innleggelser og konsultasjoner i psykiatrien. Forskjellen er størst når det gjelder rusutgiftene der kommuner med rusinstitusjoner har over dobbelt så store utgifter per innbygger enn kommuner der det ikke finnes slike institusjoner (125%), mens antall personer med psykiatriske innleggelser bare er 20% større i de kommunene som har behandlingsinstitusjoner i forhold til de som ikke har slike institusjoner.

Bakgrunnen for forskjellene kan være både at rusinstitusjonene kan ha en tendens til å bli opprettet der omfanget av problemet er størst og at eksistensen av en nær institusjon fører til at kommunen i noe større grad bruker dette tilbudet. Det er ikke mulig å skille mellom disse to forklaringene på grunnlag av tallene i tabellen nedenfor.

Tabell 11 Forskjeller i psykiatriske innleggelser og konsultasjoner mellom kommuner som har og ikke har psykiatrisk behandlingsinstitusjon (2001)

	Antall personer per 10 000 med innleggelser eller konsultasjoner i psykiatriske behandlingsinstitusjoner	Folketall i gj. snitt i kommunene	Antall kommuner
Kommuner med psykiatrisk institusjon	207	28122	102
Kommuner uten psykiatrisk institusjon	173	4915	331
Totalt	181	10382	433

Kilde for om kommunene har en psykiatrisk institusjon eller ikke: SINTEF Unimed

Tabell 12 Forskjeller i kommunale utgifter til rusmiddelmissbrukere mellom kommuner som har og ikke har rusbehandlingsinstitusjoner (nettoutgifter, 2001).

	Kommunale rusutgifter, (funksjon 243) kr. per innbygger	Folketall i kommunene	Antall kommuner
Kommuner med rus institusjon	81	27140	104
Kommuner uten rus-institusjon	36	5085	329
Totalt	47	10382	433

Kilde for om kommunene har en rusinstitusjon eller ikke: Rustiltak.no, 2003.

4.3 Målene med regresjonsanalysen: Generell analyse av utgiftsvariasjoner

Regresjonsanalyse kan brukes for å undersøke i hvor stor grad kriteriene i kostnadsnøkkelen allerede fanger opp variasjonene i kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri. Videre kan en regresjonsanalyse avdekke om andre variabler er viktige for å forklare variasjoner i utgiftene mellom kommunene. Man kan også se på i hvilke sektorer variabler relatert til rus og psykiatri ser ut til å ha signifikante effekter på kommunenes utgifter.

Når det gjelder målet om å avdekke andre variabler som er relatert til utgiftsbehovet innen rus og psykiatri enn de som allerede er i kostnadsnøkklene, så er det viktig å skille mellom ulike grunner til at de observerte utgiftene varierer. Det er her flere mulige svar og ikke alle tilsier at man bør revidere inntektssystemet for kommunene. For det første kan forskjellene skyldes at kommunene ikke regnskapsfører utgiftene likt eller andre målefeil. For det andre kan ulikheter i utgiftene i noen grad skyldes variasjoner i inntekter eller kostnader. Rike kommuner har råd til å bruke mer enn fattige kommuner og kommuner med høye boutgifter vil – alt annet konstant - bruke mer på sosialhjelp enn kommuner der det er billig å bo. For det tredje: selv om kommunene har lik inntekt, lik kostnadsstruktur og lik rapporteringsrutine kan kostnadene pr. innbygger variere på grunn av ulike prioriteringer. Sist, og viktigst i denne sammenheng, kan utgiftene variere fordi omfanget av problemer innen rus og/eller psykiatri er større i visse kommuner enn andre.

Det er viktig å skille mellom svarene ovenfor fordi målet med analysen er å avdekke *ufrivillige* og *faktiske* kommunale forskjeller knyttet til rus og psykiatri. For å gjøre dette må man både undersøke i hvor stor grad variablene faktisk måler det vi ønsker å måle og kjøre regresjoner der man – for eksempel – søker å isolere effekten av ulike variabler etter at man har kontrollert for kommunenes frie inntekter.

Det er også viktig å merke seg at hovedhensikten med regresjonene der man prøver ut nye variabler i tillegg til de som er i kostnadsnøkklene *ikke* er å teste eller inkludere alle faktorer som kan tenkes å påvirke kommunenes variasjoner i utgiftene innen sosiale tjenester, helsestell eller pleie og omsorg. Hensikten er mer begrenset: Å se om noen variabler som er relatert til rus og psykiatri påvirker utgiftene innen disse sektorene. Det er mulig at andre variabler – som ikke er relatert til rus og psykiatri – kunne bidra til modellens forklaringskraft, men det ligger utenfor prosjektets oppgave å finne eller teste slike andre variabler.

4.4 Opplegget for regresjonene

4.4.1 Avhengige variabler

Ideelt skulle man hatt en variabel som viste "samlede utgifter innen rus og psykiatri" for hver enkelt kommune i Norge og undersøkt i hvor stor grad variasjoner i denne variabelen kunne forklares med andre variabler som for eksempel kommunenes frie inntekter, alkoholkonsum og andre forhold. Som tidligere vist er det ikke mulig å beregne en slik variabel nøyaktig. Man vet at utgiftene under "tilbud til personer med rusproblemer" er relevant, men man vet fra brukerundersøkelser at det er mange andre utgifter som også er relatert til rus og psykiatri uten at alle disse kan tallfestes presist. Det betyr at man ikke kan kjøre en analyse av hvilke faktorer som påvirker *samlede* utgifter innen rus og psykiatri. Man kan imidlertid se på hvilke faktorer som påvirker noen av delutgiftene innen de totale rusutgifter, som de direkte utgifter under "tilbud til personer med rusproblemer." Man kan også se på hvilke faktorer som eventuelt kunne forklare kommunale variasjoner i antall psykiatriske innleggelser og konsultasjoner. Til sammen vil dette gi en indikasjon på hvilke variabler som varierer systematisk med kommunenes utgifter innen rus og hvilke faktorer som ser ut til å samvariere med antall psykiatriske innleggelser eller konsultasjoner.

En svakhet ved variabelen ”utgifter på funksjon 243” er at mange kommuner har bokført svært små eller ingen utgifter under tilbud til personer med rusproblemer (55 kommuner bokførte 0 kroner i nettoutgifter). Det er også mange kommuner med relativt få psykiatriske innleggelses og konsultasjoner (15% hadde under 10 personer med konsultasjoner eller innleggelses i 2001). Avhengige variabler der mange kommuner har få observasjoner er problematisk fordi verdiene lett kan svinge fra år til år. Dette betyr at regresjonene ovenfor bør suppleres med en regresjon mot variabler som er på et høyere aggregert nivå og dermed mindre utsatt for tilfeldige svingninger. Hvilke funksjoner som bør inngå i en slik aggregering vil delvis være begrunnet ut fra hvordan kostnadsnøklene er bygget opp og delvis ut i fra vurderinger av kvaliteten og innholdet i de funksjonene man vurderer. Begge disse forhold vil bli vurdert i avsnittene nedenfor.

Bak kostnadsnøklene ligger det analyser av ulike sektorer (helse, administrasjon og skole) og i helsenøkkelen skiller man mellom ulike typer utgifter som sosiale tjenester, barnevern og pleie og omsorg. I sosiale tjenester inngår funksjonene 242 (råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid), 243 (tilbud til rusmiddelmissbrukere), 281 (sosialhjelp) og 282 (økonomisk hjelp til pensjonister). Barnevernsutgiftene er skilt ut som en egen underkategori og det er derfor hensiktsmessig i forhold til innvektingen av eventuelt nye kriterier (eller nyvekting av gamle kriterier) å gjøre separate analyser av sosiale tjenester og barnevernsutgifter (KOSTRA funksjon 244, 251 og 252). Økonomisk hjelp til pensjonister er ikke en utgift som i sin helhet kan tilskrives rus og psykiatri og i den grad man ønsker en avhengig variabel som isolerer faktiske og ufrivillige kostnader innen rus og psykiatri bør denne utelates. Blant de tunge utgiftene innen rus og psykiatri gjenstår da utgifter på funksjonene 242 (råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid), 243 (tilbud til rusmiddelmissbrukere) og 281 (sosialhjelp).

Nærmere analyser av disse funksjonene viser imidlertid at også funksjon 242 er problematisk. For det første inkluderer den utgifter som ikke er relatert til rus eller psykiatri (bla utgifter til flyktningkonsulenter). For det andre er kvaliteten på variabelen avhengig av at kommunene på en korrekt måte deler opp utgifter til personer som både jobber på sosialkontoret og med barnevernstjenester. For det tredje kan de observerte nettoutgiftene variere dersom kommunene har ulik praksis ved føring av inntekter på

ulike funksjoner. Disse forholdene gjør at variabelen kan variere på grunn av forhold som ikke er knyttet til rus og psykiatri. I hvor stor grad dette er tilfelle kan man bare vite ved å sammenligne utfallet når man enten tar med eller ikke tar med funksjon 242 i den avhengige variabelen og ved å sammenligne analyser med bruttotallene i forhold til nettotallene.

Diskusjonen ovenfor viser at det er behov for flere typer analyser av sosiale tjenester. I forhold til vekting av eventuelle nye kriterier er det viktig å bruke den samme definisjonen av sosiale tjenester som er brukt ved tidligere analyser dvs. at man inkluderer økonomisk støtte til pensjonister (KOSTRA funksjon 282) og råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid (KOSTRA 242). I forhold til å rendyrke en avhengig variabel som i størst mulig grad bare inkluderer de utgiftene der man vet at rus utgjør en betydelig andel, vil det derimot være fordelaktig å ta bort økonomisk hjelp til pensjonister og råd/veiledning/forebygging. Man står da igjen med utgiftene til tilbud til rusmiddelmissbrukere og sosialhjelp (funksjon 243 og 281).

For å teste om rus og psykiatri også påvirker andre utgifter enn de som hører inn under sosiale tjenester, har vi lagt sammen utgifter under pleie og omsorg og helsestell. Rus og psykiatri utgjør her trolig en mye mindre andel av de samlede utgiftene og målet med regresjonene er som nevnt ikke å forklare så mye som mulig av variansen mellom kommunene, men å teste om variabler man antar er relatert til rus og psykiatri viser seg å ha en signifikant effekt på utgiftene.

Til sammen betyr dette at det deles inn i 6 hovedmodeller i analysen (etter hva som er den avhengige variabelen):

1. Utgifter under funksjonen ”tilbud til personer med rusproblemer” (KOSTRA 243)
2. Rus og sosialhjelpsutbetalinger
 - I. Bred definisjon (242, 243, 281, 282)
 - II. Smal definisjon (243, 281)
3. Barnevern (244, 251, 252)
4. Helsestell (232, 233, 234, 241)
5. Pleie og omsorg (253, 254, 261, 262)
6. Psykiatriske innleggelses og konsultasjoner

I modell (1) til (5) er disse variablene omformet til ”kroner per innbygger,” mens i modell (6) er benevningen ”Antall innleggelse per 10 000 innbyggere”. Alle utgiftene baserer seg på KOSTRA informasjon og gjelder for året 2001. Tallet for innbyggere er regnet pr. 1.1.2001. I datasettet er det 430 observasjoner for alle de avhengige variablene unntatt for psykiatriske innleggelse og konsultasjoner som vi har for alle landets kommuner. Tre kommuner er utelatt (Austevoll, Engerdal og Loppa) fordi de ikke har rapportert informasjon til KOSTRA. To kommuner (Våle og Ramnes) er utelatt fordi de ble slått sammen i 2001 og dette førte til misvisende informasjon på noen variabler for disse kommunene. I tillegg er Hasvik tatt ut av regresjonene i modell 1 fordi det for denne kommunen var rapportert feil utgift til KOSTRA under funksjon 243 og fordi en ekstrem observasjon av denne typen viste seg å ha stor effekt på regresjonsresultatet.

Forsøk med rammefinansiering påvirker analysen av pleie og omsorg når man benytter netto driftsutgifter som avhengig variabel. For å unngå å måtte ta ut de 20 kommunene fra analysen, har vi brukt netto driftsutgifter og korrigert for de tilskuddene som er øremerkede for alle andre kommuner, men som forsøkskommunene får som en del av rammetilskuddet.

Tabell 13 Oversikt over de avhengige variablene i analysen og deres vektete gjennomsnitt for ulike kommunegrupper

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Kommuner over 40000 innb	Bergen, Trondheim og Stavanger	Oslo	Hele landet vektet gj. snitt	Standard-avvik
Rusutgifter, funksjon 243	29	60	100	149	222	229	112	91
Sosiale tjenester	925	1010	1203	1407	1774	2967	1395	713
Barnevern	592	662	707	799	953	818	730	214
Helsestell	1943	1485	1437	1605	1437	2103	1626	421
Pleie og omsorg	9036	6481	6402	6034	6969	6357	6793	1840
Psykiatriske Innleggelse	165	196	187	237	254	320	217	113
Rusutgifter, funksjon 243 brutto driftsutgifter	34	67	115	165	245	265	127	105
Sosiale tjenester brutto driftsutgifter	1047	1152	1370	1618	2081	3366	1596	800
Barnevern brutto driftsutgifter	628	716	759	863	1114	827	789	247
Helsestell, brutto driftsutgifter	2662	1919	1805	1975	1927	2414	2072	566
Pleie og omsorg, brutto driftsutgifter	12087	8638	8452	7895	8652	8889	9003	2294

4.4.2 De uavhengige variablene

For hver av hovedmodellene (1-5) er det kjørt flere regresjoner med ulike uavhengige variabler (se kapittel 4.6). Poenget med de to første regresjonene i hver modell (A og B) er å undersøke i hvor stor grad de relevante kriteriene i kostnadsnøkklene allerede fanger opp kommunale variasjoner i utgiftene og om man får en betydelig økning i forklaringskraften når man inkluderer to av de mest aktuelle indikatorene på kommunenes utgifter innen rus og psykiatri: ”rusrelaterte diagnoser” og ”psykiatriske innleggelses og konsultasjoner.” ”Rusrelaterte diagnoser” beskriver antallet innleggelses fra kommunen på somatiske sykehus der enten hoved- eller bi-diagnosen er definert som relatert til bruk av rusmidler – for eksempel akutt alkoholforgiftning eller leversykdommer. Dette er en variabel som i stor grad er objektiv og som har en klar relevans som indikator på omfanget av rusproblemer og dermed utgiftsbehovet. Fordi det i en del små kommuner er svært få slike diagnoser hver år, er variabelen regnet ut som et gjennomsnitt over de siste tre årene (1999-2001). Utrekningen av variabelen og listen over de ulike diagnosene som er definert som relatert til bruk av rusmidler er nærmere beskrevet i vedlegget med detaljer om de avhengige variablene og deres utregning (se kapittel 6.5).

Variabelen ”psykiatriske innleggelses og konsultasjoner” viser hvor mange personer i hver kommune som har vært til konsultasjon (eller blitt innlagt) ved behandlingsinstitusjoner for psykiatriske lidelser i 2001. Denne variabelen kan være en indikator på omfanget av psykiatriske problemer i kommunene og dermed utgiftene (en positiv sammenheng). Man kan også tenke seg en negativ sammenheng i den grad innleggelsene fører til reduserte kommunale utgifter og dersom denne effekten dominerer skulle man forvente et negativt fortegn på koeffisienten i regresjonen. Uansett er det en variabel som har teoretisk relevans og som det er spesielt interessant å undersøke.

I alle regresjonene har man kontrollert for kommunens frie inntekter. Videre inngår variablene fra kostnadsnøkklene slik de er utregnet i kostnadsnøkklene. Det betyr blant annet at arbeidsledighetsvariabelen er vektet på en måte som gjør at yngre arbeidsledige teller mer enn eldre arbeidsledige (fordi det særlig er blant de yngre at man finner en sammenheng mellom arbeidsledighet og sosialutgifter) og at dødelighet er

justert i forhold til kjønn og alder. Begrunnelsen for å bruke de vektete variablene er at man ønsker å se hvor mye av variasjonen i utgiftene som fanges opp av variablene slik de inngår i kostnadsnøkkelen. Man må da bruke samme vektning som man gjør i kostnadsnøkkelen.

De neste regresjonene (C, D, E osv) prøver ut andre variabler som kunne tenkes å påvirke eller indikere utgiftene per innbygger. Spesielt er man her interessert i variabler med utgangspunkt i folkemengde ("invers folkemengde", "stedfestet adresse i tettsted", "absolutt folkemengde opphøyet i 0,2"). Det er to grunner til dette: For det første sier den teoretiske litteraturen om rus og psykiatri at urbanitet kan være en interessant årsaksvariabel. For det andre kan det være at brukergruppene trekker inn mot store kommuner (se Pedersen og Hagen, 2000 for begge hypotesene). I begge tilfeller vil det være en tendens til at kommuner med store folketall har større utgifter per innbygger enn mindre kommuner. I hvor stor grad dette stemmer vil man kunne teste ved å inkludere ulike variabler basert på folketall i regresjonen og se om de er signifikante eller ikke.

Bakgrunnen for at man prøver ut flere ulike variabler relatert til folkemengde er å teste ut på hvilken måte folkemengde er relatert til utgiftene per innbygger. Et lineært forhold ville implisere at Oslo har langt større utgifter per innbygger enn, for eksempel, Trondheim og Bergen. Tallene tyder imidlertid på at forholdet er ikke-lineært i den forstand at utgiftene ikke øker proporsjonalt med folketallet. Variablene "invers folkemengde" og "absolutt folkemengde opphøyet i 0,2" tar begge hensyn til dette, men på noe ulik måte. Variabelen invers folkemengde synker med økende folketall, men den flater ut ved større folketall. I den grad det er en sammenheng mellom folketall og utgiftene per innbygger, vil man forvente et negativt fortegn på denne koeffisienten i regresjonene. Variabelen "absolutt folkemengde opphøyet i 0,2" stiger med folketallet og man vil da forvente en positiv koeffisient dersom det er slik at stigende folketall øker utgiftene per innbygger. Også for denne variabelen avtar stigningen slik at denne variabelen heller ikke er lineær, men formen på ikke-lineariteten er noe annerledes enn for invers folkemengde. Poenget med å prøve ut begge er å se hvilken som passer best.

Bakgrunnen for at folkemengde opphøyes i nettopp 0,2 er at dette ser ut til å passe godt med utgiftsvariasjonene. For eksempel er det et stort

sprang i absolutt folkemengde mellom Bergen og Oslo, men spranget i utgifter (målt per innbygger) er ikke tilsvarende stort (se tabellen nedenfor). Ved å opphøye variabelen med 0,2 oppnår man at store kommuner får en større verdi, men at spranget blir stadig mindre slik at forskjellen mellom eksempelvis Bergen og Oslo ikke blir så stor. Tabellen nedenfor illustrerer dette. Man ser at mens variabelen absolutt folkemengde er over ti ganger så stor i små kommuner som i store kommuner, så er forskjellen i utgifter innen rus og sosiale tjenester mellom de samme kommunestørrelsene mye mindre. Variabelverdiene på absolutt folkemengde opphøyet i 0,2 passer derimot bedre til det observerte forholdet på utgiftsvariablene. Gjennomsnittsverdien på denne variabelen er i underkant av dobbelt så stor når man går fra små til store kommuner (N=435).

Tabell 14 Gjennomsnittsverdier på folketallsvariablene sammenlignet med utgiftene til rus og sosiale tjenester for kommuner med ulike innbyggertall

Uvektet gjennomsnittsverdi	Absolutt folkemengde	Absolutt folkemengde opphøyet i 0,2	Invers folkemengde	Sosiale tjenester	Rus-utgifter funksjon 243
Små kommuner	0,3	4,7	5,46	1486,1	30,3
Mellomstore kommuner	1,0	6,2	1,15	1653,5	52,9
Store kommuner	3,8	8,1	0,31	2007,7	111,6
Kommuner over 40000 u. fire største byer	5,5	8,8	0,2	2193,7	146,1
Bergen, Trondheim og Stavanger	16,3	10,9	0,07	2657,4	228,7
Oslo	50,9	13,8	0,02	3784,4	228,7
Total	1,0	5,6	3,52	1600,5	46,7

Variabelen ”andel med stedfestet adresse i tettsted” er tatt med i regresjonene fordi det ikke nødvendigvis bare er kommunenes folkemengde som er relevant for problemomfanget innen rus eller psykiatri. To kommuner med likt folketall kan være svært ulike på den måten at den ene har veldig spredt bosetting, mens den andre er mer urban. Den opprinnelige hypotesen var at urbanitet (ikke folketallet i seg selv) hadde en positiv sammenheng med problemomfanget og dermed også utgiftene. Variabelen ”andel med stedfestet adresse i tettsted” skiller disse kommunene fra hverandre og man kan dermed se om det er folkemengden eller bosetningsmønsteret i kommunene som er den utslagsgivende variabelen.

I tillegg til forskjellige urbanitetsmål, har man i regresjonene forsøkt å teste noen variabler der man har en begrunnet mening om hvorfor variabelen skulle påvirke utgiftene. For eksempel vet man fra helseundersøkelser om både rus og psykiatri at det er en overvekt av ikke-gifte/enslige personer i begge gruppene. I et forsøk på å se om denne variabelen er viktig, har man inkludert ”ikke-gifte 16-67” som en variabel i enkelte regresjoner. En svakhet ved denne variabelen er at samboende teller som ”ikke-gifte.” ”Enslige forsørgere med overgangsstonad” er inkludert i regresjonen der man ønsker å forklare antallet psykiatriske innleggelses og konsultasjoner fordi denne gruppen har vist seg å ha større hyppighet av psykiske lidelser enn gjennomsnittet av befolkningen.

Vi har også inkludert enkelte regresjoner der vi undersøker om utgiftene i spesielle kommuner er signifikant høyere enn andre selv etter at man har inkludert forskjellige variabler som man tror påvirker utgiftene. Vi har her undersøkt om kommunene i Troms og Finnmark skiller seg ut fra de andre, om store kommuner med flere enn 40 000 innbyggere har større utgifter enn andre og om storbyene er signifikant ulik de andre kommunene.

Der det er naturlig er de uavhengige variablene målt i ”antall per 10 000” innbyggere. Utgifts og inntektsvariablene er alle i hele kroner pr. innbygger. En nærmere beskrivelse av alle de uavhengige variablene og hvordan de er regnet ut er gitt i vedlegget til denne rapporten.

4.5 Generelt om tolkningen av regresjonsresultatene

4.5.1 Tolkning av lineære koeffisienter

Koeffisientene kan tolkes på følgende måte: Dersom en kommune får en ekstra enhet av variabelen og alt annet er konstant, da vil kommunenes utgifter stige med koeffisientens verdi multiplisert med 10 000. Modell 1A viser at koeffisienten for arbeidsledige er 0,35. Dette betyr at en ekstra arbeidsledig vil medføre en økning i kommunenes utgifter på 3 500 kr. ($0,35 \cdot 10\,000$). Forholdet bør ikke tolkes som en årsakssammenheng (at den arbeidsledige bokstavelig talt koster 3 500 kroner ekstra), men som en statistisk sammenheng.

4.5.2 Tolkning av koeffisienter til de ikke-lineære variablene

Det er to ikke-lineære variabler i analysen; "absolutt folke­mengde opphøyet i 0,2" og "invers folke­mengde." Ta utgangspunkt i at koeffisienten på "folketall opphøyet i 0,2" ble 102,7 i en regresjon. Det betyr ikke at utgiftene per innbygger stiger med 102,7 kroner dersom innbyggertallet stiger med 1. Det er to grunner til dette:

- Variabelen er transformert. Når folketallet øker med 1, så øker ikke "folketallet opphøyet i 0,2" med 1.
- Transformasjonen er ikke-lineær. Det betyr at en økning i folketallet gir mindre og mindre utslag på utgiftene per innbygger desto større kommunene er. Bakgrunnen for dette er at det ikke er plausibelt å anta at forskjellen i utgift *per innbygger* er like stort som spranget i folketall fra - for eksempel - Bergen til Oslo .

En måte å tolke denne koeffisienten på, er å finne hva en endring på 100 personer betyr i form av økte utgifter per innbygger for kommuner av ulik størrelse. Tabellen nedenfor viser en slik utregning. Dersom en kommune på 1000 innbyggere får 100 flere innbyggere (og ingen av de andre variablene endres), så vil utgiftene stige med 7,87 kroner per innbygger, i dette tilfellet utgiftene til sosiale tjenester inkludert barnevern og rus. Vi ser videre at økningen blir stadig mindre når folketallet vokser. En vekst på 100 innbyggere gir altså mindre utslag i store kommuner enn i små når utslaget er målt i utgifter per innbygger. Det er dette som er ikke-

lineariteten. Tilsvarende ikke-linearitet gjelder for invers folkemengde, men formen på det ikke lineære forholdet er her noe annerledes. For det første går den motsatt vei; store kommuner får små verdier og man kan da forvente et negativt fortegn dersom store kommuner også har store utgifter.

Tabell 15 Endringer i kommunenes utgifter ved endringer i variabelen ”folketall opphøyet i 0,2” når folketallet øker med 100 personer

Kommune- størrelse	1000	3000	5000	20 000	40 000	100 000	230 000	510 000
Kommune med omtrent samme folketall	Eidfjord	Skjervøy	Klæbu	Askøy	Sandefjord	Bærum	Bergen	Oslo
Økt utgift pr. innbygger i kr.	7,87	3,35	2,24	0,74	0,43	0,21	0,11	0,06

4.5.3 Tolkning av statistisk signifikans

Selv om en variabel i regresjonen kommer ut som statistisk ikke-signifikant på 5% nivå, bør man ikke med en gang konkludere at det er en lite viktig variabel. Tilsvarende må man være forsiktig med å tolke en signifikant variabel som at variabelen selv er en direkte årsak til endringene. For eksempel; dersom to forklaringsvariabler henger tett sammen, så er det vanskelig å si hvilken av de to som påvirker den avhengige variabelen. Begge kan da komme ut som ikke-signifikante, mens de ville bli signifikante i en regresjon der de ble tatt inn hver for seg. Slike sammenhenger oppstår ofte når man har med flere variabler og i vårt tilfelle er blant annet flere av ”urbanitetsmålene” høyt korrelerte (se vedlegg med korrelasjonsmatrisen tabell 28).

Når en variabel kommer ut som signifikant, bør det heller ikke tolkes som at man har funnet en variabel som kan fange opp variasjoner i kommunenes utgifter innen rus og psykiatri. Vi har, for det første, et identifikasjonsproblem i regresjonene 2-5. Når – for eksempel – invers folkemengde kommer ut som en signifikant variabel for å forklare utgifter innen pleie og omsorg, så betyr det ikke nødvendigvis at dette er en viktig

variabel for å forklare variasjoner i den delen av pleie og omsorgsutgiftene som ligger under rus og psykiatri. En del av koeffisienten på variabelen kan fange opp andre variasjoner i utgiftene enn de som er relatert til rus og en del kan fange opp variasjoner som er relatert til rus. Det er ikke mulig å isolere disse to effektene fordi vi bare observerer helheten (om hele koeffisienten til variabelen er signifikant eller ikke). Det kan, videre, være bakenforliggende variabler som gjør at en variabel blir signifikant selv når variabelen i seg selv ikke står i en årsakssammenheng med den avhengige variabelen (spuriøs korrelasjon). Dette gjelder, for eksempel, variabelen ”Antall innvandrere” som kan fange opp ”urbanitetseffekter” fordi innvandrere ofte bor i sentrale strøk.

4.6 Resultater fra regresjonsanalysen

4.6.1 Direkte utgifter til rusmiddelmissbrukere (funksjon 243)

Vi ser fra regresjon 1A at de variablene som allerede er i kostnadsnøklene forklarer 32% av variasjonen i utgifter til rusmiddelmissbrukere (se tabellen nedenfor). Både kriteriene for skilte, arbeidsledige og innvandrere er signifikante og har positive fortegn. Flere arbeidsledige, skilte og innvandrere vil med andre ord øke utgiftene til rusmiddelmissbrukere (gitt at alt annet holdes konstant). At innvandrere kommer ut som en signifikant og positiv variabel, er som nevnt trolig mer en effekt av at innvandrere er bosatt i sentrale strøk enn at innvandrerne i seg selv utgjør en stor gruppe blant rusmiddelmissbrukerne (korrelasjonen mellom antall innvandrere og andel med stedfestet adresse i tettsted er 0,52 og 0,59 med variabelen ”absolutt folkemengde opphøyet i 0,2). Dette er et generelt problem i regresjonsanalysen; Desto større grad av samvariasjon (multikolinearitet) det er mellom de uavhengige variablene (og kombinasjoner av disse), desto vanskeligere er det å skille mellom effekten til de ulike variablene og desto større blir usikkerheten i analysen.

Dersom man legger til forklaringsvariablene ”Psykiatriske innleggelses og konsultasjoner” og ”rusrelaterte diagnoser” ser vi fra regresjon 1B at disse ikke er signifikante på 5% nivå og at forklaringskraften til hele modellen bare øker svakt (fra 32,0% til 32,9%).

Når man i modell 1C legger til en rekke andre variabler som kan være relevante for å predikere rusutgiftene, stiger forklaringskraften til 42,0%. Blant de variablene som da peker seg ut som interessante er ”absolutt folkemengde opphøyet i 0,2.” At denne er positiv betyr at rusutgiftene per innbygger stiger med folketallet i kommunene. Modell 1C viser også at både Oslo og kommuner med over 40 000 innbyggere har signifikant høyere utgifter på ”tilbud til rusmiddelmissbrukere” selv etter at man har kontrollert for en rekke andre variabler.

Modell 1D, 1E og 1F tilsvarer 1A, B og 1C bortsett fra at man nå analyser bruttoutgiften for funksjon 243 (tilbud til rusmiddelmissbrukere). Resultatene viser at forklaringskraften øker for alle, men det er i hovedtrekk de samme variablene som peker seg ut som viktige. Den eneste endringen er at rusrelaterte diagnoser blir nesten signifikant på 5% nivå.

Tabell 16 Resultat fra regresjonsmodellene under hovedmodell Rusutgifter, funksjon 243. A, B og C er kjørt mot netto driftsutgifter 243 og D, E og F mot brutto driftsutgifter. Koeffisienter med p-verdi i parentes.

1 Rusutgifter	A (netto)	B (netto)	C (netto)	D (brutto)	E (brutto)	F (brutto)
Konstantledd	22,48 (0,77)	10,81 (0,89)	-18,00 (0,83)	41,16 (0,62)	26,49 (0,75)	-3,10 (0,97)
Innbyggere 16-66 år	-0,006 (0,63)	-0,004 (0,72)	0,01 (0,68)	-0,010 (0,48)	-0,007 (0,57)	0,0017 (0,90)
Skilte 16-59 år	0,10* (0,00)	0,09* (0,00)	0,09* (0,00)	0,11* (0,00)	0,10* (0,00)	0,10* (0,00)
Arbeidsledige 16-59 år	0,35* (0,00)	0,30* (0,00)	0,23* (0,02)	0,40* (0,00)	0,34* (0,00)	0,23* (0,03)
Innvandrere, fjernkulturelle, over 5 år	0,23* (0,00)	0,22* (0,00)	0,08* (0,02)	0,25* (0,00)	0,24* (0,00)	0,09* (0,02)
Psykiatriske innleggelse og konsultasjoner		0,03 (0,14)	0,02 (0,23)		0,04 (0,08)	0,03 (0,15)
Rusrelaterte hoved- eller bidiagnoser		0,42 (0,09)	0,38 (0,12)		0,52 (0,05)	0,49 (0,07)
Brutto personinntekt			-0,0002* (0,04)			-0,00* (0,03)
Frie inntekter	-0,0010* (0,01)	-0,0011* (0,00)	0,0012 (0,15)	-0,0011* (0,01)	-0,0012* (0,00)	0,0012 (0,16)
Ikke-gifte 16-67 år			-0,02* (0,01)			-0,02* (0,01)
Invers folkemengde			-0,64 (0,60)			-0,64 (0,63)
Stedfestet adresse i tettsted			0,0012 (0,34)			0,0012 (0,37)
Uføretrygdete 16-66 år			-0,02 (0,25)			-0,02 (0,25)
Absolutt folkemengde opphøyet i 0,2			13,50* (0,00)			16,18* (0,00)
Dummy for Troms og Finnmark			4,88 (0,6)			10,72 (0,29)
Dummy for kommuner over 40000 innbyggere			37,27* (0,01)			36,80* (0,02)
Dummy for de fire største byene			67,71* (0,02)			74,12* (0,02)
Andel forklart varians (R ²)	0,320	0,329	0,417	0,336	0,347	0,440
Antall Observasjoner (N)	429	429	429	429	429	429

Merknad: Alle koeffisienter oppgitt i alle tabellene over regresjoner er ustandardiserte regresjonskoeffisienter. Signifikante koeffisienter er merket med en stjerne. Signifikans er oppgitt som p-verdi. Med 95% signifikansnivå skal p-verdien være under 0.05 for at koeffisienten skal være signifikant.

4.6.2 Om kvaliteten på funksjon 243 ("tilbud til personer med rusproblemer")

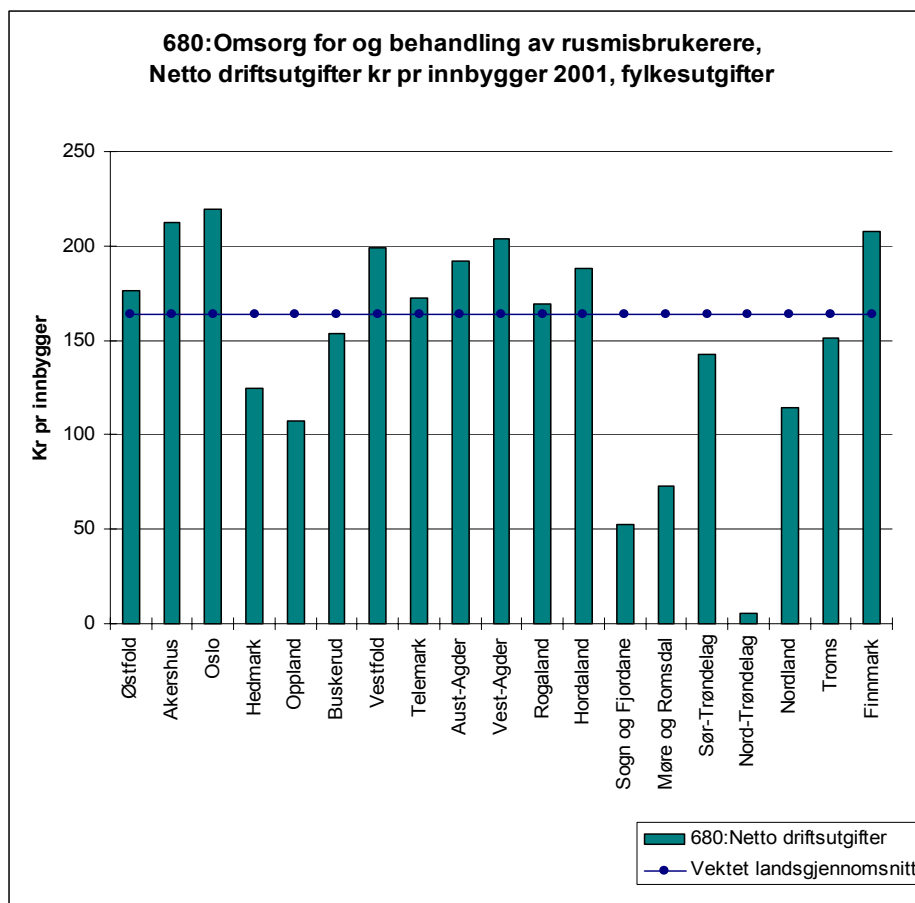
Det er, som nevnt, flere problemer knyttet til å bruke de regnskapsførte utgiftene på funksjon 243 som avhengig variabel. For eksempel har 55 kommuner bokført null kroner i utgifter. Dette kan selvfølgelig være et uttrykk for at kommunen ikke bruker penger på "tilbud til personer med rusproblemer," men det kan også delvis skyldes at man ikke har regnskapsført utgifter på de funksjonene man egentlig skal. Vi har kontaktet flere kommuner for å undersøke om dette er tilfelle og det er flere eksempler på feilføringer, blant annet ved å føre skjenkekontroll på 243.

Et annet mulig problem med å sammenligne tallene fra KOSTRA er at Oslo både er en kommune og en fylkeskommune. For å sammenligne Oslo med andre kommuner må man derfor skille ut Oslos utgifter som kommune. Dette er gjort i forbindelse med KOSTRA rapporteringen, men spørsmålet er om det er gjort korrekt. For eksempel, dersom en for stor andel av utgiftene legges på Oslo som kommune kan det se ut som om Oslo har meget store kostnader pr. innbygger mens forskjellen egentlig skyldes regnskapsmessig skjevfordeling i forhold til andre kommuner. Det er imidlertid delvis mulig å undersøke i hvor stor grad dette er tilfelle ved å se på kostnadene på fylkesnivå. Det er her mest aktuelt å se direkte utgifter til rusmiddelmissbrukere (funksjon 243) fordi denne har komponenter som deles mellom kommunene og fylkeskommunene. For eksempel deler kommunen og fylkeskommunene på å betale for behandling av rusmiddelmissbrukere. For andre utgifter – som sosialhjelp - er problemet med skjevfordeling mindre aktuelt fordi dette i alle tilfelle er et kommunalt ansvar og alt føres da som en kommunal utgift.

Hvis Oslo som fylke sammenliknet med andre fylker også har en høy utgift til funksjon 243 pr. innbygger så kan vi i større grad være sikker på at den høye kommunale utgiften til funksjon 243 ikke skyldes skjevfordeling, men en reell forskjell i de kommunale utgiftene. Figur 4 viser en fylkesvis sammenligning av tallene for behandling av rusproblemer og vi ser at Oslo har den høyeste utgiften pr. innbygger til omsorg og behandling av rusmisbrukere også på fylkesplan (ca. 220 kroner pr. innbygger). Dette gir grunn til å tro at en eventuell skjevfordeling av utgiftene mellom kommune og fylkesnivå ikke kan forklare Oslos store

utgifter til rusbehandling i forhold til andre kommuner. Et annet argument er at tallene for Oslo ikke skiller seg ut fra tallene for andre byer som Drammen, Trondheim og Stavanger.

Figur 4 Fylkenes utgifter til rusbehandling (2001)



En tredje indikator på kvaliteten på variabelen, er i hvor stor grad den varierer fra år til år. Tabell 17 viser i prosent absoluttverdien av endringer i utgiftene til rusmiddelmissbrukere fra 2000 til 2001. Fordi ikke alle kommunene førte rapporterte tall til KOSTRA i 2000, er tabellen begrenset til de 183 kommunen man har opplysninger om for 2000. Resultatene viser klart at det var meget store variasjoner mellom årene. Det er bare de aller største kommunene som har stabile tall. Dette viser at man skal være forsiktig med å legge for stor vekt på en regresjon der 243

er den avhengige variabelen. For å undersøke dette vil det være nyttig å kjøre regresjoner mot en avhengig variabel på et høyere aggregert nivå dvs. at man legger sammen flere utgifter for å unngå å kjøre analyser mot små utgiftsposter som kan variere mye. En slik analyse er samlet utgift under rus og sosiale tjenester som er tema for neste underkapittel.

Tabell 17 Oversikt over endringer i utgiftene under funksjonen ”tilbud til rusmiddelmissbrukere” fra 2000 til 2001

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Kommuner over 40000 innbyggere	Bergen, Trondheim og Stavanger	Oslo
Endring 2000-2001	225%	107%	92%	36%	7%	-

Merk: De prosentvise endringene er målt absolutt slik at positive og negative verdier ikke skal utligne hverandre. Tallene er også vektet etter kommunenes innbyggertall. Kilde: KOSTRA

4.6.3 Samleutgift: Rus og sosialhjelp (se tabell 19)

Som vist i regresjon 2B (se slutten av kapittelet for utskriften), så er både antall rusrelaterte diagnoser og psykiatriske innleggelses signifikante variabler når man tar disse to inn i tillegg til de variablene som allerede er i helsenøkkelen. Den samlede forklaringskraften stiger med 3,1 prosentpoeng når disse variablene inkluderes (fra 20,3% i modell 2A til 23,4% i modell 2B). Som vist i modell 2C er det også mulig å øke forklaringskraften ved å ta med andre variabler (37,3% i 2C).

Man må som vanlig være forsiktig med tolkningene fordi det er stor samvariasjon (multikolinearitet) mellom enkelte av variablene. Blant annet varierer frie inntekter systematisk med kommunestørrelse slik at denne variabelen i 2A og 2B ikke bare fanger opp utgiftsvariasjoner som direkte skyldes inntektsforskjeller, men også at den fanger opp forskjeller som skyldes forskjeller i innbyggertallet (Korrelasjonene mellom frie inntekter og ”absolutt folketall opphøyet i 0,2” er -0.68). Modell 2C viser også at de kontinuerlige variablene fanger opp så mye av variasjonen i utgiftene at dummy'ene for storkommuner ikke kommer ut som signifikante.

Som nevnt kan en del av de utgiftene som er inkludert i modellen ovenfor både fange opp forhold som ikke har med rus eller psykiatri å gjøre og som samtidig varierer noe tilfeldig. Dersom man foretar den samme

analysen etter å ha tatt ut utgiftene under funksjon 282 (økonomisk støtte til pensjonister) og funksjon 242 (råd og veiledning) så øker forklaringskraften til modellen betydelig. Mens modellene 2A og 2B ga en forklaringskraft på henholdsvis 20,3% og 23,4% så gir de tilsvarende modellene en forklaringskraft på 31,3% og 33,7%. Forklaringskraften øker ytterligere når man bruker bruttotall i stede for netto. Dette bekrefter mistanken om at funksjonene 242 og 282 til en viss grad ødelegger for modellens forklaringskraft, men resultatene når det gjelder hvilke variabler som er signifikante blir i all hovedsak tilsvarende det man hadde fra før.

Modellene 2D, E og F prøver å skille mellom effekten av invers folkemengde sammenlignet med "folkemengde opphøyet i 0,2" i regresjoner der man bare tar med de variablene som er mest relevante og som i 2C viste seg å være signifikante. Det viser seg at regresjonen med absolutt folkemengde opphøyet i 0,2 gir en større forklart varians enn den tilsvarende regresjonen der man tar med bare invers folkemengde.

4.6.4 Om bruk av regresjonsresultatet til å velge kriterier

Det er et mål at man i kostnadsnøklene skal begrense antallet kriterier. Det betyr at det ikke er mulig å legge inn alle mulige variabler som viser seg å ha en signifikant effekt på utgiftene. Spørsmålet blir da hvordan man kan velge den eller de "beste" variablene.

En måte å finne de mest relevante variablene på kunne være å velge de eller den som gir den største økningen i andel forklart varians når den alene legges til i en regresjon med de relevante variablene som allerede er i helsenøkkelen med avhengig variabel "sosiale tjenester." Resultatene fra slike regresjoner er oppsummert i tabellene nedenfor. Denne viser, blant annet, at invers folkemengde er den variabelen som gir størst økning i forklaringskraften når den alene legges til de relevante variablene som allerede er i helsenøkkelen. Det betyr imidlertid ikke automatisk at "invers folkemengde" er den beste variabelen til vårt formål. Problemet er at selv om en variabel øker modellens forklaringskraft betyr det ikke at den også tilfredsstillende de andre kravene man stiller til kriteriene i kostnadsnøklene.

Ideelt skulle man ønske seg en variabel som er

- klart teoretisk relevant (nært knyttet til behov innen rus og psykiatri)
- objektiv, enkel, stabil og tilgjengelig
- signifikant med god økning i forklaringskraften og en koeffisient som indikerer at variabelen predikerer en ikke ubetydelig del av utgiftene
- fanger opp variasjoner i kommunenes ufrivillige kostnader generelt og spesielt at noen kommuner har ekstra store utgifter

For å se i hvor stor grad ulike relevante variabler oppfyller alle disse målene, er det ikke nok å vite økningen i forklaringskraften. I tillegg må man blant annet se på koeffisientenes størrelse og om dummy'ene for "kommuner over 40000 innbygger" og "de fire største byene." Tabell 18 viser, for eksempel, at når man kjørte en regresjon med både "folkemengde opphøyet i 0.2" og disse dummy'ene, så var ikke dummy'ene signifikante. Store kommuner hadde med andre ord ikke signifikant høyere utgifter utover det som kan forklares med variabelen for "folkemengde." Dette er viktig, men man må i en slik vurdering også se på graden av signifikans i forhold til koeffisientens størrelse. En nesten-signifikant variabel med stor koeffisient (sett i sammenheng med variabelverdiens gjennomsnitt) kan være viktigere enn en liten men statistisk signifikant variabel.

Tabell 18 Økning i forklaringskraften og dummy signifikans når en tar inn ulike variabler. Avhengig variabel er sosiale tjenester, funksjon 242, 243, 281 og 282.

Forklarings-variabel	Totalt	Forklarings-variabel		Dummy kommuner over 40000 u. fire største byer		Dummy for de fire største byene	
	Økt R ²	Koeffisient	P-verdi	Koeffisient	P-verdi	Koeffisient	P-verdi
Invers folkekemengde	0,033	-44,867	0,000	121,511	0,348	467,928	0,049
Stedfestet adresse i tettsted	0,006	0,020	0,074	123,117	0,351	524,928	0,030
Psykiatriske innleggelser og konsultasjoner	0,017	0,551	0,002	126,834	0,332	490,540	0,041
Rusrelaterte diagnoser	0,015	6,550	0,005	147,835	0,259	490,973	0,041
Enslige forsørgere med overgangsstønad	0,013	0,359	0,007	154,685	0,239	522,043	0,030
Absolutt folkekemengde opphøyet i 0,2	0,003	46,577	0,208	47,937	0,751	308,016	0,286

Merknad: Utgangspunktet for tabellen er som regresjon 2A med to storbydummy'er i tillegg; dummy for kommuner over 40000 innbyggere unntatt fire største byer og dummy for de fire største byene. Tabellen viser hvor mye forklaringskraften (R²) øker når de nye forklaringsvariablene tas inn, hvilken regresjonskoeffisient forklaringsvariablene får, dummy'enes regresjonskoeffisient og koeffisientenes p-verdi.

4.6.5 Barnevern (se tabell 20)

Også når det gjelder barnevern er det en signifikant økning i R² når man tar med "rusrelaterte diagnoser" og "psykiatriske innleggelser og konsultasjoner" i tillegg til de relevante variablene i helsenøkkelen. Noe overraskende er det psykiatrivariablen som slår sterkest ut, mens rusrelaterte diagnoser i denne analysen ser ut til å gi en svakere effekt enn tidligere analyser (Langørgen, 1995). Når man så i 3C inkluderer flere variabler som kan tenkes å være relatert til barnevernsutgiftene, faller forklaringskraften til rusdiagnoser ytterligere, mens "invers folkekemengde" her peker seg ut med en høy forklaringskraft.

4.6.6 Helsestell, Pleie og omsorg (se tabell 21 og 22)

Noen psykiatriske klienter og noen rusmiddelmissbrukere mottar omsorgstjenester som hjemmehjelp, tilpasset bolig og liknende. Man kunne også tenke seg at brukergruppene var overrepresentert blant de som brukte pleie- og omsorgstjenester slik at kommuner med mange psykiatriske klienter eller rusmiddelmissbrukere ville ha en større utgift enn andre på disse områdene. Regresjonene 4 (A, B og C) og 5 (A, B og C) viser at disse effektene trolig er små. Verken rusrelaterte diagnoser og psykiatriske konsultasjoner viste seg å være signifikante. Videre ser vi av regresjonene at kriteriene som allerede er i kostnadsnøkkelen fanger opp betydelige deler av kommunenes utgiftsvariasjon på disse områdene med henholdsvis 46,4% forklart variasjon på helsestell og hele 58.1% under pleie og omsorg. Regresjon 4C og 5C viser at å inkludere flere nye variabler kun ga en beskjeden økning i forklart varians. Disse resultatene viser at det er liten grunn til å tro at de mest innlysende variablene som er relatert til rus og psykiatri påvirker kommunenes utgifter innen helsestell eller pleie og omsorg i betydelig grad utover det som helsenøkkelvariablene allerede fanger opp.

4.6.7 Psykiatriske innleggelses og konsultasjoner (se tabell 23)

Hovedresultatet når det gjelder psykiatriske innleggelses/konsultasjoner er at modellen forklarer en svært liten andel av disse innleggelsene. Selv når man inkluderer en rekke forskjellige variabler som kan tenkes å være relatert til omfanget av psykiatriske problemer forklarer modellen knapt 10% av variasjonen i antallet psykiatriske innleggelses og konsultasjoner i kommunen. Bare to variabler er signifikante: "ikke gifte 16-67" og "frie inntekter i fylket". Dette stemmer godt med antagelsen om at de rike fylkene har hatt råd til å bygge ut en større kapasitet på sitt psykiatritilbud enn andre, men det negative fortegnet på "ikke-gifte 16-67" stemmer ikke med antagelsen om at enslige er overrepresentert. Dette kan delvis skyldes at variabelen ikke er noe godt mål på enslige, samtidig som det kan være bakenforliggende forhold som skaper en spurios korrelasjon.

4.7 Oppsummering

En rekke "urbanitetsmål" viste seg å være signifikante i de ulike regresjonene, men det kan være noe usikkert om disse variablene fanger opp rus og psykiatri alene eller helt andre forhold som også er relatert til

utgiftsvariasjoner (jmfør identifikasjonsproblemet nevnt i avsnittet om tolkning).

Antall rusrelaterte diagnoser på somatiske sykehus viste seg å ligge på grensen til å være signifikant når det gjaldt rusutgiftene, mens den var signifikant i forhold til utgifter under den mer aggregerte kategorien sosiale tjenester når den ble tatt inn alene i tillegg til variable fra kostnadsnøkkelen (2B). Antall innleggelser i psykiatrien viste seg også å være signifikant både når det gjaldt barnevernsutgifter og for alle regresjonene mot kostnader til sosiale tjenester (bredt definert).

Disse variablene (rusdiagnoser og psykiatriske innleggelser/konsultasjoner) er både klart relatert til rus og psykiatri og lette å inkludere i kostnadsnøklene, men de har også svakheter i form av at mange kommuner har få observasjoner. Dette kan delvis løses ved å bruke glidende gjennomsnitt over flere år. En annen mulig svakhet er en noe usikker kvalitet på dataene både fordi det kan være ulik praksis når det gjelder føring av diagnoser på ulike sykehus samt at tidligere års erfaringer viser at rapporteringsrutinene i psykiatrien ikke alltid har fungert godt nok til å få frem tall som er av tilstrekkelig kvalitet.

Tabell 19 Resultat fra regresjonsmodellene under hovedmodell Rus og sosialhjelpsutbetalinger, funksjon 242, 243, 281 og 282. Koeffisienter med p-verdi i parentes.

2: Sosiale tjenester	A	B	C	D	E	F
Konstantledd	61,43 (0,93)	-120,67 (0,87)	-896,98 (0,28)	-1364,99 (0,07)	-1411,10 (0,07)	-648,84 (0,37)
Innbyggere 16-66 år	0,016 (0,89)	0,041 (0,73)	0,26* (0,03)	0,13 (0,26)	0,14 (0,25)	0,07 (0,54)
Skilte 16-59 år	0,87* (0,00)	0,71* (0,00)	0,59* (0,02)	0,52* (0,02)	0,47* (0,03)	0,55* (0,01)
Arbeidsledige 16-59 år	3,06* (0,00)	2,36* (0,01)	-0,29 (0,76)	0,32 (0,73)	0,40 (0,67)	1,00 (0,28)
Innvandrerer, fjernkulturelle, over 5 år	1,30* (0,00)	1,18* (0,00)	0,93* (0,01)	1,08* (0,00)	1,01* (0,00)	1,34* (0,00)
Psykiatriske innleggelse og konsultasjoner		0,53* (0,00)	0,57* (0,00)	0,54* (0,00)	0,59* (0,00)	0,57* (0,00)
Rusrelaterte diagnoser		6,08* (0,01)	5,21* (0,02)	4,47 (0,06)	4,03 (0,09)	4,40 (0,06)
Brutto personinntekt			-0,01* (0,00)			
Frie inntekter	0,0036 (0,30)	0,0020 (0,527)	0,04* (0,00)	0,02* (0,00)	0,01 (0,15)	-0,0011 (0,79)
Ikke-gifte 16-67 år			0,0002 (0,99)	0,05 (0,35)	0,10 (0,07)	0,13* (0,02)
Beregnet reisetid			-0,0012* (0,00)			
Invers folkemengde			-58,01* (0,00)	-31,59* (0,01)		
Stedfestet adresse i tettsted			0,02 (0,08)	0,01 (0,28)	0,01 (0,3)	0,02 (0,16)
Uføretrygdede 16-66 år			-0,14 (0,37)			
Kvadratmeterpris for brukte selveierboliger			-0,01 (0,63)	-0,04* (0,01)	-0,05* (0,00)	-0,03 (0,06)
Absolutt folkemengde opphøyet i 0,2			37,66 (0,36)	70,05* (0,04)	95,66* (0,00)	
Dummy for Troms og Finnmark			-83,88 (0,34)			
Dummy for kommuner over 40000 innbyggere u. fire største byer			153,43 (0,28)			
Dummy for de fire største byene			424,19 (0,13)			
Andel forklart varians (R ²)	0,203	0,234	0,346	0,284	0,271	0,256
Antall Observasjoner (N)	430	430	430	430	430	430

Tabell 20 Resultat fra regresjonsmodellene under hovedmodell 3 Barnevern, funksjon 244, 251 og 252. Koeffisienter med p-verdi i parentes.

3: Barnevern	A	B	C
Konstantledd	375,94 (0,43)	295,06 (0,53)	338,02 (0,53)
Innbyggere 16-66 år	-0,05 (0,5)	-0,04 (0,58)	-0,07 (0,39)
Skilte 16-59 år	0,7* (0,00)	0,64* (0,00)	0,70* (0,00)
Arbeidsledige 16-59 år	1,9* (0,00)	1,63* (0,00)	1,48* (0,02)
Innvandrere, fjernkulturelle, over 5 år	0,31 (0,10)	0,25 (0,20)	0,10 (0,66)
Psykiatriske innleggelser og konsultasjoner		0,4* (0,00)	0,33* (0,01)
Rusrelaterte diagnoser		0,95 (0,53)	0,57 (0,72)
Brutto personinntekt			0,001 (0,25)
Frie inntekter	0,00 (0,17)	0,0028 (0,22)	0,02* (0,00)
Ikke-gifte 16-67 år			-0,07 (0,07)
Beregnet reisetid			0,000 (0,24)
Invers folkemengde			-38,14* (0,00)
Stedfestet adresse i tettsted			0,02* (0,03)
Absolutt folkemengde opphøyet i 0,2			-36,49 (0,16)
Dummy for Troms og Finnmark			-14,81 (0,8)
Dummy for kommuner over 40000 innbyggere u. fire største byer			16,50 (0,86)
Dummy for de fire største byene			198,90 (0,3)
Andel forklart varians (R ²)	0,149	0,173	0,244
Antall Observasjoner (N)	430	430	430

Tabell 21 Resultat fra regresjonsmodellene under hovedmodell 4 Helsestell, funksjon 232, 233, 234 og 241. Koeffisienter med p-verdi i parentes.

4: Helsestell	A	B	C
Konstantledd	-195,55 (0,73)	-237,78 (0,68)	-3537,84* (0,03)
Innbyggere 0-15 år	0,07 (0,69)	0,09 (0,61)	0,0016 (0,99)
Innbyggere 67-89 år	-0,26* (0,05)	-0,26 (0,059)	-0,35* (0,02)
Innbyggere 90 år og over	2,4* (0,02)	2,39* (0,03)	1,92 (0,09)
Dødelighet	5,27* (0,03)	5,52* (0,02)	7,03* (0,01)
Psykiatriske innleggelser og konsultasjoner		-0,21 (0,33)	-0,13 (0,53)
Rusrelaterte diagnoser		1,21 (0,64)	1,15 (0,68)
Brutto personinntekt			-0,0021 (0,15)
Frie inntekter	0,06* (0,00)	0,06* (0,00)	0,07* (0,00)
Ikke-gifte 16-67 år			0,05 (0,49)
Beregnet reisetid			0,0000 (0,96)
Invers folkemengde			-7,28 (0,61)
Stedfestet adresse i tettsted			-0,0005 (0,97)
Uføretrygdede 16-66 år			-0,61* (0,00)
Kjønnsfordeling, andel kvinner			0,81* (0,00)
Absolutt folkemengde opphøyet i 0,2			-38,86 (0,25)
Dummy for kommuner over 40000 innbyggere u. fire største byer			265,27 (0,19)
Dummy for de fire største byene u. Oslo			488,69 (0,4)
Dummy for Oslo			2067,45 (0,24)
Andel forklart varians (R^2)	0,464	0,466	0,492
Antall Observasjoner (N)	430	430	430

Tabell 22 Resultat fra regresjonsmodellene under hovedmodell 5 Pleie og omsorg, funksjon 253, 254, 261 og 262. Koeffisienter med p-verdi i parentes.

5: Pleie og omsorg	A	B	C
Konstantledd	-1250,05 (0,12)	-1064,13 (0,19)	-1356,24 (0,44)
Innbyggere 67-89 år	0,79* (0,05)	0,72 (0,07)	0,62 (0,16)
Innbyggere 90 år og over	18,93* (0,00)	18,54* (0,00)	18,48* (0,00)
Dødelighet	3,42 (0,69)	5,15 (0,56)	-3,00 (0,78)
PU 16 år og over	9,78 (0,07)	10,12 (0,06)	8,26 (0,17)
PU under 16 år	-7,9 (0,58)	-8,85 (0,54)	-9,94 (0,49)
Psykiatriske innleggelser og konsultasjoner		-1,09 (0,19)	-1,15 (0,17)
Rusrelaterte diagnoser		-2,40 (0,81)	-11,07 (0,31)
Brutto personinntekt			-0,007 (0,17)
Frie inntekter	0,24* (0,00)	0,24* (0,00)	0,36* (0,00)
Beregnet reisetid			-0,003 (0,09)
Invers folkemengde			-161,21* (0,01)
Stedfestet adresse i tettsted			0,11* (0,05)
Uføretrygdede 16-66 år			0,22 (0,76)
Dummy for Troms og Finnmark			-814,28* (0,05)
Dummy for kommuner over 40000 innbyggere u. fire største byer			-257,71 (0,66)
Dummy for de fire største byene u. Oslo			536,71 (0,64)
Dummy for Oslo			-1451,02 (0,47)
Andel forklart varians (R ²)	0,581	0,583	0,600
Antall Observasjoner (N)	430	430	430

Tabell 23 Resultat fra hovedmodell 6 Psykiatriske innleggelser og konsultasjoner, funksjon 242, 243, 281 og 282. Koeffisienter med p-verdi i parentes.

6: Psykiatriske innleggelser	A
Konstantledd	274,71 (0,52)
Innbyggere 16-66 år	-0,04 (0,3)
Skilte 16-59 år	0,13 (0,10)
Arbeidsledige 16-59 år	0,07 (0,82)
Innvandrere, fjernkulturelle, over 5 år	0,10 (0,34)
Dødelighet	0,65 (0,34)
Rusrelaterte diagnoser	0,63 (0,35)
Brutto personinntekt	0,0004 (0,29)
Frie inntekter	0,00005 (0,98)
Ikke-gifte 16-67 år	-0,05* (0,01)
Beregnet reisetid	0,00005 (0,56)
Invers folkemengde	-0,27 (0,94)
Stedfestet adresse i tettsted	0,0019 (0,59)
Uføretrygdede 16-66 år	0,03 (0,52)
Kjønnfordeling, andel kvinner	-0,02 (0,81)
Enslige forsørgere med overgangsstønad	0,04 (0,29)
Frie inntekter i fylket	0,01* (0,01)
Dummy for Troms og Finnmark	-10,51 (0,73)
Dummy for kommuner over 40000 innbyggere u. fire største byer	24,59 (0,55)
Absolutt folkemengde opphøyet i 0,2	-0,88 (0,94)
Dummy for de fire største byene u. Oslo	69,33 (0,40)
Dummy for Oslo	72,32 (0,64)
Andel forklart varians (R ²)	0,105
Antall Observasjoner (N)	433

4.8 Svakheter og endringer som vil påvirke analysene

Det er flere ting som i nær fremtid trolig vil endre flere av forholdene som er berørt i analysene ovenfor. Når det gjelder utgiftssiden vil både Rusreform I/II og avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 føre til endringer i fordelingsmønster på kostnadssiden. På den ene siden blir utgiftene redusert fordi reformene innebærer at en del av rusbehandlingen går inn under de spesialiserte helseforetakene. Det er ingen kommunal egenandel på klienter i spesialisthelsetjenesten og dermed vil man kunne spare de 12 000 kroner måneden som kommunene nå betaler i egenandel for hver klient i døgnbasert rusbehandling. På den andre siden innebærer Rusreform II at fylkeskommunens behandlingstiltak deles mellom de nye regionale helseforetakene og kommunene. Dette betyr at en del av de 728 millionene fylkeskommunen i 2001 brukte i netto driftsutgifter på dette området vil bli en kommunal utgift. Det er fremdeles uvisst hvilke overgangsordninger som vil gjelde på dette området for å dekke kommunenes utgifter. Etter opptrappingsplanens avslutning, vil kommunene selv også måtte dekke en større del av regningen i forbindelse med psykisk helse og omsorgsarbeid. Kommunene fikk over 877 millioner i øremerkede midler via denne planen i 2001. Til sammen vil dette føre til nye verdier på de avhengige variablene som er analysert i dette prosjektet.

Det er også grunn til å tro at man i løpet av de nærmeste årene vil få bedre tall fra KOSTRA. 2001 var det første året der alle kommunene i Norge rapporterte tall til KOSTRA. Det betyr at det trolig var en del innkjøringsproblemer og feilføringer som kan elimineres når kommunene blir bedre vant med systemet. Det samme gjelder også for flere av de andre datakildene bak variablene i analysen. Antallet psykiatriske innleggelser vil trolig gi et bedre bilde når man tar gjennomsnittet over flere år, men kvaliteten på dataene før 2001 var så dårlig at dette ikke lot seg gjøre. "Antallet rusrelaterte diagnoser" vil også variere mindre dersom man kan bruke gjennomsnittet over de fem siste årene og ikke – som nå – gjennomsnittet de siste tre årene. Problemet her var at klassifikasjonssystemet for diagnoser (International Classification of Diseases, ICD-10) er endret slik at registrene bare har de aktuelle kodene fra og med 1999. Til sist vil man med det nye boligregisteret ved SSB få en bedre operasjonalisering av "enslige" enn "ikke-gifte 16-67 år" som i mange tilfeller inkluderer samboende.

5 Konklusjon

Kommunenes utgifter innen rus og psykiatri kan deles i to grupper: direkte og indirekte. Blant de viktigste direkte kommunale utgiftene, er egenandeler ved behandling og andre kostnader knyttet til arbeid med rusmiddelmissbrukere (utekontakter med mer). Til sammen brukte kommunene i Norge over 500 millioner på dette arbeidet i 2001 (netto). Det finnes ingen tilsvarende oversikt over hvor mye kommunene brukte av egne midler på psykisk helsearbeid i tillegg til midlene fra den statlige opptrappingsplanen, men det er grunn til å tro at bruken av egne midler er mer beskjeden her - både fordi kommunene ikke betaler egenandeler ved psykiatrisk behandling og fordi opptrappingsmidlene dekker mange av de utgiftene kommunene har.

I tillegg til de direkte utgiftene til rus og psykiatri kommer indirekte utgifter der sosialhjelp og barnevern peker seg ut som ekstra viktige. Med utgangspunkt i brukerundersøkelser i disse kategoriene, kan man anta at rundt regnet 23% av sosialhjelpsutgiftene går til personer med rusproblemer. Basert på disse undersøkelsene, kan man anslå de totale kommunale rusutgiftene til minst 2,2 milliarder kroner. Dette er en relativt liten andel av de totale kommunale driftsutgiftene, men det er store variasjoner mellom kommunene.

Statistiske analyser av variasjonene mellom kommunene viser at flere av de sosiale kriteriene som er i kostnadsnøkkelen ("skilte 15-59 år" og "arbeidsledige 16-59 år"), sammen med den mer indirekte relaterte variabelen "innvandrere, fjernkulturelle, over 5 år" fanger opp en betydelig del av de direkte rusutgiftene (32% etter at man hadde justert for kommunens frie inntekter). Blant de variablene som ikke er i det nåværende inntektssystemet, fant man i analysen at "rusrelaterte diagnoser" ved sykehus påvirket rusutgiftene og at "psykiatriske innleggelses og konsultasjoner" var en signifikant variabel for å forklare kommunale variasjoner i utgifter til sosialhjelp og barnevern. Videre fant man at forskjellige variabler som fanger opp "urbanitet" også kunne forklare en del av variasjonen mellom kommunene.

For å analysere variasjoner i brukergruppen innen psykiatri, analyserte man også antallet personer i ulike kommuner som i løpet av 2001 enten ble

innlagt eller var til konsultasjon ved en psykiatrisk behandlingstilstand. Konklusjonen fra disse analysene, var at man i liten grad klarte å forklare variasjonen mellom kommunene. Den eneste variabelen – bortsett fra størrelsen "frie inntekter i fylket" – som viste seg å være signifikant var andelen "ikke-gifte 16 og 67 år."

Hovedkonklusjonen blir dermed at de eksisterende variablene i kostnadsnøklerne forklarer mye av variansen i utgiftene innen rus og psykiatri (relativt til det som lar seg forklare) og dersom man skulle legge til noen variabler så bør man vurdere både "rusrelaterte diagnoser", antall "psykiatriske innleggelser og konsultasjoner", eller en variabel basert på folketall (folkemengde opphøyet i 0,2 eller invers folkemengde). Alle disse kom ut som signifikante variabler i flere av regresjonene.

6 Vedlegg

6.1 Grupperingen av landets kommuner i rapporten

Tabellene i rapporten tar utgangspunkt i KOSTRA-inndelingen av kommunene. Imidlertid har vi konsentrert oss om kommunene etter størrelse og derfor slått sammen en del KOSTRA-kategorier. I tillegg har vi laget en kategori for de største kommunene (kommuner over 40 000 innbyggere), en kategori som ikke finnes i KOSTRA. Kommunene som er med i denne kategorien er trukket ut fra gruppen store kommuner fra KOSTRA. De fire største kommunene er ikke med i gruppen kommuner over 40 000. Gruppen kommuner over 40 000 innbyggere er laget ut i fra hvilke kommuner som hadde eller fikk over 40 000 innbyggere i løpet av 2001.

Tabell 24: KOSTRA-grupperingen benyttet i rapporten

Gruppe	Folketall	KOSTRA-gruppe	Antall kommuner	Folketall gruppe
Små kommuner	0-5000	1-6 og 16	248	641 429
Mellomstore kommuner	5 000-19 999	7-12	147	1 496 293
Store kommuner	20 000-39 999	13 Unntatt de over 40 000	23	646 605
Kommuner over 40 000 innbyggere	40 000-108 847	Ingen	13	720 421
Stavanger, Trondheim og Bergen	108 848-230 948	14	3	489 962
Oslo	508 726	15	1	508 726

6.2 Liste over funksjonsinndelingen i KOSTRA

Tabell 25 Alle funksjoner i KOSTRA for kommunene i 2001.

100 Politisk styring og kontrollorganer	252 Barneverntiltak utenfor familien
120 Administrasjon	253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon
130 Administrasjonslokaler	254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet
180 Diverse fellesutgifter	261 Botilbud i institusjon
190 Interne serviceenheter	262 Botilbud utenfor institusjon
201 Førskole	271 Sysselsetting
202 Grunnskole	272 Arbeid for yrkes-/utviklingshemmede
211 Styrket tilbud til førskolebarn	281 Økonomisk sosialhjelp
213 Voksenopplæring	282 Økonomisk hjelp til pensjonister m.v.
214 Spesialskoler	285 Tjenester utenfor ordinært kommunalt ansvarsområde
215 Skolefritids tilbud	300 Fysisk tilrettelegging og planlegging
221 Førskolelokaler og skyss	310 Boligbygging / boligutleie / boligfinansiering
222 Skolelokaler og skyss	320 Kommunal næringsvirksomhet
231 Aktivitetstilbud barn og unge	325 Tilrettelegging og bistand for næringslivet
232 Forebygging - skole- og helsestasjonstjeneste	330 Samferdselsbedrifter/transporttiltak
233 Forebyggende arbeid, helse og sosial	333 Kommunale veier, nyanlegg, drift og vedlikehold
234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede	334 Kommunale veier, miljø- og trafiksikkerhetstiltak
241 Diagnose, behandling, rehabilitering	335 Rekreasjon i tettsted
242 Råd, veiledning og sosial forebyggende arbeid	338 Forebygging av branner og andre ulykker
243 Tilbud til personer med rusproblemer	339 Beredskap mot branner og andre ulykker
244 Barneverntjeneste	340 Produksjon av vann
251 Barneverntiltak i familien	345 Distribusjon av vann

350	Avløpsrensing	383	Musikk- og kulturskoler
353	Avløpsnett/innsamling av avløpsvann	385	Andre kulturaktiviteter
354	Tømming av slamavskillere, septiktanker o.l	390	Den norske kirke
355	Innsamling av forbruksavfall	392	Andre religiøse formål
357	Gjenvinning og sluttbehandling av forbruksavfall	393	Kirkegårder, gravlunder og krematorier
360	Naturforvaltning og friluftsliv	800	Skatt på inntekt og formue
365	Kulturminnevern	840	Statlig rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd
370	Bibliotek	850	Generelt statstilskudd vedrørende flyktninger m.v.
373	Kino	860	Motpost avskrivninger
375	Muséer	870	Renter/utbytte og lån
377	Kunstformidling	880	Interne finansieringstransaksjoner
380	Idrett	899	Årets regnskapsmessige merforbruk/mindreforbruk

6.3 Oversikt over verdiene på de avhengige variablene

Tabell 26 Oversikt over KOSTRA-funksjonene som inngår i de avhengige variablene i analysen og deres vektete gjennomsnitt for ulike kommunegrupper

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Kommuner over 40000 innb	Bergen, Trondheim og Stavanger	Oslo	Hele landet vektet gj. snitt	Standard-avvik
Netto driftsutgifter i alt pr. innb	30 438	23 312	22 376	22 564	23 162	39 005	25 787	6 327
232 Forebygging skole og helsestasjon	263	226	211	233	215	266	234	68
233 Forebyggende arbeid, helse og sosial	108	110	91	117	101	203	118	73
234 Aktivisering eldre og funksjons-hemmede	415	404	429	550	391	990	498	295
241 Diagnose behandling og rehabilitering	1 156	745	706	705	730	643	777	271
242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid	379	310	291	334	407	768	383	240
243 Tilbud til personer med rusproblemer	29	60	100	149	222	229	112	91
244 Barneverns-tjeneste	213	215	206	267	319	299	243	95
251 Barneverns-tiltak i familien	127	134	133	122	135	98	127	70
252 Barneverns-tiltak utenfor familien	252	312	368	410	498	421	360	146
253 Pleie og omsorg, hjelp i institusjon	4 780	3 085	3 162	2 843	3 443	4 416	3 484	1 198
254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet	3 766	3 124	3 002	2 860	3 315	1 651	3 007	1 313
261 Botilbud i institusjon	553	351	325	349	399	199	363	267
262 Botilbud utenfor institusjon	25	-27	13	-18	8	90	5	277
281 Økonomisk sosialhjelp	515	643	809	907	980	1 637	841	408
282 Økonomisk hjelp til pensjonister	2	-3	3	18	165	333	58	120

6.4 Oversikt over de uavhengige variablene

Tabell 27 Oversikt over de uavhengige variablene i analysen og deres vektete gjennomsnitt for ulike kommunegrupper

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Kommuner over 40 000 innb	Bergen, Trondheim og Stavanger	Oslo	Hele landet vektet gj.snitt	Standardavvik
Innbyggere 0-15 år	2111	2230	2096	2169	2136	1768	2122	228
Innbyggere 16-66 år	6261	6451	6519	6540	6597	6901	6515	231
Innbyggere 67-89	1547	1265	1336	1244	1214	1260	1305	255
Innbyggere 90 år og over	81	54	49	47	53	71	58	21
Skilte 16-59 år	456	569	672	695	675	806	626	141
Arbeidsledige 16-59 år	56	57	61	55	77	54	59	21
Innvandrere, fjernkulturelle, over 5 år	56	101	158	240	265	859	229	247
Dødelighet	83	81	83	81	80	88	82	8
PU 16 år og over	43	35	29	27	27	19	31	12
PU under 16 år	10	10	9	10	8	9	10	4
Psykiatriske innleggelser og konsultasjoner	165	196	187	237	254	320	217	113
Rusrelaterte diagnoser	16	18	20	18	23	32	20	8
Brutto personinntekt	201874	220581	232145	257751	247581	297400	237201	38576
Frie inntekter	28281	21957	21009	21630	20832	25979	22992	3597
Ikke-gifte 16-67 år	5119	4998	5120	5080	5509	6184	5236	533
Beregnet reisetid	101056	74463	64740	63988	79192	78184	76069	39849
Invers folkemengde	5,46	1,15	0,37	0,19	0,07	0,02	3,52	4,00
Stedfestet adresse i tettsted	3912	6817	8463	9291	9682	9960	7709	2378

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Kommuner over 40 000 innb	Bergen, Trondheim og Stavanger	Oslo	Hele landet vektet gj.snitt	Standardavvik
Uføretrygdede 16-66 år	676	641	642	605	525	526	615	150
Kjønnsfordeling, andel kvinner	4951	4996	5077	5096	5091	5152	5045	89
Kvadratmeterpris for brukte selveierboliger	5105	7362	8965	11105	11827	19885	9778	4660
Frie inntekter i fylket	12938	12196	11920	11685	11268	12079	12065	1614
Enslige forsørgere med overgangsstønad	601	634	652	600	651	466	609	173
Absolutt folkemengde opphøyd i 0,2	4,71	6,25	7,74	8,83	10,95	13,85	5,58	1,33

6.5 Forklaring til de uavhengige variable

Når N oppgis å være 433 kommuner betyr dette at datasettet i analysen inneholder alle kommuner i landet unntatt Våle og Ramnes. Grunnen til dette er at Våle og Ramnes sluttet seg sammen til Re kommune 01.01.02. For disse kommunene vil data fra noen kilder være konvertert til data for Re. Dette gir en uoverensstemmelse mellom ulike datakilder. Analysen er derfor gjort med 433 kommuner der data finnes for alle disse på den avhengige variabelen.

Innbyggere 0-15 år

Innbyggere 0-15 år i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Variabelen inngår i kostnadsnøkkelen. (N=433)

Innbyggere 16-66 år

Innbyggere 16-66 år i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Variabelen inngår i kostnadsnøkkelen. (N=433)

Innbyggere 67-89 år

Innbyggere 67-89 i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Den inngår i kostnadsnøkkelen som variablene innbyggere 67-79 år og 80-89 år, men er her slått sammen til en samlet aldersgruppe grunnet høy korrelasjon mellom variablene. (N=433)

Innbyggere 90 år og over

Innbyggere 90 og over i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Variabelen inngår i kostnadsnøkkelen. (N=433)

Skilte 16-59 år

Skilte og separerte 16-59 år i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Variabelen inngår i kostnadsnøkkelen. (N=433)

Arbeidsledige 16-59 år

Variabelen er benyttet slik den er utregnet når den inngår i kostnadsnøklerne. Antall arbeidsledige 25-59 år multipliseres med 1/3 og summeres med antall arbeidsledige 16-24 år. Variabelen måles så i antall pr. 10000 innbygger i 2001. (N=433)

Innvandrerer, fjernkulturelle, over 5 år

Fremmedkulturelle innvandrere som har vært her over 5 år, antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Variabelen inngår i kostnadsnøkkelen. (N=433)

Dødelighet

Variabelen er benyttet slik den er utregnet når den inngår i kostnadsnøkklene. Gjennomsnittlig alders og kjønnsstandardisert dødelighet for årene 1996-2000 i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. (N=433)

PU 16 år og over

PU 16 år og over i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. (N=433)

PU under 16 år

PU under 16 år i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. (N=433)

Psykiatriske innleggelser og konsultasjoner

Antall ulike pasientnummer registrert ved innleggelser i psykiatrisk døgntilrettelagt eller polikliniske konsultasjoner eller dagbehandling med bostedsadresse i kommunen, pr. 10000 innbyggere over 18 år i 2001. Variabelen kan tolkes som antall personer registrert i kontakt med psykiatrien. Hver registrering refererer til en periode med behandling eller et antall behandlinger som varierer fra person til person. Dobbelregistreringer i form av gjentatte registreringer med samme pasientnummer er fjernet. Dobbelregistreringer kan allikevel forekomme ved at samme person har hatt kontakt med ulike psykiatriske institusjoner i løpet av året fordi pasienten da får tildelt ulike pasientnummer ved hver institusjon. Dette er det umulig å sikre seg mot ettersom statistikken er avidentifisert og ikke opererer med personnummer. Det kunne vært ønskelig med statistikk fra flere år for å lage et gjennomsnitt uavhengig av årsvariasjoner, men registreringen er så dårlig for tidligere år at det ikke er hensiktsmessig å innhente data. Det finnes ikke tall for 1997 og 1998. I 1999 var tallene så dårlige at SINTEF Unimed valgte å la være å gjøre noen analyse på bakgrunn av dataene. 2000 var på ingen måte komplett selv om den var bedre enn 1999. Noen store institusjoner har ikke levert data i det hele tatt for 2000 slik at pasientenes geografiske fordeling i datasettet ikke er dekkende for hele landet. Minste basis datasett ble først innført i 2001. Datamaterialet er fått på bestilling fra Norsk pasientregister ved SINTEF Unimed. (N=435)

Rusrelaterte diagnoser

Antall rusrelaterte hoved- eller bidiagnoser pr. 10000 innbyggere over 18 år i hver kommune. Diagnosene er utskrivningsdiagnose fra somatiske sykehus og refererer både til alkohol, narkotika og blandingsrus. Datamaterialet er fått fra SSB på bestilling. Antall diagnoser er gjennomsnittlig antall for de tre årene 1999 til 2001. Oppføring av diagnose ved reinnleggelser for pasienter som har vært innlagt flere ganger ved samme sykehus i løpet av et kalenderår er fjernet. De utvalgte ICD-10 kodene er som følger:

- Alkoholrelaterte diagnoser:
 - E244 Alkoholutløst pseudo-Cushings syndrom
 - F100 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av alkohol, akutt intoksikasjon
 - F102 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av alkohol, avhengighetssyndrom
 - F104 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av alkohol, abstinensstilstand med delirium
 - F101,F103,F105-F109 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av alkohol, restgruppe
 - G312 Degenerasjon av sentralnervesystemet som skyldes alkohol
 - G621 Alkoholisk polyneuropati
 - G721 Alkoholisk myopati
 - I426 Alkoholisk kardiomyopati
 - K292 Alkoholisk gastritt
 - K70 Alkoholisk leversykdom
 - K860 Alkoholutløst kronisk pankreatitt
 - Q860 Føtalt alkoholsyndrom
 - T51 Toksisk virkning av alkohol
- Narkotika- og medikamentrelaterte diagnoser:
 - F110 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av opiater, akutt intoksikasjon
 - F112 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av opiater, avhengighetssyndrom
 - F111,F113-F119 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av opiater, restgruppe
 - F120,F130,F140,F150,F160,F170,F180 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av andre stoffer og medikamenter, akutt intoksikasjon

F122,F132,F142,F152,F162,F172,F182 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av andre stoffer og medikamenter, avhengighets syndrom
Rest F12-F18 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av andre stoffer og medikamenter, restgruppe
O355 Omsorg for og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos foster som skyldes legemidler
P044 Foster og nyfødt påvirket av mors bruk av vanedannende legemidler

- Diagnoser relatert til blandingsmisbruk:
F190 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av flere stoffer, akutt intoksikasjon
F192 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av flere stoffer, avhengighetssyndrom
F191,F193-F199 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser av flere stoffer, restgruppe

(N=435)

Brutto personinntekt

Brutto personinntekt i kommunen, gjennomsnitt for år 2000. Inneholder en rekke statlige stønader men ikke sosialhjelp. Variabelen er hentet fra statistikkbanken SSB. (N=435)

Frie inntekter

Frie inntekter 2001 for kommunene i Norge, hele kr. pr. innbygger. Datamaterialet er fått fra KRD for alle kommuner i Norge. Variabelen er ganget med 1000 for å få i hele kroner. (N=435)

Ikke-gifte 16-67 år

Ikke-gifte i antall pr. 10000 innbyggere 16-66 år 2001. Variabelen er regnet ut ved hjelp av tall fra statistikkbanken, SSB. Samboende regnes som "ikke-gifte." De som har inngått partnerskap, er skilt fra partnerskap eller er gjenlevende fra partnerskap havner også i denne kategorien. (N=435)

Beregnet reisetid

Beregnet reisetid pr. 10000 innbyggere i 2001. Et mål på hvor lang reisetid innbyggerne i kommunen samlet må bruke for å komme til kommunesenteret. Avstander måles i hele kommunen og målet skiller godt mellom ulike typer distriktskommuner. Kommuner med stort

landareal samt en spredt bosetning på flere øyer blir tilgodesett. Disse kommunene har generelt høyere reisetider enn gjennomsnittet. Men kriteriet skiller ikke tilstrekkelig mellom storbyer og distriktskommuner. Variabelen inngår i kostnadsnøkkelen. (N=433)

Invers folkemengde

Invers folkemengde er ganget med 10000 for å gi koeffisienter som er i samme størrelsesorden som for de andre variablene.

Matematisk: Invers folkemengde = $(1/\text{Absolutt folkemengde}) * 10\ 000$. (N=435)

Stedfestet adresse i tettsted

Antall personer med stedfestet adresse i tettsted, pr. 10000 innbyggere, 2002. Variabelen var opprinnelig i prosent, men er ganget med 100 for å gi benevning pr. 10000 innbyggere. Variabelen er hentet fra Befolkningsstatistikk område 02.01.10. tabell 2. SSB. (N=433)

Uføretrygdede 16-66 år

Uføretrygdede i alderen 16-66 år i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Det manglet egentlig observasjoner for 2 kommuner, Utsira og Trøna for en av alderskategoriene slik de er oppgitt i tabellen fordi det er så få tilfeller eller manglende tilfeller (0, 1 eller 2) slik at tallene ikke kan offentliggjøres. Men det er for disse to kommunene innsatt 1 som verdi der verdi mangler. 1 er innsatt fordi det vil gi det minste avviket om tallet skulle vært 0 eller 2. (N=435)

Kjønnsfordeling, andel kvinner

Kjønnsfordeling, kvinner i antall pr. 10000 innbyggere i 2001. Variabelen er hentet fra NSD's kommunedatabase. (N=435)

Kvadratmeterpris for brukte selveierboliger

Gjennomsnittlige kvadratmeterpriser for brukte boliger (selveier), 2001. Datamaterialet er fått fra SSB på bestilling. Materialet inneholdt opprinnelig data for 365 kommuner. Lav N skyldtes hovedsakelig at det ikke hadde vært noen omsetning dette året eller at omsetningen hadde vært på to boliger eller mindre i en del kommuner slik at SSB ikke kan offentliggjøre tallene. Manglende verdier er erstattet med gjennomsnittet for kommuner i samme størrelsesgruppe i samme fylke. (N=435)

Frie inntekter i fylket

Målt i 1000 kroner per innbygger. Tall fra KRD. (N=435)

Dummy for Troms og Finnmark

Alle kommunene i Finnmark og Troms. Har til hensikt å se om kommunene i Troms og Finnmark skiller seg fra resten av landet. (N=435)

Dummy for kommuner over 40000 innbyggere u. fire største byer

Alle kommuner som i løpet av 2001 fikk eller hadde folketall på 40 000 eller mer unntatt de fire største kommuner i landet inngår i dummy'en. Utvalget er Sarpsborg, Bærum, Asker, Larvik, Sandnes, Skedsmo, Sandefjord, Bodø, Kristiansand, Fredrikstad, Tromsø, Drammen og Skien (13 kommuner). Variabelen har til hensikt å se om kommuner med mange innbyggere skiller seg fra resten av landet. (N=435)

Dummy for de fire største byene u. Oslo

Bergen, Trondheim og Stavanger inngår i dummy'en. Variabelen har til hensikt å se om de fire største byene unntatt Oslo skiller seg fra resten av landet. (N=435)

Dummy for Oslo

Oslo inngår i dummy'en. Variabelen har til hensikt å se om Oslo skiller seg fra resten av landet. (N=435)

Dummy for de fire største byene

Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger inngår i dummy'en. Variabelen har til hensikt å se om de fire største byene skiller seg fra resten av landet. (N=435)

Absolutt folkemengde opphøyet i 0,2

Absolutt folkemengde opphøyd i 0,2 er en ikke-lineær variabel som har til hensikt å fange opp effekten av ulikheter i innbyggertall. Bakgrunnen for at folkemengde opphøyes i 0,2 er at dette passer med utgiftsvariasjonene (se forklaring i kapittel 4.4.2).

Enslige forsørgere med overgangsstønad

Antall enslige forsørgere med overgangsstønad, i gjennomsnitt for årene 1998, 1999, 2000 og 2001 i antall pr. 10000 kvinner 20-39 år 2001. Hentet fra Hjulet, SSB. SSB skriver i statistikkens fotnote at 88% av mottagerne av overgangsstønad er kvinner i alderen 20-39 år. Vi har derfor valgt å dele variabelen på denne befolkningsgruppen selv om det selvfølgelig kan være andre befolkningsgrupper som mottar stønaden. Statistikken fremkommer med missing dersom det er 0, 1 eller 2 som mottar stønad i kommunen. Det er 407 kommuner det finnes data for over alle årene som er benyttet. I gjennomsnitt mangler 11,8 observasjoner for hvert av de fire årene. Der det er manglende verdier er det satt inn verdien 1. (N=435)

6.6 Korrelasjonsmatrise for de uavhengige variablene

Tabell 28 Korrelasjonskoeffisient mellom alle de uavhengige variablene. Koeffisienter over 0,5 er uthevet. Korrelasjonene er kjørt for alle kommuner unntatt Våle, Ramnes, Austevoll, Engerdal og Loppa. N=430.

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Enslige forsørgere med overgangss	1																								
Absolutt folketall i 0,2 potens		2																							
Frie inntekter i fylket			3																						
Innbyggere 0-15 år				4																					
Kjønnsfordeling, andel kvinner					5																				
Uføretryggede 16-66 år						6																			
PU under 16 år							7																		
PU 16 år og over								8																	
Innvandrerer, fjernkulturelle, over 5 år									9																
Innbyggere 90 år og over										10															
Innbyggere 67-89 år											11														
Rusrelaterte hoved- eller bidiagnoser												12													
Psykiatriske innleggelses og konsultasjoner													13												
Kvadratmeterpris for brukte selveierboliger														14											
Frie inntekter															15										
Brutto personinntekt																16									
Stedfestet adresse i tettsted																	17								
Invers folkemengde																		18							
Beregnet reisetid																			19						
Innbyggere 16-66 år																				20					
Ikke-gifte 16-67 år																					21				
Dødelighet																						22			
Arbeidsledige 16-59 år																							23		
Skille 16-59 år																								24	

Summary

In Norway the counties receive a transfer from the central government based on various criteria (“Inntektssystemet”). For instance, counties with higher unemployment than average, receive a higher per capita transfer. It has been claimed that this system is unfavourable to large counties in general – and big cities in particular – because they are burdened with a disproportionately high share of expenses to people with psychiatric problems and/or alcohol and illegal drug related expenses. In an effort to examine this question and suggest possible remedies the Norwegian Ministry of Local Government and Regional Development asked SIRUS to conduct a study.

The main question can be divided into several sub-questions. First of all one needs to define the term “local expenses related to alcohol and illegal drugs.” These may be direct - for instance when the counties pay their share of the cost of treatment - or indirect such as locally financed social benefits to individuals with psychiatric problems. Based on accounts from the local counties (KOSTRA), the total direct net expenses in 2001 is calculated to be about 505 million NOK (112 NOK per capita). If one in addition includes a share of the costs related to the provision of various social services (child protection, social benefits) the total costs is estimated to be at least 2,2 billion NOK (479 NOK per capita). These calculations are based on several surveys of the share of claimants that have a serious problem with alcohol or illegal drugs (about 23%). These numbers should not be interpreted as “the total cost of alcohol and illegal drugs in Norway.” It only includes the expenses of the local counties and one does not know the degree to which alcohol or drug is the primary cause of the expense. A drug addict receiving benefits may still need benefits even if he or she quit taking drugs.

Having defined and estimated some of the total costs, the next question becomes to what extent these expenses vary between different counties. The report shows that there is a marked tendency towards large counties having both larger groups in need of services and higher expenses per capita. For instance both the number of individuals diagnosed with alcohol and drug related illnesses in hospitals were higher (per capita) in large counties compared to small. Also the number of individuals in contact with psychiatric treatment centres was larger in the big cities than the small. The direct expenses to alcohol and drug related work were

about five times higher in large counties (above 40 000 inhabitants) compared to small counties (below 5000 inhabitants). However, a closer look at the numbers behind the overall averages also revealed that there were many small counties with both high expenses and large user groups. Finally, it seems like the growth of the problem is increasing outside of the urban areas.

A more detailed analysis of factors related to the expenses revealed that some of the most relevant criteria in the existing system for the transfer of money from the state to the counties, explained about 30% of the variance in the per capita expenses between the counties (among the significant variables were unemployment, number of divorces and number of immigrants). To examine if the system of transfers could be improved by adding new variables to the list of criteria, several new variables were added. Although some of these were significant, none yielded dramatic improvements in the explained variance. Among those that were significant include variables related to the number of inhabitants in the county (more inhabitants indicated a higher per capita expense), the number of inhabitants diagnosed with alcohol and drug related illnesses (weakly significant in some regressions) and number of individuals in contact with psychiatric treatment centres. Adding these variables to the list of criteria for transfer payments would reduce the disadvantage they experience in the current system, but only marginally so. Also there would still be gaps in the system, such as some small counties with large expenses.

Finally, the results are dependent on a number of factors that are likely to change in the future. New systems for data collection that are in place will give new and superior data compared to those used in the current analysis. Moreover, ongoing reforms in the treatment system will change the pattern and size of county expenses since some institutions will become locally owned as a result of the reforms. Lastly, transfers ear-marked individuals with psychiatric illnesses in the counties are planned to be eliminated, thus increasing the local expenses in this area. All these changes are likely to affect the findings in the current report.

Referanser

Amundsen, A., Nordlund, S. & Vale, P. H. (1995): *Alkohol og narkotika i Oslo*. SIFA rapport nr. 1/95, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.

Bretteville-Jensen, A. L. og Ødegård, E. (1999): *Injeksjonsmisbrukere i Norge*. SIFA-rapport nr. 4/99, Statens Institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo.

Clausen, S. E. (1991): *Domfelte sosialhjelpsmottakere*. Norsk institutt for by- og regionforskning Rapport 91:20, Oslo.

Dalgård, O. S. (1980): *Bomiljø og psykisk helse*. Universitetsforlaget, Oslo.

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

Havnen, H. & Skjøtskift, S. (1998): *Småbyundersøkelsen*. Rusmiddel-direktoratet, Oslo.

Hjermstad, K. (1989): *Langtidsbruk av sosialhjelp i Oslo : en sosialpolitisk fallitt? En undersøkelse av enslige sosialhjelpsmottakeres livssituasjon i Oslo 1987-1988*. Norsk institutt for by- og regionforskning Rapport 89:7, Oslo.

Hove, O. (1992): *En ulykke kommer sjelden alene. Langtidsmottakere av sosialhjelp – levekår og livssituasjon*. Norges kommunal- og sosialhøgskole Rapport nr. 92:4, Oslo.

Hove, O. (1993): *Langtidsmottakere av sosialhjelp i Storby. Hovedfunn fra den norske delen av prosjektet "Langtidsmottakere av sosialhjelp i Norden"*. Norges kommunal- og sosialhøgskole Rapport 93:4, Oslo.

KOSTRA hjemmeside. URL: <http://www.ssb.no/kostra/> (2002)

Kouvonen, P., Rosenqvist, P. & Skretting, A. (2001): *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner. Narkotika i Norden 1995-2000*. Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning. Publikation nr. 41 2001, Helsingfors.

Krisofersen, L. B., Clausen, S. E., & Jonassen, W. (1996): *Barnevernbarn i perioden 1990-1993*. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.

Langørgen, A. (1995): *Faktorer bak kommunale variasjoner i utgifter til sosialhjelp og barnevern*. Notat 95:56. Statistisk sentralbyrå, Oslo.

Lund, M. Ø., Lauritzen, H. & Hauge R. (2003): *Narkotikasituasjonen i kommunene 2001. Beskrivelse basert på informasjon fra politi og sosialvesen*. Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo.

Lyngstad, B. & Sæther B. (2002): *Krålmo. Kunnskap og brubygging. Et utviklingsprosjekt i rusfaglig sosialt arbeid*. Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget Rapport 2002:1, Ålesund/ Molde.

NOU 1996:1 *Et enklere og mer rettferdig inntektsystem for kommuner og fylkeskommuner*. Statens forvaltningstjeneste, Statens trykking, Oslo.

NOU 2000:12 *Barnevernet i Norge*. Statens forvaltningstjeneste, Statens trykking, Oslo.

NOU 2002:2 *Om Boligmarkedet og Boligpolitikken*. Statens forvaltningstjeneste, Statens trykking, Oslo.

Norges offisielle statistikk (1999): *Regionale inndelinger. En oversikt over standarder i norske offisiell statistikk*. Statistisk sentralbyrå, Oslo.

Pedersen, P. B. & Hagen H. (2000): *Psykisatri i inntektsystemet for fylkeskommunene*. SINTEF Unimed, Trondheim.

Robberstad, T. (1997): *Storbrukarar i kommunen. Dei som får helse- og sosialtenester for minst ein million kroner årleg*. Fylkeslegen i Rogaland Skrift nr. 2 1997, Stavanger.

Rundskriv H-12/02 (2002): *Inntektsystemet for 2003 for kommuner og fylkeskommuner*. Beregningsteknisk dokumentasjon til St. prp. nr. 1 2002-2003. Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo.

Rundskriv I-1/2000 (2000): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2000. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene*. Sosial og helsedirektoratet, Oslo.

Rundskriv I-1/2001 (2001): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2001. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.* Sosial og helsedirektoratet, Oslo.

Rundskriv I-1/2002 (2002): *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2002. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.* Sosialdirektoratet og Helsedirektoratet, Oslo.

Rusmidler i Norge 2002. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2002.

Rustiltak.no. URL: <http://www.rustiltak.no> (2003)

Rådet for psykisk helse (1995): *Velferdsstatens forsømte gruppe.* Oslo.

Rådet for Psykisk Helse (1998): *Velferdsstatens forsømte gruppe II og III. Kommunale utfordringer. Fylkeskommunale tjenester/Spesialisthelsetjenester.* Oslo.

Samdata Psykisk Helsevern Rapport 7/2001. (2001): *Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner.* SINTEF Unimed, Trondheim.

Samdata Psykisk Helsevern Rapport 1/95. (1995): *Sammenlikningsdata for psykiatriske fylkeshelsetjeneste 1993.* SINTEF Unimed, Trondheim.

Seim, S. & Hjemdal, O. K. (1992): *Den som intet har. Livskvalitet og levekår blant klienter med langvarig kontakt med sosialkontoret.* Norges kommunal- og sosialhøgskole rapport 92:6, Oslo.

Skretting, A. (2000): *Ungdom og rusmidler. Data fra SIFA's årlige spørreskjemaundersøkelse 1968-99.* Rusmiddeldirektoratet, Oslo.

Statens helsetilsyn (2000): *Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk.* Rapport nr. 10-2000. Oslo.

Statistikk om kommunale boliger.

URL: http://www.ssb.no/kombolig_kostr/main.html (2002)

St. meld. nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet.* Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

St. meld. nr. 69 (1991-92): *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Sosial- og helse-departementet, Oslo.

St. meld. nr. 16 (1996-97): *Narkotikapolitikken*. Sosial- og helse-departementet, Oslo.

St. prp. nr. 82 (2000-2001): *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2002 (kommuneproposisjonen)*. Kommunal- og regional-departementet, Oslo.

St. prp. nr. 64. (2001-2002): *Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2003 (kommuneproposisjonen)*. Kommunal- og regional-departementet, Oslo.

Ulfrstad, L. M. (1997): *Bostedløshet i Norge. Kartlegging av bostedløshet i kontakt med hjelpeapparatet*. Norges Byggforskningsinstitutt, Oslo.

Ødegård, E., Bretteville-Jensen, A. L. og Skretting, A. (2002): "Utviklingen av narkotikamisbruket i Norge på 1990-tallet." I: *Nordisk Alkohol- og narkotika Tidsskrift*, vol. 19, s.106-122.

7 SIRUS rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

- 1/2001. Horverak, Øyvind, Sturla Nordlund og Ingeborg Rossow: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. 48 s. Oslo 2001.
- 2/2001. Axelsen, Niels Kristian: *Skjenking i grenseland. Strategier, tiltak og lovgivning mot økonomisk kriminalitet i skjenkesteder i de nordiske land*. 119 s. Oslo 2001.
- 3/2001. Watten, Reidulf og Helge Waal: *Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD)*. 62 s. Oslo 2001.
- 4/2001. Lund, Ingeborg: *Fra monopol til konkurranse. Restaurantbransjen og alkoholleverandørene etter EØS-avtalen*. 81 s. Oslo 2001.
- 1/2002. Ugland, Trygve: *Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. (Publisert i samarbeid med ARENA. ARENA-report No 3/2002) 254 s. Oslo 2002.
- 2/2002 Horverak, Øyvind: *Selvbetjente vinmonopolutsalg. En evaluering*. 85 s. Oslo 2002
- 3/2002 Hauge, Ragnar og Reidun Johanne B. L. Lohiniva: *Bevillingssystemet som alkoholpolitisk virkemiddel. En evaluering av endringene i alkoholloven i 1997*. 165 s. Oslo 2002.
- 4/2002 Johansen, Nicolay B.: *Tillit og svik i narkomiljøet*. 208 s. Oslo 2002.

- 1/2003 Berg, Elin: *Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere*. 116 s. Oslo 2003.
- 2/2003 Lund, Ingeborg & Sturla Nordlund: *Pengespill og pengespillproblemer i Norge*. 128 s. Oslo 2003.
- 3/2003 Melberg, Hans Olav & Øyvind Omholt Alver: *Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene*. 94 s. Oslo 2003.

Rapportene kan bestilles fra instituttet.