

PROSJEKTRAPPORT

Modell for REHABILITERINGS- OG KOMPETANSESENTER TIL RUSMIDDELAVHENGIGE

August 2009, oppdatert April 2010



**Utarbeidet av prosjektleder Tone Kylland
Kristiansand kommune**

Innhold

1	INNLEDNING	3
1.1	SAMMENDRAG: Virkningsfull rehabilitering basert på samhandling	4
2	ORGANISERING AV PROSJEKTET	7
2.1	Forprosjekt	7
2.2	Prosjektorganisasjon	7
2.3	Mål for prosjektet	7
3	OBJEKTMÅL/RESULTATMÅL	8
3.1	Faglig grunnlagsdokumentasjon	8
3.1.1	Behandling	8
3.1.2	Behandlingstiltak	8
3.1.3	Forskning på rusmiddelfeltet	9
3.1.4	Hva er det forsket på?	10
3.1.5	Virkning av rusreformen	11
3.1.6	Rehabilitering	11
3.1.7	Samhandlingsreformen	13
3.1.8	Opptappingsplanen på rusfeltet	13
3.2	Spesifisering av målgruppen basert på bl.a. nærmere tallfesting/beregninger fra Knutepunktkommunene	15
3.2.1	Aktuelle brukere – tallgrunnlag	15
3.2.2	Medikamentfri rehabilitering	15
3.2.3	Begrunnelse for et medikamentfritt senter	16
3.2.4	Rusmiddel	17
3.2.5	Alder	17
3.2.6	Kjønnsperspektiv	18
3.2.7	Forhold til kriminalomsorgen	19
3.3	Modell for sikring av brukerkompetanse som bærende element i en tilnærming hvor man anvender mentorordning	19
3.3.1	Hva er en mentor	20
3.3.2	Mentor som metode innen rusfeltet	21
3.3.3	Rekruttering	22
3.3.4	Utvelgelse av mentor på senteret	22
3.3.5	Opplæring av mentorer	23
3.3.6	Mentors oppgaver	23
3.4	Samhandlingsstrukturer	25
3.4.1	Aktuelle aktører fra kultur- og næringsliv, knyttet til kvalitetspreget produktutvikling, produksjon og kompetansebygging/kvalifisering	25
3.4.2	Forankring i Knutepunktsamarbeidet	26
3.4.3	Aktuelle samarbeidspartnere og nettverksbygging mot disse	26
3.4.4	Potensial for samhandling/integrerte behandlings- og rehabiliteringsløp	27
3.4.5	Muligheter og behov for nordisk samarbeid på fagfeltet	29
3.4.6	Brukerkompetanse	29
3.5	Aktuelle modeller for partnerskap/eierskap og organisatorisk forankring	31
3.5.1	Kommunalt eierskap - vertskommune	31
3.5.2	Kommunalt eierskap - Interkommunalt selskap	31

3.5.3	Stiftelse	32
3.5.4	Foretak	33
3.5.5	Aksjeselskap	33
3.6	Aktuell lokalisering	34
4	ØKONOMI	35
4.1	Aktuelle finansieringsmodeller for oppstarts- og driftsfase	35
4.1.1	Innledning	35
4.1.2	Ulike støtteordninger	35
4.1.3	Andre finansieringskilder	37
4.1.4	Samhandlingsreformen - implikasjoner	39
4.2	Samfunnsøkonomi	39
4.3	Implementeringskostnader knyttet til de virkningsfulle elementene som forprosjektet har identifisert	41
5	KILDEHENVISNINGER OG VEDLEGG	43

1 Innledning

Prosjektet som har utredet en modell for et "Rehabiliterings- og kompetansesenter til rusmiddelavhengige" har strukket seg over ett år, fra desember 2008 til desember 2009. I august 2009 gikk imidlertid prosjektleder over i annen stilling og man fikk en forsinkelse på om lag tre måneder. Det ble utarbeidet en foreløpig prosjektrapport, som et internt arbeidsdokument for slutføring av arbeidet. Denne forelå i juni 2009. Avsluttende prosjektrapport baserer seg på denne og er således et produkt utarbeidet i fellesskap av opprinnelig prosjektleder Tone Kylland og Hilde Engenes som slutfører prosjektet.

Fakta- og vurderingsgrunnlag for denne rapporten, er hentet fra flere kilder. Det vil bli henvist til de ulike kildene underveis i rapporten. Når det refereres til dialogkonferansen, er dette en konferanse som ble avholdt 26/3-09. Her var det ca 50 deltakere, hvorav nær 25% var fra ulike brukerorganisasjoner. De resterende var fra forskjellige fagkretser: sosialtjeneste, barnevern, rusbehandling, psykiatri, familiesenter, kommunal rusoppfølging, videregående opplæring, fylkesmann, Husbanken, fagforening, private organisasjoner, næringsliv med flere. På denne konferansen ble det stilt 13 ulike hørings spørsmål, sentrale for utviklingen av modellen. Når det i rapporten refereres til konferansen, vil det derfor være ut fra svarene som ble gitt på disse spørsmålene. Innspill og vurderinger som er gjort i prosjektgruppa og referansegruppa er ikke spesifisert, men integrert i rapporten.

Det er utarbeidet en prosjektbeskrivelse, milepælsplan, aktivitetsplan og finansieringsplan for prosjektet. Områdene som er omtalt i rapporten er hentet fra prosjektbeskrivelsen. I tillegg vil enkelte andre områder som er viktig for utredningsarbeidet bli omhandlet.

Kap.2 gir oversikt over prosjektorganiseringen. Prosjektet er bredt tverrfaglig sammensatt, både fra offentlig sektor, private organisasjoner og næringsliv

Kap.3 innleder med faglig grunnlagsdokumentasjon, hvor behandling og rehabilitering er hovedtema. Det sees på begrepsbruk, forskning og rammeverk for fagfeltet. Videre sees det på hvilken målgruppe som er aktuelt for et eventuelt senter, med fokus på alder, rusmidler og medikamentfri rehabilitering. Brukerkompetanse anvendt i form av mentorordning er et viktig element som blir beskrevet i kap.3.3. Det sees her på bruken av denne disiplinen i ulike miljøer og hvordan man tenker seg at mentorordningen kan være på et senter. Dette er et samhandlingsprosjekt mellom flere aktører, og et eventuelt senter vil være avhengig av videre samhandling på flere nivåer. Dette blir utdypet i kap.3.4. Hvilken type organisasjon/eierskap et eventuelt senter kan ha blir drøftet i kap.3.5. Det er også sett på hvor et eventuelt senter kan ligge, det berøres i kap.3.6.

Økonomi i form av mulige inntekter, investerings- og driftskostnader og samfunnsøkonomi er tema i kap.4.

I vedlegg til rapporten finnes en skisse av implementeringsfasene og de vesentlige elementene som må på plass gjennom en trinnvis oppbygging.

1.1 SAMMENDRAG: Virkningsfull rehabilitering basert på samhandling

Kristiansand kommune initierte i 2008 et forprosjekt som skulle identifisere nye og effektive måter å tilby rusrehabilitering på. Bakgrunnen var til dels den situasjonene som kjennetegnes av for lav behandlingsskapasitet med lange ventetider og kort behandlingstid. Dette utfordrer de kommunale tjenester ifht å fremskaffe rehabiliteringstilbud som både ivaretar tiden før, under og etter en eventuell behandling. I tillegg til dette har kommunene ansvaret for tilbud til rusmiddelavhengige som står uten behandlingssgaranti, av ulike årsaker. I Knutepunkt Sør kommunene, som ikke skiller seg vesentlig ut i regionen for øvrig, er man i stor grad kjent med at svært mange rusmiddelavhengige ikke kan hjelpes effektivt med de tilbud og de behandlingsskjeder som finnes i dag. Dette er en situasjon som naturlig påkaller et utviklingsarbeid som ser på nye modeller for å løse dagens og fremtidens utfordringer på rusfeltet. I løpet av perioden har man også fått presentert en samhandlingsreform som peker på mange av de samme utfordringene. Økning i rusrelaterte problemer er ett av de forholdene som nevnes når man beskriver kjennetegnene ved sykdomsutviklingen i samfunnet.

I alle kommuner forholder det seg slik at man inn i fremtiden må ha en så stor andel arbeidsfør befolkning som mulig. Dette er en forutsetning for å løse særlig de store omsorgsoppgavene som vil være resultat av den demografiske utviklingen. Effektiv behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengighet er et område som vil gi betydelig gevinst fordi disse sykdomsforløpene ofte starter tidlig, er svært lange og ressurskrevende og setter mennesker utenfor arbeidslivet i lang tid. Rusmiddelavhengighet har store samfunnsøkonomiske og menneskelige omkostninger. Lokalt utgjør det et ressurstap som i fremtiden antas å bli enda mer synlig som en utvikling som ikke er bærekraftig. Gjennom prosjektet er man blitt veldig oppmerksom på at kompetansen til tidligere rusmiddelavhengige per i dag ikke i tilstrekkelig grad benyttes som ressurs i rehabiliteringsarbeidet. Dette er en situasjon som må endres blant annet gjennom å utvikle modeller for effektiv og bærekraftig rehabilitering som tar hensyn til at tilgangen på ressurser ikke vil kunne økes ytterligere i fremtiden.

Prosjektet har utredet en modell for helhetlig rehabilitering som anvender en unik blanding av anerkjente virkningsfulle elementer fra behandling og rehabilitering. Gjennom prosjektet har man tilrettelagt og tilpasset virkemidler slik at disse er særlig innrettet mot ressurser som regionen kjennetegnes av. Modellen er lagt til rette for at nødvendige og sentrale aktører samhandler om et langsiktig rehabiliteringstilbud hvor den enkelte bruker kan få den tiden vedkommende trenger. Modellen tar inn i seg den erfaringsbaserte kunnskapen som viser at en treårs periode ofte er den tiden det tar å få livet på plass etter at man er blitt rusfri. Modellen skal ivareta et individuelt tilpasset men helhetlig tilbud som omfatter hjelp til å bygge seg ny identitet, hjelp ifht sin rusmiddelavhengighet, bistand til å bygge seg nettverk for fremtida, ivareta egen fysisk og psykisk helse osv. Et sentralt element i modellen er tilgang på virkemidler knyttet til kvalifisering. Et hovedmål er at uavhengigheten i forbindelse med det å oppnå rusfrihet også må innebære uavhengighet knyttet til det å kunne forsørge seg selv og sin familie i fremtiden. Rehabiliteringen vil derfor være tett forbundet med begreper og virkemidler relatert til egen kvalifisering og entreprenørskap i eget liv. Kontakten opp mot lokalt næringsliv, samt utvikling av egne produkter og tjenester levert fra rehabiliteringssenteret er viktig i modellen som beskrives.

Modellen innebærer også utvikling av et kompetansesenter. En forutsetter et faglig arbeid hvor man systematisk samler kunnskap og erfaringer med denne måten å drive rehabilitering på. Man ønsker en tett tilknytning til aktuelle forsknings- og utdanningsinstitusjoner i regionen

slik at man gjennom et samarbeid kan drive utviklingsarbeid på feltet. Det langsiktige målet er å foredle en modell for virkningsfull rehabilitering som vil gi stadig flere mennesker muligheten til å bli rusfri.

Prosjektet har utviklet en modell for rehabilitering hvor byggsteinene er en sammensetning av allerede kjente og vel ansette virkemidler i rehabiliteringsarbeid. Prosjektet har hentet inspirasjon fra blant annet "San Patrignano" i Italia og "Basta" i Sverige og har også vurdert andre tiltak som kan vise til gode resultater. Forskningsmessig er rehabiliteringsfeltet innen rus et område som ikke kan vise til mange klart dokumenterte resultater ifht hva som virker. Dette begrunner ikke minst behovet for å samle kompetanse og knytte forskning opp mot den modellen som prosjektet har utviklet. Det er imidlertid enkelte elementer som gjennom dokumentasjon og prosjektets egne undersøkelser, fremstår som så virkningsfulle at man velger disse som grunnpilarer i modellen. I kombinasjon er det *tid, kvalifisering, fellesskap og mentorordning og kvalitet* som utgjør hovedelementene i modellen.

Alle som kommer til senteret skal få bruke den tiden det tar for hver enkelt til å bli rehabilitert. Dette er høyst individuelt og rehabilitering forstås ikke som en rettlinjet reise fra start til mål hvor målet ser likt ut, eller nås på samme tid for alle deltakere. Man må ha målsettinger som ivaretar individuell idealtid. Imidlertid skal alle kvalifisere seg gjennom utdanning og/eller jobb tilpasset deres muligheter og ambisjoner. Målet er at alle gjennom dette skal kunne sikre seg en uavhengig fremtid hvor man kan forsørge seg selv og sin familie. Senteret skal muliggjøre **kvalifikasjon på livstid og kvalifikasjon for livet**. Fellesskapet på stedet og en systematisk mentorordning er sentrale virkemidler for å bistå den enkelte til å finne frem til en ny rusfri identitet som kan fungere på lang sikt. Akkurat som fellesskapet står sentralt i rehabiliteringens dynamikk, er **samhandling, samtidighet og helhet** nøkkelord for utviklingen av det rehabiliteringssenteret som prosjektet her skisserer. Modellen er et felles løft mellom kommuner, helseforetak, private organisasjoner, faglig kompetanse og brukerkompetanse, næringsliv og sentrale offentlige aktører på flere felt. For å gå **fra stykkevis og delt til helhetlig effektivitet** når det gjelder rusrehabilitering, krever dette nye fremtidsrettede løsninger med modeller som inkluderer flere aktørers samtidige ansvarstaken og innsats. I denne modellen er det systemet som gjennom nye samarbeidskonstellasjoner gjør seg tilgjengelig for brukeren på en mest mulig effektiv måte, men det er den rusmiddelavhengige som avkreves den største innsatsen. Det er brukerkompetansen som utgjør den største erfaringskapitalen i modellen; en reinvestering i form av at den enkelte rusfrie som mentor bidrar til å korte inn veien mot rusfrihet for en annen er god økologi både på individ- og systemnivå.

Rehabiliteringssenteret som beskrives skal fremstå med klare rammer. Skissen beskriver i stor grad de anbefalte rammene. Disse er fremkommet etter mange dialoger, erfaringsutvekslinger og studier foretatt av kompetente brukere og fagfolk. I den grad man ikke har oppnådd konsensus rundt enkelte av de anbefalte rammer og prinsipper, har man lagt seg på de anbefalinger som et flertall av forespurte personer med bred brukererfaring har kommet med.

Sist men ikke minst: Modellen stiller krav til **kvalitet i alle ledd**. Dette gjelder så vel fysiske og materiell rammer som det også gjelder relasjoner, samhandling og innhold. Kvalitetskravet vil også være uttalt for de produkter og tjenester som stedet vil komme til å utvikle og bli kjent for. I den grad man kan betrakte rehabilitering som et håndverk utført av fellesskapet på stedet, skal det altså her holdes en håndverksfaglig høy kvalitet hvor det leveres på produkt og resultat som avtalt.

Modellen skisserer et rehabiliteringssenter som kan gi tilbud til rusmiddelavhengige av illegale stoffer. Det er først og fremst et tilbud til den målgruppen som for å bli rusfri har bruk for tilpasset, helhetlig oppfølging over lengre tid. Behandlings- og rehabiliteringsideologien har de senere år endret seg i retning av polikliniske tilbud og punktvis innsats. Dette er en

riktig og ønsket utvikling som blant annet tydeliggjør den enkeltes ansvarlighet og selvstendighet. Men det betyr samtidig at man må utvikle modeller og tiltak som gir en rehabilitering til de delene av målgruppen som dette ikke er tilstrekkelig effektivt for.

Modellutviklingen har hatt sitt utgangspunkt i tilslutningen fra kommunene i Knutepunkt Sørlandet, men man anbefaler at modellen settes i drift også med tanke på tilgjengelighet for alle kommuner i Helseregion Sør-Øst. Man bør sikre at interesse og behov som fremkommer underveis ivaretas slik at man kan benytte skisserte rehabiliteringssenter til faktisk å øke kapasiteten på rusfeltet slik den Nasjonale opptrappingsplanen har målsettinger om. Det er utarbeidet en skisse som beskriver en trinnvis oppbygging knyttet til modellen. Det forventes også i modellen at et Rehabiliterings- og kompetansesenteret inngår i internasjonalt faglig utviklingsarbeid slik at man til enhver tid benytter seg av kompetanse og virkemidler som optimaliserer rehabiliteringen til den enkelte.

2 Organisering av prosjektet

2.1 Forprosjekt

Kristiansand kommune tok initiativ til et forprosjekt i 2008. I prosjektrapporten fra forprosjektet fremkommer bakgrunnen for hovedprosjektet som utgjør selve modellutredningen.

2.2 Prosjektorganisasjon

Oppdragsgivere:

Kristiansand kommune, ved Helse- og sosialdirektøren
Sørlandet sykehus, klinikk for psykisk helse, psykiatri- og avhengighetsbehandling

Styringsgruppe:

Helse- og sosialdirektør i Kristiansand kommune, Lars Dahlen
Klinikkjef ved Sørlandet sykehus HF, Anders Wahlstedt

Prosjektgruppe:

A-larm v/ Erik Torjussen
Kirkens Bymisjon v/Wenche Rønning
NAV fylkeskontor v/Inger Andersen
Helseforetaket v/ass.avd.leder ARA, Tobbi Kvaale
og avd. leder rehabiliteringsposten Geir Olav Lystad
Sørlandsparkens næringsforening v/daglig leder Erik Rostoft
Helse- og sosialsektoren, Kristiansand kommune:
Kommunale sosialtjeneste v/Hilde Stokkeland og Kjell Adolfsen
Ung-Etat v/Terje Madsen
Kommunelege Dagfinn Haarr
Helse- og sosialdirektøren v/Hilde Engenes
Prosjektleder Tone Kylland

Ressursgruppe:

6 medlemmer i A-LARM:

Marie Lid

Odd Arne Holmen

Per Harald Abrahamsen

Reidar Andreassen

Svein Helge Egeland

Tonni Lindeland

I tillegg deltar daglig leder for A-LARM Jorun Marie Kveldro og brukerrepresentant i prosjektgruppa Erik Torjussen i møtene med ressursgruppa.

2.3 Mål for prosjektet

Hovedformålet med prosjektet er å utrede mulighetene for å implementere virkningsfulle tilnærminger, metoder og tiltak jfr. Rapport fra forprosjekt, ved å etablere et rehabiliterings- og kompetansesenter som er regionalt forankret.

Hovedformålet med en etablering av et rehabiliteringssenter vil være å øke prosentandelen av tidligere rusmiddelavhengige som er rusfrie 1-2 år etter endt rehabilitering, og dermed redusere tilbakefallsprosent og reinnleggelser

Et videre hovedformålet med en etablering av et rehabiliteringssenter etter prinsipper som bla forprosjektet beskriver, er å skape arena for utvikling av kvalitetsprodukter og kompetansebyggende virksomhet i nær samhandling med regionalt kultur- og næringsliv.

3 Objektivmål/resultatmål

I denne delen av rapporten beskrives områder som er utredet i prosjektperioden. Målene er hentet fra prosjektbeskrivelsen.

3.1 Faglig grunnlagsdokumentasjon

I utredningsfasen har prosjektet satt fokus på å finne frem til de virkningsfulle metoder som bør være fundamentet i rehabiliteringsmodellen. Prosjektet har foretatt forskningssøk; resultatene viser at det er svært begrenset forskning på rehabiliteringsfeltet. Det er noe mer forskning på behandlingsfeltet, og deler av denne forskningen kan være nyttig og relevant også for rehabilitering som fagfelt.

Det er behov for å avklare forskjellene mellom behandling og rehabilitering, da dette representerer en avgrensning for prosjektet. Prosjektet skal utvikle en modell for rehabilitering, men det forventes at modellen skal ha potensiale for sømløs samhandling mellom forvaltningsnivå og andre sentrale aktører. Avgrensning og avklaring av begrep er avgjørende for ansvars- og oppgavefordeling på rusfeltet og det har også betydning for forventet innhold og kvalitet på tjenestene som er knyttet til henholdsvis behandling og rehabilitering.

3.1.1 Behandling

Definisjon: *”Behandling omfatter en lang rekke tiltak som inkluderer identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, behandling, omsorg og oppfølging av individer med rusmiddelproblemer. Målsettingen med disse tiltakene er å kontrollere eller stoppe rusmiddelbruken, samt forhindre videre utvikling av medisinske, psykologiske eller sosiale problemer.”*

Jan Johansen og Elizabeth Nygaard ”Effekter av behandling”. Rusmiddeldirektoratet/sosial og helsedepartementet 1995.

Rusreformen som kom i 2004 overførte ansvaret for behandling av rusmiddelavhengige fra sosialtjenesten og fylkeskommunen til helseforetakene. Det er Lov om spesialisthelsetjenesten som avklarer hvilke oppgaver behandlingsapparatet har for brukergruppa. Det fremkommer at i behandling av rusmiddelavhengige skal det gis såkalt tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) Det innebærer at tilbudet skal bestå av både sosial- og helsefaglig kompetanse. Det stilles også krav til at det skal være en helhetlig tilnærming og individuelt tilpasset opplæring.

3.1.2 Behandlingstiltak

Behandlingstiltak kan grupperes i 3 hovedbolker:

Akutt

- Akuttbehandling – løse akutte, medisinske, psykologiske og sosiale problemer forårsaket av rusmiddelbruk
- Avrusning – behandling av forgiftning og abstinenssymptomer
- Kartlegging – identifisere og henvise videre

Behandling

- Vurdering – behandlingsplan
- Primærbehandling – ulike terapeutiske metoder
- Utvidet primærbehandling – stabiliseringsfase (atføring, botrening, antabus, metadon)

Oppfølging

- Ettervern – opprettholde bedring
- Tilbakefallsforebyggende behandling
- Vernede botiltak

Det er en rekke ulike former for behandling som gis. Ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus brukes ulike tilnærminger, bl.a. Minnesotamodellen, hvor 12-trinnsmodellen brukes i basis. Her er behandlingstiden 4-8 uker og med opptil 2 års ettervern i form av polikliniske samtaler. Rehabiliteringsposten, også kalt Halvveishuset gir tilbud i opptil 3 måneder med behandling, undervisning og aktiviteter. På ARA inngår AA og NA-møter som en del av oppfølgingen, og alle får en sponsor før de utskrives fra behandling. Andre metoder som brukes er psykososial behandling i form av kognitiv behandling. Denne behandlingen er basert på at individets tanke-systemer, oppfatninger og forklaringer er avgjørende for individets følelser og handlinger, og derfor bør endres i behandling. Det brukes ofte en kombinasjon av psykososial og medikamentell behandling.

Noe behandling foregår poliklinisk, mens andre får korttidsbehandling som er inntil 3 måneder. Det er også mulig å få langtidsbehandling, og denne er på rundt et år. I noen tilfeller gis det tilbud om ekteskaps og familierapi som en del av behandlingen. Videre kan det tilbys psykoterapi, undervisning, arbeidstrening, stress- og angstreduserende trening, atferdsorientert selvkontrolltrening og sosial ferdighetstrening. Behandlingen som gis kan gjøres både på individ- og gruppenivå.. Terapeutiske samfunn er det flere av i Norge, hvor helseforetaket har kjøpt behandlingsplasser. Veksthuset er et slikt samfunn, hvor man kan være inntil 2 år, hvorav 1 år i institusjon.

Medikamentell behandling i form av metadon og subutex (LAR – Legemiddelassistert rehabilitering) er den mest omtalte formen. I tillegg brukes det andre substitutter, psykofarmaka og antabus i behandling av rusmiddelavhengige.

3.1.3 Forskning på rusmiddelfeltet

Som vist, bare ved eksempel fra det brede behandlingstilbudet ved Sørlandet Sykehus, eksisterer det svært mange ulike tilnærminger og metoder innenfor avhengighetsbehandling. Det brukere, pårørende og fagfolk selvsagt spør seg om er hva som har best effekt? Hva er det som virker, og hvordan er prognosene for eksempel ved å velge den ene behandlingsformen fremfor en annen osv? Man må legge til grunn at det er de samme spørsmål man naturlig stiller seg uavhengig av lidelse, man ønsker å bli symptomfri og kureret på mest mulig effektive måte og selvsagt også helst slik at helseproblemet ikke oppstår på nytt en gang senere i livet.

Når det gjelder behandling for rusmiddelavhengighet finnes ikke det samme omfang av dokumentasjon vedrørende behandlingseffekt som man finner ved eksempelvis hjerteinfarkt eller diabetes. Likefullt er spørsmålet knyttet til hvordan man velger behandlingstiltak på

individnivå like viktig for resultatet når det gjelder å bli kvitt en rusmiddelavhengighet som det gjelder for en hvilken som helst annen helseplage eller sykdom.

I St.prp.1 Nasjonal helseplan 2007-2010 fastslås det: *"En god rusmiddelpolitikk vil være både å videreføre tiltak som vi vet virker og fremme nye tiltak innen forebygging, behandling og oppfølging."* (s.313). En forutsetter at det finnes forskning som dokumenterer hva som virker.

Kunnskapsgrunnlaget på rusfeltet ble synliggjort i NOU 2003:4 "Forskning på rusmiddelfeltet". Det avdekkes at en rekke områder innenfor fagfeltet har store mangler når det gjelder forskning og dokumentasjon.

Forskningsrådet har utgitt et programnotat "Program for rusmiddelforskning 2007-2011", hvor det overordnede målet for programmet er: *"å bidra til utvikling av ny relevant kunnskap og fremme forskning av høy kvalitet på rusmiddelfeltet med fokus på bedret kunnskap om omfang av rusmiddel og rusmiddelrelaterte skader, forklaring på variasjonene i bruk og skader og tiltak for å forebygge og behandle rusmiddelproblemer."*

Videre heter det: *"Programmet har fem prioriterte forskningsområder: rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart; arbeidsliv og rus; tidlig intervensjon; vanedannende legemidler og cannabis. I tillegg vil programmet støtte rusmiddelforskning på områder hvor NOU2003:4 har identifisert at det er behov for forskning"*

Man har ikke prioritert forskning på behandlingseffekt.

Undervisningsjef ved Bergensklinikkene, Arne Klyve, har uttalt kritisk at kunnskapsgrunnlaget for rusmiddelfeltet er en krysning av generell velferdspolitik, ruspolitikk, utenrikspolitikk, fagkunnskap, evidens, intuisjon, brukerkunnskap og praktisk klokskap.

Fra 2009 skal behandlingstiltak for rusmiddelavhengige innenfor spesialisthelsetjenesten rapportere aktivitetsdata til Norsk Pasientregister. Det arbeides med å integrere opplysninger fra kommunale tjenestetiltak i et supplerende system. Dette vil gi en bedre dokumentasjon blant annet ifht hvor mange som gjennomfører de ulike behandlingene.

Borgestadklinikken har et kompetansesenter som skal serve Helse Sør-Øst. Dette prosjektet ba tidlig om bistand med tanke på kompetanse og hjelp til å initiere følgeforskning, men fikk et negativt svar på henvendelsen som var begrunnet i kapasitetsproblemer.

Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF og SIRUS, Statens institutt for rusmiddelforskning, er de store aktørene innen rusmiddelforskning i Norge. SERAF har hovedfokus på klinikknær rusmiddelforskning, mens SIRUS har som formål å *"utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap omkring bruk og misbruk av rusmidler og andre avhengighetsskapende midler, med særlig vekt på sosialvitenskapelige problemstillinger."*

3.1.4 Hva er det forsket på?

Et av målene i prosjektperioden har vært å vurdere virkningsfulle tiltak både på individ og systemnivå. Prosjektet har derfor brukt en del tid på litteratursøk- og studier knyttet til forskning. I det følgende oppsummeres resultatene fra den forskning og dokumentasjon som er vurdert som relevant i forhold til prosjektets mandat. Mye av det som beskrives må betegnes som dokumentasjon og faller ikke nødvendigvis under det som klassifiseres som forskning. Dette gjenspeiler som nevnt kunnskapsgrunnlaget på fagfeltet.

Jan Johansen og Elizabeth Nygaard har sett hvordan sosial stabilitet og intellektuelt funksjonsnivå påvirker effekten av ulike behandlingsformer. De viser til følgende funn:

Lav sosial stabilitet – institusjonsplass best
Høy sosial stabilitet – poliklinisk behandling best
Godt intellektuelt funksjonsnivå – innsiktsorientert behandling fungerer
Lavt intellektuelt funksjonsnivå – arbeidstrening og sosiale treningsgrupper fungerer
”Effekter av behandling”. Rusmiddeldirektoratet/sosial og helsedepartementet 1995.

SERAF-rapport 1/2008 omhandler Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge. Her beskrives fakta rundt denne behandlingen i Norge, med antall brukere, hvordan brukerne har det, rusmiddelbruk hos pasientene og utfordringer knyttet til behandlingen.

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus har en egen forskningsavdeling. Forskningsleder Øystein Kristensen har bidratt med verdifull informasjon til prosjektet. Forskningsavdelingen har blant annet gjort studier av alle som var innom rusmiddelbehandling i Vest-Agder i perioden 1987-1996. Videre har det vært et eget studie på narkomane i 1993. Funnene viser blant annet at det foreligger best resultat av behandlingen for de som fikk det mest omfattende behandlingstilbudet: både 4 ukers 12-trinnsbehandling + stabilisering på Loland i 1 år, familiebehandling og rehabilitering på Halvveishuset. De andre gruppene som det ble sammenlignet med var de som kun fikk 4-ukers 12-trinnsbehandling, de som i tillegg fikk et opphold på Blå Kors.

Videre har ARA forsket på virkningen av å delta i selvhjelpsgrupper. Dette viste seg å være avgjørende for å opprettholde fortsatt rusfrihet: 12,6 ganger større sjanse for å holde seg rusfri dersom de går på AA/NA-møte minst en gang i måneden.

Det er også dokumentert virkning av 12-trinnsmodellen. Av de som fikk behandling for alkoholmisbruk, var 59% rusfrie de siste 6 måneder (2 år etter behandling). Av de som hadde et narkotika misbruk, hadde 49% vært rusfrie de siste 6 måneder (2 år etter behandling).

Det er flere forskningsprosjekter i gang på ARA, bl.a. et studie vedrørende barn av gravide rusmiddelavhengige. Dette er doktorgradsarbeidet til Bjørg Hjerkin. Hun har fulgt opp barn av over flere år. Det er også igangsatt forskning vedrørende tvangsinnlagte.

3.1.5 Virkning av rusreformen

Resultatet av rusreformen ble evaluert i 2006 av IRIS (Rapport IRIS-2006/1227) Man fant at det ikke er noen styrking av klientens tilknytning til arbeidsmarkedet og at færre er i aktivitet. Videre så man at det er flere gjengangere i behandling, kun 20% av de undersøkte er i førstegangsbehandling. Dette til tross for at 2/3 av klientene sikter mot rusfrihet som målsetting. Videre så man at ventetiden på behandling har økt. Denne tendensen har ikke endret seg. Pr.jan.-09 var det følgende ventetid for behandling i Agder:

- 59 uker – korttidsbehandling på Loland
- 10-26 uker ventetid for alkoholbehandling
- 51 uker – langtidsbehandling på Loland
- 3 uker (Kristiansand) og 20 uker (Arendal) poliklinisk behandling
- 13 uker LAR
- 44 uker til utredningstilbud for dobbeltdiagnoser
- 8 uker – avrusning i Arendal og Kristiansand

3.1.6 Rehabilitering

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider for å gi nødvendig bistand

til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse også sosialt i samfunnet” (Definisjon fra Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011)

Rehabilitering av rusmiddelavhengige er primært et kommunalt ansvar som er hjemlet i Lov om sosiale tjenester (LOST). Kommunen har ansvar både for generell forebygging, forvern, innsøking og oppfølging i behandling og ettervern. Videre har kommunen et ansvar for pårørendearbeid til rusmiddelavhengige.

Det er ikke gitt noen standard på hvordan en rehabilitering ifht en rusmiddelavhengighet skal gjennomføres, ei heller hva brukeren kan forvente seg. Det eneste som er tydeliggjort er at sosialtjenesten har ansvar for at nødvendige hjelpetiltak blir iverksatt. Tjenesten skal ta ansvar for å søke personer inn til behandling i spesialisthelsetjenesten når det er nødvendig. Det er ikke definert hva som ligger i begrepet ”nødvendig”.

Sosialtjenesten skal følge opp brukeren mens vedkommende er i behandling og i etterkant. Regelverket som omhandler tjenesten gir både muligheter og begrensinger. Hver enkelt kommune står svært fritt til å velge hvilke type tjenester som ytes og også hvilket nivå disse skal ligge på. Omfang og kvalitet på rehabiliteringen vil i stor grad være avhengig av hvordan kommunen og sosialtjenesten prioriterer dette fagfeltet.

Det er flere tjenesteytere som gjennom ulike lovverk har et ansvar for rusmiddelavhengige., være seg psykiatrisk sykepleie, hjemmesykepleie, miljøtjenester, aktivitetstilbud og kulturtilbud. I tillegg skal de følges opp av sin fastlegge, ha tjenester fra NAV trygd og arbeid, og samtidig kanskje følges opp poliklinisk av spesialisthelsetjenesten.

Mange rusmiddelavhengige vil ha krav på individuell plan etter Lov om sosiale tjenester §4-3. Flere kommuner sliter med å sikre at alle som har denne rettigheten faktisk får utarbeidet individuell plan. Årsaken til dette er sammensatt. Det kan handle om mangelfull kompetanse hos tjenesteyter, mangelfull informasjon til bruker om dennes rettigheter og muligheter ifht individuell plan eller som tidligere ofte antatt, at bruker ikke ønsker en slik plan. Det siste viser seg ofte å ikke være tilfellet når man intensiverer arbeidet med individuell plan. I artikkelsamling fra regionale kompetansesenter 1/2009, fremkommer det at kun 1 av 10 rusmiddelavhengige har individuell plan når de blir henvist til tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Økt forekomst av individuell plan er derfor et nasjonalt satsingsområde.

Rehabilitering av rusmiddelavhengige kan med dette som utgangspunkt ha like mange tilnærminger som det finnes kommuner. Ressurssituasjonen i de ulike kommunene gjør også feltet utfordrende å prioritere. Opptrappingsplanen på rusfeltet har ikke medført muligheter for en kommunal oppbygging av tilbudet til rusmiddelavhengige på samme måte som opptrappingsplanen for psykisk helsefeltet har gjort. Likevel signaliseres det klart både fra kommunalt hold og fra bruker- og pårørendeorganisasjoner at et av de største opplevde problemene i dag er manglende behandlingsplasser, lang ventetid, stadig kortere tid i behandling og brudd i samhandlingsløpet mellom behandling og rehabilitering. En tenkt, men ikke ukjent situasjon for bruker, pårørende og ansatte ved sosialtjenesten kan være som følger:

Utdrag fra et pasientforløp

”Per er 25 år, han har ruset seg siden han var 15. Han kommer nå til Mari som jobber ved sosialtjenesten i en liten kommune på Agder, og sier at han nå må ha hjelp. Han sier at han ikke makter mer rus, og at han nå trenger behandling. Han er blitt svært tynn de siste månedene, har vært mer eller mindre ruset hver gang han har vært i kontakt med noen i hjelpeapparatet, og enkelte tjenesteytere oppfatter han som lite tilgjengelig og vanskelig å forholde seg til. Per har vært innom ulike behandlingsløp opp gjennom årene. Som 17-åring

ble han plassert på en institusjon i regi av barnevernet. Han hadde da ingen planer om å slutte med rus, og var ikke i "modus for hjelp". Den dagen han ble 18 dro han fra institusjonen, for barnevernet hadde "glemt" å vurdere videre tvangsplassering. Da han var 19 hadde han sitt første fengselsopphold. Han var rusfri mens han sonet sine 5 måneder. Han gikk ut fra fengselet uten arbeid, skoleplass eller bolig, og etter 3 dager opplevde han sin første overdose. Han ble reddet, men ønsket ingen behandling. 2 ganger de siste 5 årene har han vært inne på avrusing og en gang var han på en institusjon i 5 måneder. I løpet av den tiden hadde han 7 urene prøver, og ble til slutt skrevet ut. Politi og fengsel har han god kjennskap til, etter diverse innbrudd, vold og omsetning av narkotika. Mari på sosialkontoret ønsker å "smi mens jernet er varmt" og kontakter spesialisthelsetjenesten for å søke behandling. Der får hun beskjed om at det nå er 1 års ventetid for å komme på Loland, men at han kan få en avrusing om 4 uker. Mari vet av erfaring at dette er realiteten, men prøver etter alle kunstens regler å få "solgt" Per inn før dette, og aller helst i dag. Men forstår etter noen telefoner at dette er nytteløst. Hun går til sin leder og ber om Per kan få en plass på et evangeliesenter eller et annet privat senter i påvente av plass i spesialisthelsetjenesten. Kommunen har stram økonomi, og leder er ikke uten videre med på et slikt opplegg, ut fra at dette koster kommunen minst 25.000,- pr. måned. Mari argumenterer varmt for et opphold, og etter vurdering av at dette må til for å redde livet til Per, blir det enighet om at han får 3 måneders opphold på et privat omsorgssenter. Det innebærer at 10% av årets budsjett til opphold i institusjon brukes opp. Per reiser til senteret, og etter 2 måneder ber han om å få utvidet tilbudet der til 1 år. Dette får han avslag på, både ut fra kommunens økonomi, men også fordi han har hatt 3 sprekker mens han har vært der, og saksbehandler er usikker på kvaliteten på behandlingen som gis. Denne avgjørelsen medfører en rekke møter, telefoner, klager og frustrasjoner både fra Per, pårørende og fra evangeliesenteret. Like før vedtaket går ut, kommer Per tilbake til kommunen. Han har ingen bolig, ruser seg aktivt etter en ukes tid, og er ikke lenger interessert i å stå på venteliste til behandling ved spesialisthelsetjenesten."

3.1.7 Samhandlingsreformen

I Stortingsmelding nr.47 "Samhandlingsreformen" *Retten behandling, på rett sted, til rett tid*, er rusmiddelavhengighet omtalt som ett av de sykdomsbildene som vil kreve en stor grad av koordinert og samtidig innsats i fremtiden. Også på rusfeltet må man utvikle nye løsninger som reduserer forekomsten av fragmentert innsats. Løsninger som initierer tettere og samstemt handling på tvers av forvaltningsnivå vil blant annet kunne gi mer av den helheten og sammenhengen som brukere og pårørende så sterkt etterlyser i dag. For rusfeltets del vil dette også innebære at man ivaretar koordinert innsats fra en rekke private og frivillige aktører som også er dominerende i det totale tiltaksbildet. Siden aktørene er så mange og så ulike utgjør nettopp rusfeltet et område med gode muligheter for å utvikle modeller som tar opp i seg samhandlingsreformens intensjoner. Prosjektutredningen har hatt dette som en rettesnor.

3.1.8 Opptrappingsplanen på rusfeltet

Opptrappingsplanen for rusfeltet kom i 2007. Planen er et samarbeid mellom flere departement. Den har 5 hovedmål:

1. Tydelig folkehelseperspektiv
2. Bedre kvalitet og økt kompetanse
3. Mer tilgjengelige tjenester

4. Mer forpliktende samhandling

5. Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Det er utarbeidet 147 konkrete tiltak som skal møte utfordringene på rusfeltet. I 2010, opptrappingsperiodens siste år, har man lagt hovedvekt på prosjekter og tiltak som kan bidra til å øke kapasiteten på rusfeltet. Her ser man klart at den modellen prosjektet har utredet for et rehabiliteringssenter på sikt vil kunne øke kapasiteten betraktelig. Ikke bare gjennom en faktisk oppbygging av rehabiliteringsplasser men også gjennom økt effekt av samhandling og helhet i pasientforløp som beveger seg mellom behandling og rehabiliteringstiltak. Det vil kort sagt si at en mer effektiv samhandling vil gi økt grad av måloppnåelse for den enkelte, noe som igjen gir redusert tilbakefallsprosent og dermed kapasitetsøkning.

3.2 Spesifisering av målgruppen basert på bl.a. nærmere tallfesting/beregninger fra Knutepunktkommunene

3.2.1 Aktuelle brukere – tallgrunnlag

Det er ikke kartlagt omfang av avhengighet av narkotiske stoffer i Norge. Det er anslått at det er mellom 8200 og 12500 sprøytenarkomane i Norge (SIRUS rapport 5/2006).

Legeforeningen anslår det til 11000 til 15000 (Legeforeningens statusrapport). Det er ikke gjort tilsvarende kartlegging av andre typer narkotikaavhengighet. Tallgrunnlag i forhold til personer med narkotikaavhengighet er derfor kun et estimat.

SIRUS kartlegger årlig ungdomsgruppens (15-20 år) bruk av rusmidler. I 2008 oppga 10,4% at de hadde brukt cannabis. 5,1% hadde sniffet, 2,2% hadde brukt amfetamin og 1,9% hadde brukt kokain.

Datagrunnlaget vedrørende antall rusmiddelavhengige er svært begrenset, og det er derfor vanskelig å anslå riktig tallgrunnlag for aktuelle brukere. Prosjektet har derfor gjort et anslag ut fra tallmaterialet som ble utarbeidet i forbindelse med utarbeidelsen av rusmiddelpolitisk handlingsplan i 2008. Det ble da anslått at det var ca 1500 narkotikaavhengige i Kristiansand kommune. Det er ikke spesifisert antall ut fra aldersgruppe, men man må kunne anta at de fleste av disse er i aldersgruppa 18-45 år. Det er totalt 30.000 personer i denne aldersgruppen i kommunen. Det innebærer at 5 % i aldersgruppen har et avhengighetsproblem i forhold til narkotika.

I Knutepunktregionen er det 125.000 innbyggere. Jfr. beregningen ovenfor på aldersgruppen 18-45 år, gir dette et estimat på 2350 personer med narkotikaavhengighet i de 7 Knutepunktkommunene. Dersom man antar at prosentandelen er lik i hele Agder, hvor det er 270.000 innbyggere, innebærer dette at det er 5060 personer i aktuell gruppe.

Hvis man ser på aldersgruppen 18-28 år, tilsvarer dette henholdsvis 750 med avhengighet hjemmehørende i Knutepunktregionen og 1600 på Agder. I prosjektbeskrivelsen er ungdomsgruppen særlig trukket frem når det gjelder utfordringer knyttet til rehabilitering.

3.2.2 Medikamentfri rehabilitering

I forbindelse med rusreformen og innføring av tverrfaglig spesialisert behandling, ble det gjort endringer i krav til de ulike behandlingstilbudene. Flere institusjoner som tidligere hadde sagt nei til medikamentell behandling måtte endre sine inntakskriterier.

Det er per i dag ingen behandlingstilbud som er helt medikamentfrie, og kun noen få som ikke tar imot LAR-pasienter. I Helse Sør-Øst er det til sammen 435 behandlingstilbud. Solliakollektivet har 22 tilbud av disse, hvorav 7 er beregnet for de under 23 år. Alle tilbudene her er medikamentfrie. Samtun som er et terapeutisk samfunn med 24 tilbud tar heller ikke i mot LAR-pasienter.

Under 10% av samlet behandlingstilbud er satt av til medikamentfri behandling. Ingen behandlingstilbud er helt medikamentfrie. Dette kan for en stor del forklares ut fra at dette er tverrfaglig spesialisert behandling. Når en derimot skal utrede en modell for et rehabiliteringssenter har en mulighet til å tenke annerledes. Rehabilitering er et område som ikke har samme rammebetingelser og krav gjennom lovverket som det spesialisthelsetjenesten forholder seg til.

Det har lenge vært påpekt et behov for flere medikamentfrie tilbud; både brukerorganisasjoner og fagpersoner har stått samlet på dette området. Modellen for et

rehabiliteringssenter som er utredet, anbefales å være helt medikamentfritt. Det innebærer at senteret ikke vil kunne gi tilbud til LAR (legemiddelassistert behandling) og heller ikke personer med ADHD som bruker medikamenter for sin lidelse.

På dialogkonferansen ble det stilt spørsmål om deltakerne mente det ville være tilrådelig og mulig å ha et medikamentfritt senter, stilte 83,7 % seg positivt til det. 14 % var usikre, mens kun 2,3 % var negative.

3.2.3 Begrunnelse for et medikamentfritt senter

Brukere forteller at medikamenter skaper uro i et miljø. Dette fremkom både på dialogkonferansen, i ressursgruppa og av personer som har vært gjennom ulike behandlingsløp. De forteller om hvordan medisiner i form av metadon, subutex, ritalin og lignende gjør noe med miljøet i et senter. Flere blir trigget når de opplever at medpasienter får endringer i atferd i tilknytning til medisineringen. Det skaper uro både i forbindelse med utdeling og som et tilstedeværende tema i miljøet; begge deler setter noe i gang som lett trigger rusbehovet. Det vurderes som et sentralt element ifht å øke risiko for sprekk og brudd i behandling.

Også innen det tverrfaglige spesialiserte behandlingsmiljøet er det diskusjoner om hvordan det virker når man blander legemiddelassistert behandling (LAR) og de som får en medikamentfri behandling.

Solliakollektivet er et av få behandlingssteder som er klare på at de ikke tar imot LAR-pasienter. De har bl.a. sett på hvordan de andre i behandlingsmiljøet påvirkes når noen får opioder i form av metadon og subutex, og at det da er vanskelig å opprettholde målsettingen om rusfrihet. Leder for senteret Øyvind Hansen beskriver utfordringer knyttet til dagliglivet på senteret i tidsskriftet "Mot Rusgift", hvor han sier at det er uansvarlig at opiodpåvirkede bruker redskaper som for eksempel traktor og motorsag, og at fellesskapsopplevelsen ødelegges av å blande grupper med og uten medikamentell behandling. *Hver for seg kan de (behandlingsformene) ha mye for seg, men setter du dem sammen vil de gjensidig kunne ødelegge hverandre.* (Øyvind Hansen, Mot Rusgift 4/2008)

Prosjektet anbefaler en modell som skal kunne tilby et alternativt rehabiliteringsløp til de som ønsker en helt medikamentfri rehabilitering. Modellen forutsetter at man tilbyr andre virkemidler enn medikamenter for å nå den enkeltes målsettinger. Mentorordningen, fellesskap og den enkeltes aktive hverdag og kvalifisering er sentrale stikkord som omtales videre i rapporten.

Et senter som her skisseres kan gjerne ta i mot personer som har en ADHD-problematikk og personer med psykiske vansker, men det vil ikke kunne gis tilbud til brukere som har behov for medisiner i forhold til disse lidelsene hvis dette innbefatter bruk av A og B preparater. Disse må tilbys andre rehabiliteringsformer som tillater den foreskrevne medisinerings. Prosjektgruppen har diskutert dette punktet inngående etter å ha samlet kunnskap og innspill på tema. Det er særlig viktig å understreke at rusmiddelavhengige som pga medisinerings ikke vil gis tilbud her, selvsagt må vurderes for annet tilbud. Det er tiltak som tillater medikamentell behandling som det faktisk finnes flest av, jfr. tidligere, og dette må man minne seg om når man definerer målgruppen for denne rehabiliteringsmodellen. Hvis man mener at en gruppe ikke vil ha forventet effekt av et tiltak, eller at et inntak vil redusere/vanskeliggjøre ønsket effekt for andre i det samme tiltaket, må man være tydelig på dette i utgangspunktet for en oppstart.

3.2.4 Rusmiddel

Målgruppen for den rehabiliteringsmodellen som prosjektet skisserer er personer med rusmiddelavhengighet i forhold til narkotika. Begrunnelsen for dette er intensjonen om å dekke et etterspurt behov for langvarig medikamentfri rehabilitering, og det er først og fremst narkotikaavhengige som er i behov av et slikt tilbud. Det er tiltak ifht disse målgruppene man etterspør mest i regionen. Disse har i mange tilfeller startet misbruket som svært unge, og kan derfor ha vesentlig svikt i forhold til flere viktige funksjoner. Svært mange er uten fullført skolegang utover grunnskole, de har ofte ikke noe rusfritt sosialt nettverk, de har ofte ikke hatt muligheter til å utvikle sin kompetanse på sosiale ferdigheter med mer.

Fekjær sier følgende *"For noen år siden begynte arbeidslivet i 14-årsalderen og rusbruken i 18-årsalderen. Nå er det omvendt. – Derfor er veien frem til rehabilitering mye lenger. Selve ordet rehabilitering blir gjerne feil, for det er ikke snakk om å reetablere et funksjonsnivå. Oppgaven er snarere å etablere et funksjonsnivå de aldri har hatt. Det er selvsagt mye vanskeligere"*. (Hans Olav Fekjær 2005 "Rus")

Det er disse forholdene som også er avgjørende når man velger et sterkt fokus på kvalifisering og at det hele sees i et langt tidsperspektiv.

En person som er avhengig av alkohol, har ofte utdanning, arbeidserfaring, et rusfritt nettverk og sosiale ferdigheter intakt. Det er sjelden noen blir alkoholavhengige i ungdomsårene, da ser man oftest at det er kombinert med annen avhengighet. De som er avhengige av narkotiske stoffer, bruker ofte langt mer alkohol enn gjennomsnittet. Modellen som er utredet skal også gi tilbud til de som har et blandingsmisbruk.

Prosjektet har utredet en modell for rehabilitering til personer med en avhengighetsproblematikk som omfatter illegale rusmidler og som er i en livssammenheng som gjør at vedkommende trenger et tilbud som kan sikre han/henne et robust rehabiliteringsopplegg som varer minimum i 3 år

3.2.5 Alder

Dialogkonferansen reiste følgende spørsmål: *Senteret er tenkt å gi tilbud til personer i alderen 18-25+. Er dette riktig aldersbegrensning, eller bør den endres? Eventuelt hvilken aldersgruppe skal få tilbudet?*

18% ønsket aldersgrense 25+. 41% mente den burde være 30/40 år, mens 41 % ikke ønsket at det skulle være noen form for aldersbegrensning.

24% foreslo at også ungdom ned til 16 år burde få dette tilbudet. Dette ble ikke problematisert verken i spørsmål eller innledning, så det er uklart hva de andre som ikke nevnte noe om dette, mener om det.

Det er flere faktorer som må vurderes med tanke på alderssammensetning ved et senter. Dersom senteret kun skal være for den yngste aldersgruppa 18-25+ kan man risikere at det ikke vil være stort nok rekrutteringsgrunnlag for et rehabiliteringstilbud som i første rekke forankres regionalt. Målgruppen under 25 år beskrives, både av fagfolk og erfarne brukerrepresentanter, som flyktig og ofte i fortsatt "partymodus". Flere mener at erfaring tilsier at de må bli nærmere 25 før de ser at de har et problem som de må ha hjelp til å gjøre noe med. Frem til da fremstiller gjerne ungdommen at de har full kontroll på rusbruken. Det er først når de kjenner på kroppen at det begynner å bli et problem som for eksempel at de opplever å miste familien, kjæreste og eventuelt barn eller at de kjenner at det blir så slitsomt

for kroppen, psyken eller på det sosiale plan at de opplever noe behov for en mer grunnleggende rehabilitering. Kortere behandlingsopphold kan gjerne være aktuelt før dette.

Ungdom under 18 år som har en rusavhengighet vil i de fleste tilfeller komme inn under lov om barnverntjenester. Barneverntjenesten plasserer i noen tilfeller ungdommen på institusjon med tvang etter §4-24. Det anses som viktig at det da legges opp til en langtidsplassering, hvor ungdommen får tilbud utover perioden på tvang. I Kristiansand kommune har det vært 2-3 plasseringer i året, og det søkes da i første rekke om institusjoner som har kollektiver. Et rehabiliteringssenter som her utredes, vil kunne bli aktuelt også for ungdom under 18 år dersom det oppfyller kriteriene Buf-etat har til behandlings-/rehabiliteringssenter, jamfør krav til kvalitet i barneverninstitusjoner fastsatt av Barne- og familiedepartementet 27. oktober 2003. Det anbefales imidlertid at dette er noe man i så fall ikke vurderer før etter lengre tids drift, når man vet om man har et miljø og noen strukturer som vil kunne gi et forsvarlig og virkningsfullt tilbud til en så ung målgruppe.

På dialogkonferansen var det flere som pekte på viktigheten av alderspredning. Begrunnelsen var bl.a. muligheten for å kunne overføre erfaringer og dele livserfaring og kunnskap. Videre ble det sagt at et senter med bare unge ville gjøre det for homogent. Det ble pekt på at spredning i alder er det som best gjenspeiler samfunnet for øvrig og som vil gi det mest naturlige fellesskapet. Motivasjon for rehabilitering ble pekt på som langt viktigere enn fysisk alder. I forbindelse med prosjektets studietur til Basta i Sverige fikk en også bekreftet disse forholdene. Ikke minst er alderspredning viktig når man skal i gang med aktiviteter og arbeidsprosesser som krever en viss erfaring og kunnskap. Fra Basta ble prosjektet anbefalt å rekruttere de med litt bredde på livserfaringen i en oppstartsfase, for så når fellesskapet er blitt større å kunne rekruttere også stadig yngre beboere.

Modellen som er utredet har voksne over 18 år som målgruppe. En vil anbefale å prioritere søkere som har livserfaring og kompetanse som kan benyttes som ressurs i en oppstartsfase

Den yngste aldersgruppen 18-25 år+ skal kunne prioriteres når man har kjørt inn modellen og har driftet lenge nok til at man har et sammensatt miljø som kan håndtere yngre brukere. Dette hensynet er ikke minst viktig å ta ifbm oppbyggingen av mentorordningen, se senere.

3.2.6 Kjønnsperspektiv

Det er anslått at 70% av rusmiddelavhengige er menn. Noen sentre har separate avdelinger for menn og kvinner og det er vektige faglige grunner som tilsier at dette er bra. Det finnes kjønnsspesifikke behov i tilknytning til behandling og ethvert rehabiliteringsopplegg bør ta inn over seg dette og være bevisst på hvordan man forholder seg til kjønnsdimensjonen. Modellen som er utredet i prosjektet vil gi tilbud til menn og kvinner og må derfor sikre både fag- og erfaringskompetanse som er i stand til å ivareta kvinners utsatte rolle spesielt når stedet planlegges og utformes. Erfaring fra arbeid med rusmiddelavhengige kvinner og forskningsarbeid som er gjort nylig forventes lagt til grunn når man strukturerer tiltaket videre.

Modellen skisserer et rehabiliteringstilbud for både menn og kvinner hvor kjønnsperspektivet er ivaretatt på en faglig oppdatert og kunnskapsbasert måte

3.2.7 Forhold til kriminalomsorgen

§-12 soning betyr at en innsatt får sone sin straff i et behandlings- eller rehabiliteringssenter. Det stilles noen krav til rehabiliteringsstedet, blant annet i forhold til regler og rutiner på stedet, eksempelvis når det skjer avtalebrudd. Videre stilles det krav om at det skal være en fast kontaktperson på stedet som fengselet kommuniserer med.

Det etableres i dag rusmestringsenheter i fengsler, blant annet i Evje. Svært mange av de som soner ordinært har et rusproblem som de ikke får gjort noe med mens de soner. Det gis økonomisk tilskudd i den perioden en person er på §12 soning, men det gis ikke tilskudd for så lang periode som 3 år; den tidshorizonten som modellen i prosjektet skisserer. Dersom dette skulle bli en aktuell brukergruppe, må tidsperspektivet tas opp med aktuelle departement. Eventuelt kan man starte som §12 soning, for deretter å gå inn i en ordinær rehabiliteringsplass og fullføre opplegget. Dette må sees nærmere på ifbm ulike finansieringsmåter.

Prosjektet har innhentet erfaringer med opplegg tilsvarende § 12 soning, ved rehabiliteringssteder både i Norden og Europa og det formidles god effekt for denne målgruppen. Man anbefales å sikre så lange opphold som mulig, kombinert med frivillige forlengelser.

Samfunnsstraff kan en også se for seg gjennomført ved et rehabiliteringssenter. Da kan 1 døgn tilsvare 1 time av samfunnsstraffen. Det settes som oftest et tidsperiode for når straffen skal gjennomføres. Men også her må man vurdere hensiktsmessighet opp mot tidsaspektet.

§-16 soning innebærer soning utenfor fengsel, med elektronisk overvåking. Dette kan gjøres i siste del av soningen. Det stilles vilkår for gjennomføringen, både i forhold til den enkeltes utvikling og rammene rundt. Dette er ikke vurdert særskilt

Narkotikaprogram med domstolskontroll er en prøveordning i Oslo og Bergen. Prosjektperioden går fra 1/1-06 til 31/12-10. Vilkåret for å bli med er at den enkelte går inn i et individuelt tilpasset rehabilitering. Målgruppen er personer som begår rusmiddelrelatert kriminalitet og som er motivert for å komme ut av sitt misbruk. Det gis oppfølging og koordinering fra ansatte i prosjektet.

Prosjektet anbefaler at målgruppen også omfattes av personer som er under soning og at man i samarbeid med Kriminalomsorgen ser på videre muligheter i forhold til dette.

3.3 *Modell for sikring av brukerkompetanse som bærende element i en tilnærming hvor man anvender mentorordning*

Grunnlaget for prosjektet ble lagt da man gjennom ECAD samarbeidet stiftet bekjentskap med San Patrignano i Italia, Europas største behandlingssted for narkomane. I et forprosjekt vurderte man de virkningsfulle elementene i dette terapeutiske samfunnet og i hvilken grad/på hvilken måte disse lar seg anvende i de lokale forholdene i vår region. Mentorordningen fremsto som et helt sentralt element i rehabiliteringen. Dette er svært parallelt til den sentrale stillingen dette instituttet også har i de lokale selvhjelpsgruppene som regionen er kjent for å ha svært høy kompetanse på. Dette er en kompetanse som i liten grad blir brukt i helhetlig samhandling med fagkompetanse på feltet. Prosjektet har antatt at man ved den anbefalte modellen kan utløse en større effekt av begge deler for en målgruppe som trenger nettopp erfaring og fag samtidig.

Det er tidligere brukere som har best kunnskap om kulturen og opplevelsen av å være avhengig, og ut fra dette har de stor troverdighet overfor andre med samme problematikk.

Dette omtales blant annet i boken "Fri fra avhengighet" (Espen Andresen 2008) hvor han skriver: *"Jeg mener at en forutsetning for å hjelpe mennesker ut av rusmisbruk er at de som jobber med dette har kunnskap om kriminelle tankemønstre og drivkreftene som ligger under"*. Han beskriver hvordan drivkrefter som makt og kontroll, sinne og hat, lyst og nytelse, begjær og latskap er krefter man må ha kunnskap om når man skal behandle rusmiddelavhengige, og at det er tidligere brukere som er best til å avsløre disse drivkreftene. Han beskriver hvordan beboerne på behandlingsstedet laget hierarki, manipulerte og styrte gruppen uten at noen av de ansatte så det eller tok tak i det. Dette mener han ikke ville skjedd dersom tidligere avhengige hadde hatt et ansvar der. Andresen mener at behandlingssteder som ikke har tidligere avhengige i sin stab, signaliserer at rusavhengige for alltid kommer til å være en man ikke kan stole på.

Ved San Patrignano fremsto mentorordningen og fellesskapet som hovedvirkemiddelet på senteret. I forprosjektrapporten beskrives dette slik: *"Beboerne beskriver at det er gjennom fellesskapet at de bygger opp en trygg identitet som ikke er knyttet til rus. Det er fellesskapet som regulerer rusfrihet i tiltaket; man bruker ingen form for ytre/mekanisk kontroll. Det hele er bygget opp rundt en mentorordning. Som ny får man en mentor/fadder som man følges av 24 timer i døgnet. Bruken av egen erfaring benyttes systematisk. Det å bli mentor markerer at man har kommet et godt stykke på vei i sin egen rehabilitering og dette ansvaret er sentralt for fortsettelsen. Også denne ordningen er helt sentral i konseptet. Det betyr at selvhjelpsprinsipper og gruppedynamikk utgjør store deler av det terapeutiske innholdet."*

3.3.1 Hva er en mentor

Definisjon: "Mentorer er mennesker som gjennom sitt arbeid hjelper andre til å utnytte sitt potensial" (Parsloe&Wray, 2008 s.78)

"En samtale mellom to likeverdige kollegaer gjennomført i en atmosfære av gjensidig tillit, støtte og utfordring hvor målet er å skape refleksjon og ettertanke som fører til endring og forbedring, og hvor man utfordrer protesjeens potensial for utvikling og vekst som yrkesutøver" (Kirkeby & Mathisen 2000, s.10)

En mentor er en trofast venn og rådgiver. En protesje er en som har en mentor.

Petter Mathisen som er tilknyttet UIA som forsker har skrevet boken "Mentor, mentoring i teori og praksis" (2008). Han har også vært en av forskerne bak FoU-rapport 4/2008, som er gitt ut av Agderforskning, med tittelen "Gode mentorrelasjoner".

Her beskrives en del faktorer og egenskaper som kvalifiserer for en mentorrolle. Disse faktorene er nok først og fremst tenkt i forbindelse med lederutvikling, men kan også brukes for andre felter hvor mentorordning inngår. Viktige egenskaper er høy sosial kompetanse, kunnskap om arbeidsplassen/organisasjonen, et eksempel som leder, fagkompetanse, personlig autoritet, status og prestisje, villighet til å være ansvarlig for andres vekst, evne til å dele suksess, tålmodighet i risikable situasjoner og god veilederkompetanse.

Mentorordning er mye brukt for lederutvikling, yngre ledere får en eldre leder som mentor, en som han kan få råd og veiledning av.

Det er noe forskning knyttet til mentorordning generelt, men det er behov for å se nærmere på hva som faktisk virker i mentorordning innen rusfeltet. Det er dokumentert at det har effekt, ut fra studier gjort av ARA på selvhjelpsgrupper, se tidligere omtale, men hva som gjør at det virker er ikke klarlagt.

Dokumentasjonen fra San Patrignano viser at 70% er rusfrie 5 år etter avsluttet behandling. Også her er mentorordningen og fellesskap sentralt virkestoff.

3.3.2 Mentor som metode innen rusfeltet

Mentorordning kan være en form for selvhjelp. Angstringen beskriver dette som: "Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt, og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv" (Stortingsmelding nr.16 (2002-20003) s.57)

Det er ikke mange organisasjoner innen fagfelt som har erfaring med systematisk bruk av mentorordning her i landet. AA, NA og Way Back er de eneste som har dette som etablerte systemer. AA og NA kaller det "sponsor", Way Back bruker betegnelsen "fadder". Alle disse er frivillige, og dermed ulønnede. Way Back har et kurs for nye faddere, og de får veiledning fra ansatte. Kurset handler først og fremst om rollen som fadder og hvordan organisasjonen ser ut. Det er ingen forskning på dette i organisasjonen, men alt fadderarbeid dokumenteres, og i følge hovedkontoret i Oslo er det gode resultater de kan vise til. En ansatt der betegner arbeidet som fadder til å være" en likemann, en som støtter og motiverer, en som bruker sin ekspertise i møte med den andre. Han hjelper den andre til å komme inn i A4-livet, ikke et sort/hvitt liv, men et fargerikt A4-liv."

På NA sine nettsider beskriver de ordningen som følger: *En sponsor er et erfarent medlem av Anonyme Narkomane som vi søker veiledning i vår egen tilfriskning hos. Mange av medlemmene i NA mener at sponsorskapet er en livsviktig del av tilfriskningsprosessen, og sponsorskap har med årene blitt et viktig og grunnleggende verktøy i den livsstilen NA tilbyr. 91 % av de som til nå har deltatt i spørreundersøkelsene hadde en sponsor på det tidspunktet de ble spurt. De som svarte ga på sin side sponsorstøtte til gjennomsnittlig 3.46 medlemmer.*

En sponsor i AA forteller at det handler om å øse av sin egenerfaring både når det gjelder avhengighet og livet som sådan. Man skal først og fremst være et medmenneske, og sponsorordningen handler også mye om egen tilfriskning. Dette er en ordning som handler mye om hjelp til selvhjelp.

Rekrutteringen står brukeren selv for. Han skal allerede mens han er i behandling plukke ut en sponsor. Dette skjer ved at bruker går på et AA-møte, ser hvem han kunne tenke seg å ha til sponsor, etterspør om det er mulig, og får svar på neste møte i AA-gruppa. Alle skal ha en sponsor før han går ut av behandling.

Det er mulig å bytte sponsor. Dette hvis kjemien ikke er god, at man flytter eller av andre årsaker. Det er vanlig med et treff pr uke mellom sponsor og bruker, og at sponsor ellers er tilgjengelig 24 timer i døgnet på telefon. En regel er at bruker aldri skal ringe sponsor hvis han ikke er edru.

Det foreligger en stilltiende taushetsplikt mellom bruker og sponsor. Sponsoravtalen kan vare i årevis.

Det er ikke noe opplæringssystem eller klare føringer om hvordan rollen som sponsor skal være. Sponsor får veiledning fra sin egen sponsor hvis det er ting som oppstår som han ikke vet hvordan han skal takle. Sponsor går ikke inn på rådgivning om for eksempel økonomi, skole, jobb osv.

Kristiansand kommune har igangsatt prosjekt Koordinerende tillitspersoner (KTP). Det er Helsedirektoratet som har igangsatt et nasjonalt forsøksprosjekt hvor i alt 30 kommuner deltar. Kristiansand har valgt en partnerskapsmodell med brukerorganisasjonen A-larm som rekrutterer likemenn. Dette er personer med egen erfaring ifht avhengighet og de inngår som del av det øvrige tiltaksarbeidet rundt brukeren. Det er en prosjektleder med sosialfaglig kompetanse som koordinerer den totale innsatsen.

KTP-prosjektet har utarbeidet rutiner for rekruttering, ansettelse og oppfølging. Det gjøres evalueringer underveis i prosjektperioden, og det nasjonale forsøket følgeforskes av Rambøll. Det vil kunne være viktig overføringsverdi i prosjektets erfaring i forhold til mentorordning som metode.

3.3.3 Rekruttering

Et av de kritiske punkt for etablering av et rehabiliteringssenter vil trolig være rekruttering av mentorer frem til senteret selv har mentorer klare. I utgangspunktet skal alle bli mentorer på bakgrunn av egen erfaring, men man må finne overgangsløsninger frem til de første brukerne er klare til å ta dette ansvaret. I den første driftsfasen må man derfor rekruttere mentorer utenfra. Et absolutt krav til alle mentorer vil være at de har egen erfaring som rusmiddelavhengig og at de har vært gjennom behandling og rehabilitering. Det ideelle vil være at mentorene bor på stedet, slik at de kan ivareta alle mentors oppgaver (se 3.3.6).

Følgende mentormodeller er blitt vurdert:

Miljøarbeider i turnus:

Man kan engasjere personer som tidligere har vært rusavhengige som miljøarbeidere i ca 1 år. Brukerne vil stort sett være på arbeid på dagtid, derfor vil en slik ordning kreve en turnusordning på dag, kveld og helg. Det er ønskelig å ha en mentor pr bruker, noe som vil innebære at det må ansettes en miljøarbeider/mentor for hver beboer man tar inn på senteret. Det optimale med en mentorordning er at bruker har mulighet til å kontakte sin mentor døgnet rundt. En ordning med miljøarbeidere i turnus vil ikke ivareta dette. I tillegg til å være mentor, kan vedkommende ha andre oppgaver på senteret, være seg innenfor administrasjon, arbeidsretta virksomhet, kjøkken eller vaktmestertjenester.

"Profesjonelle" mentorer/miljøarbeidere:

Modell som over, men hvor hver mentor har ansvar for 4-6 personer hver.

Miljøarbeider- medlever:

En annen variant er å gi et års engasjement under forutsetning av at vedkommende bor og jobber på senteret. Dette innebærer at miljøarbeider/mentor oppholder seg på senteret sammen med beboerne, og utfører arbeid uten ordinær regulert arbeidstid.

Medlever og egen rehabilitering:

Man kan også tenke seg en modell hvor personer som er kommet et stykke i sin behandling og rehabilitering på andre sentre, og som etter planen skal utskrives derifra, kan kombinere videre rehabilitering ved å påta seg mentoroppgave ved senteret. Vedkommende vil da bo og arbeide på senteret på lik linje med de andre, men med rollen som mentor i tillegg. Dette vil være som en del av egen tilfriskning.

Prosjektet anbefaler en modell hvor man i oppstartsfasen ansetter to personer med en kompetansebakgrunn som man trenger til den øvrige driften, men som samtidig tilfredsstillende kriterier for å være mentorer for de første beboerne ved rehabiliteringssenteret. Disse to, sammen med de to som ansettes først for å starte implementeringen av modellen, utgjør de fast ansatte.

3.3.4 Utvelgelse av mentor på senteret

Brukerne skal ha kommet et stykke på vei i sin rehabiliteringsprosess før det er aktuelt å innta rollen som mentorer. Vurderingen av når noen er klar for dette, tas av en gruppe bestående av fagpersonell og erfarne mentorer sammen. Prosessen kan for eksempel være som følger:

- Bruker og/eller hans mentor gir beskjed om at vedkommende ønsker å bli mentor
- Det avtales en samtale hvor gruppa møter med den aktuelle brukeren og dennes mentor.
- I løpet av møtet skal gruppa gjennom samtale, refleksjon og vurdering komme frem til om bruker er klar for å bli mentor. Avgjørelsen tas i fellesskap, bruker er tilstede hele tiden.
- Dersom det er enighet om at bruker er klar for oppgaven, vil han bli satt i beredskap som mentor, i påvente av at nye beboere velger han til mentor.
- Han beholder sin egen mentor også etter at han selv er blitt mentor.

Dette er en tenkt prosedyre som illustrerer at prosessene rundt det å bli mentor og praktisere som mentor står sentralt i en egenutvikling og i hvordan fellesskapet drives og utvikler seg. Det er viktig at det er personlig god kjemi mellom mentor og bruker. Hvis relasjonen og kommunikasjonen ikke er bra, vil det heller ikke komme noe bra ut av mentorordningen. Men en oppløsning av mentorforholdet må foregå på en måte som gjør det uproblematisk å fungere sammen i et fellesskap i det videre

3.3.5 Opplæring av mentorer

Det er behov for en ordning som sikrer et opplæringsløp for mentorer. Videre må de ha oppfølging i sin mentorgjerning. I AA og NA er det ingen opplæring av sponsorene. Her skjer alt etter muntlig overlevering mellom likesinnede og etter eget skjønn. Funksjonen er begrenset, og har ikke i seg alle deler som prosjektet anser at mentor skal inneha. Way-back har kurspakker for sine faddere. I likemannsprosjektet (KTP) får likemennene et todagers opplæringsprogram. I tillegg får de fast veiledning. Det anbefales en kvalitetssikring av mentorordningen som tar opp i seg erfaringer som dette.

3.3.6 Mentors oppgaver

På dialogkonferansen ble det stilt spørsmål om hvilken rolle mentor skulle ha. Det kom mange innspill; dette er hovedessensen:

- være et forbilde/rollemodell
- være støttespiller, inspirator og medmenneske
- alltid til stede for den andre
- være en storebror/storesøster
- gi råd og veiledning ut fra egen erfaring
- være samtalepartner
- være hjelper i forhold til nettverk
- kunne bruke egen erfaring på en konstruktiv måte
- kunne henvise til andre når en selv kjenner at man ikke kan hjelpe
- og viktigst av alt:
 - mentor skal vise at det er mulig å få et godt rusfritt liv!
 - bruker skal kunne identifisere seg med mentor!

Prosjektet anbefaler en modell hvor mentorordningen er en avgjørende faktor for vellykket rehabilitering, et nødvendig element i driften og vesentlig for utviklingen av fellesskapet.

3.4 Samhandlingsstrukturer

3.4.1 Aktuelle aktører fra kultur- og næringsliv, knyttet til kvalitetspreget produktutvikling, produksjon og kompetansebygging/kvalifisering

En viktig målsetting for et rehabiliterings- og kompetansesenter vil være å sikre samarbeid med ulike aktører som gjør det mulig å gi et helhetlig tilbud. Dette forutsetter at ulike aktører fra både offentlig og privat sektor er delaktige på ulike måter. Det er nødvendig å sikre samhandling på tvers av fagmiljøer, brukerkompetanse, kultur, utdanning og næringsliv. Gjennom hele prosjektperioden har en vært bevisst på å bygge nettverk og etablere dialoger mellom parter som ikke tradisjonelt har stått sammen om å utvikle nye modeller og løsninger knyttet til store samfunnsoppgaver som rehabiliteringstilbud til rusmiddelavhengige. En ser at dette er en trend og en ønsket utvikling som nettopp kan bidra til svare på noen av de fremtidige utfordringene som blant annet samhandlingsreformen skisserer.

Kontakter ut mot næringslivet gir nye måter å tenke på- det har man ikke minst erfart gjennom sammensetningen av prosjektgruppen. I forbindelse med dialogkonferansen ble også NHO invitert. Prosjektleder har vært i uformelle samtaler med aktører innen ulike næringer, og flere gir uttrykk for at de ønsker å være med å legge til rette for arbeidsplasser dersom senteret blir en realitet.

Cultiva har gitt økonomisk støtte både til forprosjektet og utredningsprosjektet.

Det er ulike modeller man kan tenke seg når det gjelder produksjon, arbeidsliv og kvalifisering. I San Patrignano har man eksempelvis alt av arbeid på senteret/i det lokalsamfunnet som San Patrignano utgjør alene Ved Basta i Sverige har man etablerte flere selskap som selger varer og tjenester som de konkurrerer med på lik linje med sine kolleger i den regionale næringsforeningen. Dersom man skal gjøre noe tilsvarende her i en oppstart, vil det kreve store investeringsressurser og et stort spekter av ressurser knyttet til produktutviklere, produksjon, markedsførings og salgskompetanse med mer.

Et tenkt eksempel:

Kvalifisering som et 3-delt system:

- I de første 6-12 månedene er brukeren i arbeid på senteret med følgende oppgaver:
 - Interne arbeidsoppgaver knyttet til kjøkken, renhold, vaktmestertjenester, vedlikehold og restaurering med mer
 - Produksjon av egne produkter evt. salg av tjeneste knyttet til stedet (det er mange av forslagene fra dialogkonferansen som kan brukes her. En ide hentet fra Basta er "Hundedagis", et tilbud til hunder som har eiere som er borte hele dagen og som trenger tur, omsorg og stell av gode venner. Dette har ikke store investeringskostnader og kan med rett beliggenhet startes opp tidlig i modellen)
 - Det må da finnes et eget produksjonslokale på området som egner seg
 - Grunnskoleutdanning for de som ikke har fullført 10.klasse
- Når beboerne er klar for det, kan de begynne å jobbe/gå på skole utenfor senteret:
 - Her vil det være nødvendig å etablere kontakt med aktuelle bedrifter og det må da utarbeides et system som sikrer tilstrekkelig antall jobber
 - Videregående skole, gjerne i kombinasjon med arbeid i bedrift
 - Hele poenget er å kvalifisere seg i tråd med sitt potensiale, ved hjelp av god veiledning bli i stand til å forsørge seg selv og sin egen familie og kunne leve uavhengig av offentlig hjelp i fremtiden.
- Utvikle produkter og næring over tid, i takt med utviklingen og veksten ved rehabiliteringssenteret

- Her foreligger en rekke gode ideer utviklet gjennom prosjektet, inkludert innspill fra dialogkonferansen. Dette vil bli en del av utviklingsarbeidet som stedet og beboerne må ha hånd om.

Det er et viktig poeng ved modellen at det utvikles produkter og tjenester av en svært god kvalitet, slik at det blir merkevarer tilknyttet stedet. Dette gir den identitet og stolthet som er nødvendig for utvikling. Entreprenørskap bør være en viktig drivkraft i filosofien, slik man har sett ved Basta. Rehabiliterings- og kompetansesenteret bør også kunne ha tilsvarende mål knyttet til gradvis økt inntjening på egen virksomhet, slik at man etter en 10 års periode i drift og om lag 100 beboere finansierer 60% av virksomheten, mens 40% kommer fra andre inntektskilder som betalte plasser, rammetilskudd andre eksterne finansieringskilder.

Den enkeltes mulighet til å kvalifisere seg og utnytte sitt eget potensiale er avgjørende å utløse for å oppnå rehabilitering. Modellen som skisseres har en sentral forankring i utvikling av produkter og tjenester av høy kvalitet. Dette danner også grunnlaget for en estimert inntjening som delvis vil selvfinansiere rehabiliterings- og kompetansesenteret etter hvert som det utvikles

3.4.2 Forankring i Knutepunktsamarbeidet

Helse, sosial - og omsorgsnettverket i Knutepunkt Sørlandet gav sin tilslutning allerede til forprosjektet våren 2008. Nettverket er holdt orientert om utviklingen i prosjektet underveis i prosjektperioden.

I forbindelse med dialogkonferansen som ble avholdt i mars -09 var sosialtjenesten i alle knutepunktkommunene invitert. Dessverre møtte ikke alle kommuner opp.

Det er også gitt tilbud til Krimutvalget om informasjon om prosjektet. Høst 2010 er det opprettet et faglig nettverk på rusfeltet, på enhetsledernivå. Dette nettverket er blitt orientert om prosjektets konklusjoner og anbefalinger og det signaliseres ønske om å prioritere samhandling rundt en videre modellutviklingen med tanke på å øke både kapasitet og virkning av rehabiliteringstiltak som det er stor etterspørsel etter og som man bruker forholdsvis mye ressurser på i dag.

Prosjektet legger frem en modell hvor en forankring regionalt i Knutepunkt Sør kommunene prioriteres, hvorpå man retter seg mot øvrige kommuner i Helse Sør-Øst.

Andre kommuner som har vist særlig interesse for prosjektet under prosjektperioden og som har tro på modellen, bør også inviteres til et samarbeid på et tidspunkt man finner riktig

3.4.3 Aktuelle samarbeidspartnere og nettverksbygging mot disse

Prosjektet er har vært organisert med en styringsgruppe, prosjektgruppe og ressursgruppe. Her er mange aktuelle samarbeidspartnere representert. I tillegg er det informert om, innhentet innspill fra, vært drøftet ulike problemstillinger i forhold til og vært samarbeid med en rekke ulike aktører, både offentlige, private og frivillige organisasjoner. Følgende aktører utenfor prosjektet har det vært kontakt med:

Brukerorganisasjoner: RIO, Way Back, Mental Helse, Landsforbundet mot stoffmisbruk (LMS) og brukerrepresentant fra ROM.

Rusfaglig felt: Borgestad kompetansesenter, sosialtjenesten og ruskonsulentene i knutepunktkommunene, Samtun, Tyrili, Shalam, Krimkoordinatorer i kommunene, psykiatrien i spesialisthelsetjenesten, diverse behandlings- og rehabiliteringssentre i Norden,

forskningsavdelingen på andre fagenheter ved ARA, Kirkens Bymisjon med bla. Natthjemmet.

Næringslivet: Sørlandsparken, Stormberg,

Andre: OSS (Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg), Knutepunktet, Helse- og omsorgsdepartementet, Cultiva, Husbanken, Fylkesmannen, NAV (direktoratet, fylket og kommune), FO, Fylkessekretæren i Vest-Agder, Kriminalomsorgen, Skole (videregående opplæring), Barneverntjenesten, Familiesentrene i kommunen.

Prosjektet anbefaler en første implementeringsfase hvor det ansettes 2 stillingsressurser som blant annet jobber med en realisert forankring i Knutepunkt Sør kommunene. Det er anbefalt at man i løpet av første året får på plass nødvendige intensjons og rammeavtaler som sikrer finansiering, drift samt rekruttering og plan for utvikling av stedet. Det må parallelt med og i tilknytning til dette arbeidet, videreutvikles nettverk sammensatt av ulike interessenter

Prosjektet har kartlagt og vurdert potensialet og interessen som god, det må imidlertid i en første implementeringsfase vise seg at dette lar seg realisere og sikre gjennom forpliktende avtaler.

3.4.4 Potensial for samhandling/integrerte behandlings- og rehabiliteringsløp

Prosjektet eies nå av både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette gir et godt grunnlag for å finne løsninger på tvers av disse to forvaltningsnivå. Det er spennende utviklingsarbeid sett i lys av samhandlingsreformen og de utfordringer den kommer med. En modell som svarer annerledes på behovet for samordnede og integrerte løsninger til rusmiddelavhengige vil i første rekke øke effekten av behandling og rehabilitering og i neste instans vil dette bety flere kompetente arbeidstakere som ellers ville stått utenfor et ordinært arbeidsliv når fremtidens store utfordringer skal løses.

Prosjektgruppa har stilt spørsmål med hvor en behandling begynner og slutter, og når en rehabilitering starter og stopper. Konklusjonen er at dette ikke kan tidfestes. Rehabiliteringen som definert tidligere, må starte parallelt med behandlingen. Modellen skisserer derfor et rehabiliteringsløp som sikrer at brukeren får den behandlingen det er behov for gjennom hele rehabiliteringsfasen. Det innebærer ikke at brukeren må avbryter rehabiliteringen for så å bli lagt inn til behandling et annet sted, men at behandlingen som er nødvendig kommer til brukeren som er i rehabiliteringsopplegget sitt. Dersom det er behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, beholdes rehabiliteringsplassen. Det ideelle vil være at brukeren opplever alle innsatser som en tjeneste, eller en instans som bidrar med et differensiert tilbud. Helheten må avspeiles i måten man etablerer samhandlingen og avtalefester denne på tvers av sektorer og nivåer.

En tenkt modell kan være:

Dersom det er behov for eksempelvis poliklinisk samtalebehandling kan dette foregå på senteret. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten enten har faste terapeuter dedikert til stedet, eller at de kommer for å gjennomføre behandlingen på timebasis. Hvilken modell som velges må avgjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og ha utgangspunkt i målgruppens typiske behov. Det som er vesentlig, er at de som har fått plass ved rehabiliteringssenteret, også har et vedtak om behandling fra spesialisthelsetjenesten som er forutsigbart for alle parter. Det er ønskelig at vedtaket ikke er tidsavgrenset, men gir åpning

for å reetablere en behandlerrelasjon så lenge bruker er under rehabilitering. Det må heller ikke begrenses i forhold til omfang på en slik måte som gjør at brukeren ikke får tilgang på disse tjenestene i perioder hvor behovet nettopp er stort. Dersom det viser seg at bruker er i behov av mer omfattende behandling enn først antatt, må det være mulig å få til dette uten uønsket opphold og med den fleksibilitet som brukerens behov tilsier.

Denne modellen kan gjennomføres ved å utarbeide egne avtaler mellom rehabiliteringssenteret og spesialisthelsetjenesten, hvor målsettingen er å hindre brudd i rehabiliteringsløpet. Videre vil det kunne være aktuelt å nedfelle en forpliktende avtale som sikrer at alle som får plass på senteret blir utredet og får tilbud om nødvendig tilrettelagt behandling i etterkant av dette. Presise utredninger, både fysisk, psykisk og i tilknytning til avhengighetsproblematikken er avgjørende for rett behandling til rett tid. Flexibiliteten i dette vil igjen være avgjørende for å sikre de helhetlige løpene som modellen er ment å ivareta. Prosjektet antar at også spesialisthelsetjenesten ressursmessig vil tjene på en slik modell. Dette er ytterligere omtalt i kapitlet som handler om finansieringsmodeller.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet sykehus HF, ønsker ikke at det skal gis en ensrettet behandling/kun en metode. Det er ikke ønskelig at et rehabiliteringssenter blir for homogent, da dette kan føre til at det blir institusjonslignende, og kan bli oppfattet som "en stat i staten", men at man skaper et differensiert tilbud. Ut fra at stedet også forventes å utvikle kompetanse på bruk av de metodene som viser seg mest virkningsfulle, vil det være viktig at også spesialisthelsetjenesten har fokus på de forskningsbaserte nyttige metodene. ARA har en forskningsavdeling som er ønsket som sentral samarbeidspart i modellutviklingen. Det kan også være aktuelt å utvikle nye behandlingsmodeller knyttet til modellens særskilte konstellasjoner.

12-trinnsprogrammet ser ut til å sammenfalle godt med fellesskap og mentorordning som metode, så dette er en behandlingsform som flere nok vil kunne nyttiggjøre seg innenfor den foreslåtte modellen. Andre metoder i form av kognitiv terapi og andre individuelle og gruppebaserte behandlingsmetoder vil også være aktuelle, avhengig av brukernes individuelle behov. Det som er avgjørende for valg av behandlingsmetode, er at det ikke må gå på tvers av sentrale ideologiske prinsipper som ligger til grunn. Videre vil det være viktig at det samarbeides tett og i forståelse med fellesskapet rundt den enkelte, slik at nettopp helheten tas vare på i de forholdsvis lange løpene som legges og som handler om alle aspekter i den enkeltes liv.

Dersom behandlere skal ha fast base på stedet, vil det lett bli oppfattet som en behandlingsinstitusjon og ikke et rehabiliteringssenter hvor folk har sitt liv og virke i en lengre periode. Prosjektet har imidlertid forsøkt å løsrive seg også fra dette tanke settet og vurdere stedet og sammenhengen som bruker befinner seg i som det primære. Hvor de andre samarbeidspartnerne kommer fra og hvor de har sin base er bare av betydning i den grad dette er til hinder for samhandling og koordinerte tiltak. Da Kristiansand kommune fikk midler fra helsedirektoratet i august 2008 for å gjennomføre forprosjektet, ble det poengtert i tilsagnsbrevet at det var viktig å merke seg at "*behandlingsansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven som skal sørge for ansvar hos de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet ber prosjektet om å vektlegge hensynet til dette i den videre utredningen.*"

Prosjektet har vært bevisst at behandling og rehabilitering sorterer under ulike lovverk og at oppgavene er gitt ulike instanser. I tillegg stilles det ulike krav til kompetanse. Dette står likevel ikke i motsetning til en modellutvikling som sikrer samtidig innsats, men som vil kreve at ansvarsforholdene er tydelige, også de ansvarsområdene som er felles rundt den enkelte bruker.

3.4.5 Muligheter og behov for nordisk samarbeid på fagfeltet

Prosjektgruppa har hatt en todelt oppgave, ut fra at man skal utrede mulighet både for et rehabiliterings- og kompetansesenter. Det har vært etablert kontakt med flere sentre i Norge, Sverige og Danmark, og det er også arrangert studietur til et par av disse.

Når det gjelder innholdet og målsetting for kompetansedelen av senteret, anbefaler prosjektet at dette området gis større oppmerksomhet i de neste fasene av modellutviklingen. Kompetansen man skal utvikle er kompetansen knyttet til det å drive rehabilitering på denne og sammenliknbare måter. En har gjennom prosjektet erfart behovet for en kunnskapsbase i tilknytning til rehabilitering generelt, men det er selvsagt av særlig interesse å skaffe seg oversikt over de nordiske landene på dette feltet. Et knutepunkt for utveksling av erfaring vil kunne bringe feltet fremover. Det er av den aller største betydning for den videre utviklingen at man i første implementeringsfase realiserer et samarbeid med UiA som kan bidra til en videre kunnskapsbasert forankring av tiltaket. På mer generell basis og som grunnlag for å få i stand et kompetansesenter knyttet til rehabilitering, må det vurderes å initiere et videre samarbeid med flere instanser som SIRUS, SERAF, Borgestadklinikken med flere, i tillegg til aktuelle institusjoner i de nordiske landene. Det videre arbeidet kan også avdekke muligheter for å koble seg opp mot eksisterende kompetansesentre eller nettverk.

3.4.6 Brukerkompetanse

Modellen som er utredet skal benytte erfaringskompetansen brukerne har bl.a. gjennom mentorordningen. I det følgende vil det beskrives hvordan denne kompetansen vil bli tatt i bruk på flere områder og hvordan brukervedvirkning og brukerperspektivet anvendes i ulike sammenhenger.

Brukerperspektivet kan dreie seg om ulike grader av brukerinvolvering. Brukerorientering kan ha to betydninger; at fagfolk setter seg ned og prøver å tenke som brukere, eller at brukere orienteres om de beslutninger fagpersoner eller tjenestesteder har fattet. Brukervedvirkning – enten det er på system-, eller individnivå – innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Brukerstyring er når brukere styrer tjenesten eller tiltaket. I prosjektperioden har prosjektet søkt brukervedvirkning både gjennom prosjektgruppa, ressursgruppa og i dialogkonferansen. Videre har det vært noe kontakt med enkelte brukerorganisasjoner underveis i prosjektperioden. Det har vært medvirkning både på system- og brukernivå i utrednings- og planleggingsperioden.

Modellen som er utredet forutsetter at det sikres individuell brukervedvirkning. Dette kan bl.a. gjøres gjennom å opprettholde arbeidet rundt Individuell plan og ansvarsgrupper, slik det gjøres i dag. Dette er gode måter å sikre helhetlig og koordinert arbeid rundt den enkelte. Det er også metoder som brukt på en riktig måte, ansvarliggjør brukeren som plasseres i førersetet av sin egen rehabilitering.

Brukervedvirkningen på systemnivå må videreføres når man går videre på en implementering. Det er ønskelig at brukerne er aktive i metodeutvikling, både som brukergruppe på stedet og gjennom faste møter med brukerorganisasjoner.

Prosjektet har utredet en modell som skisserer en oppstartsfasen med totalt 4 stillinger, hvorav 2 prosjektorganiserte stillinger første år som siden går inn i drift. Disse vil ha krav til faglig bakgrunn, særskilt erfaringskompetanse og brukerkompetanse (det foreligger en detaljert skisse som anbefales brukt i første implementeringsfase, slik at man sikrer de vurderingene som ligger bak tiltakene og strukturene som foreslås)

Dette innebærer at den rene faglige kompetansen vil være i klart mindretall ved innflytting av de 10 første brukerne.

Balanseforholdet mellom fagekspertise og brukerkompetanse ved stedet er viktig for modellen. Erfaringene fra både Basta og San Patrignano tilsier at mentorordningen og fellesskapet best utvikler seg i virkningsfull retning når faginnslaget holdes på et forsvarlig minimum. Den ekspertisen man trenger utenom vil man skaffe til stedet etter behov; dette gjelder rusfaglig kompetanse så vel som tømmerfaglig kompetanse hvis man eksempelvis skal starte et foretak som innebærer lafting.

3.5 Aktuelle modeller for partnerskap/eierskap og organisatorisk forankring

Det kan tenkes ulike modeller for et senter. Følgende løsninger kan være aktuelle:

- Kommunalt eierskap med vertskommune
- Interkommunal selskap
- Stiftelse
- Foretak
- Aksjeselskap

I det følgende vil de ulike modellene beskrives, med fordeler og utfordringer knyttet til eierskap.

Viktige forutsetninger som må vurderes er mulighet for autonomi, hvor senteret har full suverenitet i forhold til at stedet selv vurderer inntak og bestemmer hvem som får tilbud ut fra faglige vurderinger. Videre vil finansieringsordninger fra ulike hold bli vurdert opp mot de ulike modellene. Juridiske betraktninger og andre momenter vil også bli tatt med i denne utredningen.

3.5.1 Kommunalt eierskap - vertskommune

Vertskommunesamarbeid er en ny samarbeidsform som er hjemlet i kommuneloven. OT.prop.95(2005-06) er lovgrunnlaget. Et overordnet mål med denne ordningen å legge til rette for samarbeid om kommunens lovpålagte ansvar på kjerneområder, hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettssikkerhet gjør seg gjeldende. (KS 2005). Det må lages en avtale som hvert enkelt kommunestyre må vedta. Gjennom avtalen overføres samarbeidskommunens myndighet til en vertskommune.

Kommunalt eierskap innebærer at en kommune drifter senteret som en del av sin tjenesteproduksjon, hvor dette inngår som en avdeling/enhet i det ordinære systemet. Siden det er en kommunal oppgave å gi tjenester som omfatter rehabilitering av rusmiddelavhengige, vil ikke dette kreve noen spesielle avklaringer knyttet til lovverk og utøvelse av tjenesten. Det er kun denne eierskapsmodellen som gir mulighet for at senteret selv kan fatte vedtak etter Lov om sosiale tjenester.

Ut fra at senteret skal gi tilbud til flere enn brukere fra en kommune, vil dette innebære at kommunen da blir vertskommune for senteret. Det kan da enten inngås en avtale om å selge plasser ut fra stykkpris eller en rammeavtale hvor den enkelte kommune i regionen gir et fast årlig tilskudd til driften. Dette gjøres med ulike tjenester i Knutepunktregionen, for eksempel gjeldsrådgivning og barnevernsvakt. Dette er økonomisk fundamentert gjennom rammeavtaler. Dette er en forutsetning for at man skal kunne ha en forutsigbarhet vedrørende økonomi. Stykkprisfinansiering vil innebære at det er hver enkelt kommune, ved sosialtjenesten som fatter vedtak om et tilbud ved senteret for å utløse finansieringen. Dette anser prosjektgruppa at vil bryte med prinsippet om senterets autonomi. Et kommunalt eierskap forutsetter altså at det inngås rammeavtaler med kommuner i regionen.

3.5.2 Kommunalt eierskap - Interkommunalt selskap

Interkommunalt samarbeid kan også organiseres i selskapsformer utenfor kommuneloven, f.eks. etter aksjeloven eller etter lov om interkommunale selskaper av 29. januar 1999 nr. 6. Når det gjelder loven om interkommunale selskaper(IKS) ble det i forarbeidet fremhevet at

loven særlig er utformet med tanke på virksomheter som har egne inntekter og som har større eller mindre preg av næringsvirksomhet. Interkommunalt samarbeid om sentrale samfunnsoppgaver av stor velferdsmessig betydning var ikke i fokus. Departementet skrev i odelstingsproposisjonen at organiseringen av interkommunalt samarbeid om slike oppgaver etter departementets oppfatning bør utredes særskilt. Formelt er imidlertid ingen ting i veien for at modellen med interkommunale selskaper også benyttes for mer tradisjonelle forvaltningsoppgaver, dersom den lov som legger oppgaven til kommunen eller fylkeskommunen ikke er til hinder for det.

Øverste myndighet i et IKS er representantskapet, hvor hver kommune har minst en deltaker som er oppnevnt av kommunestyret. I tillegg oppnevnes et styre. Representantskapet kan instruere styret og omgjøre deres beslutninger. Dersom det er mange kommuner med i et samarbeid, vil det få betydning for oversiktligheten og beslutningsstrukturene. Desto flere deltakere, desto mer omfattende beslutningsprosesser. ("All makt i denne sal", KS-hefte om politiske styringsmuligheter 2005).

Et interkommunalt selskap er et eget rettssubjekt. Det innebærer at selskapet kan ha rettigheter og plikter på samme måte som en fysisk person. Når det for eksempel inngås en avtale i selskapets navn, er det selskapet som er part, og ikke eierne eller de som opptre på selskapets vegne. (Granden 2002). Når kommuner etablerer et interkommunalt selskap påtar kommunene seg et ubegrenset økonomisk ansvar for den prosentandel de selv går inn i forhold til, og ikke til selskapets samlede forpliktelser.

3.5.3 Stiftelse

Generelt om stiftelse:

En stiftelse er formuesverdi som ved testament, gave eller annen rettslig disposisjon blir stilt selvstendig til rådighet for et bestemt formål. Formålet kan være av ideell, humanitær, kulturell, sosial, utdanningsmessig eller økonomisk art.

En rettsdanning som oppfyller disse vilkårene, er en stiftelse uavhengig av om den er omtalt som legat, institusjon, fond eller annet. Selv om det ikke går fram av stiftelsesloven, gjelder i tillegg et vilkår om at stiftelsen må vare en viss tid.

Kjernen i stiftelsesbegrepet – det som skiller stiftelser fra andre rettsdanninger – er at formuen må være stilt selvstendig til rådighet for formålet (selvstendighetskravet). En stiftelse har ingen eiere. Stiftelsen er et selveiende rettssubjekt. En stiftelse har derfor heller ikke medlemmer med organisatoriske rettigheter.

Av selvstendighetskravet følger også at oppretter ikke lenger råder over formuesverdien som er overført til stiftelsen. Det kan ikke gjøres utdelinger til oppretteren, til oppretteren sine nærstående, eller til selskap der noen av disse hver for seg eller til sammen har avgjørende innvirkning. Dersom det foreligger særlige grunner, kan Stiftelsestilsynet gjøre unntak fra dette utdelingsforbudet.

(Informasjon om stiftelser på nettsiden til Stiftelsestilsynet)

Dersom man velger stiftelse som eierskap, innebærer dette at man oppretter et selvstendig og uavhengig form for eierskap. En viktig fordel med denne eierformen er at man sikrer senterets autonomi.

Ulempene knyttet til denne eierformen kan være at i det øyeblikket noe er satt bort i en stiftelse så mister de opprinnelige eierne eierforholdet til det. De eneste som føler for saken senere er stiftelsen selv og stiftelsens styre. Det kan blant annet resultere i at det blir vanskelig å få pengestøtte hvert år fra de ulike kommunene. Et bystyre som har gitt fra seg

makt og innflytelse til en stiftelse og likevel må gi penger til det hvert år vil kunne oppleve frustrasjon over i mer eller mindre grad ikke lenger ha noen innflytelse. Kun de politikerne som kanskje sitter i styret beholder tilknytningen. Videre vil fleksibiliteten i forhold til endringer være liten, ut fra at vedtektsendringer må behandles av fylkesmannen.

3.5.4 Foretak

Kommuneloven kap.11 åpner for at kommunen kan etablere foretak. Et foretak er noe midt mellom kommunal bedrift og aksjeselskap, og er en del av kommunen som rettsobjekt. Foretak (Dette) blir oftest brukt når det gjelder forvaltning av bolig- og eiendomsmasser. Foretaket ledes av et styre og daglig leder. Styret velges av kommunestyret. Kommunestyret har myndighet i forhold til vedtektsendringer, men kan ikke instruere et kommunalt foretak. Administrasjonen i kommunen har ingen innvirkning på driften i foretaket.

3.5.5 Aksjeselskap

Et aksjeselskap er en selskapsform hvor ingen av deltakerne har personlig ansvar for selskapets forpliktelser. Eierne av selskapet har i utgangspunktet bare mulighet for å tape aksjekapitalen som er satt til kr.100.000,-. Et aksjeselskap har en generalforsamling (alle aksjonærene), et styre og en revisor.

Prosjektets anbefaling vedrørende eierskap:

Det er avgjørende for valg av eierskap at man sikrer langsiktig finansiering, autonomi for senteret og et bredt forpliktende offentlig ansvar.

Prosjektet anbefaler å bruke vertskommunemodellen. Interkommunalt selskap vil innebære at alle kommunestyrene må ta stilling til eventuelle endringer, søknader om prosjektmidler mm, noe som vil gjøre prosessen svært krevende. Stiftelse, foretak og aksjeselskap innebærer at politikere og kommuneadministrasjon blir fjerne fra eierskapet.

En vertskommune sikrer at den enkelte kommune har et eierskap til senteret, noe som er viktig både i forhold til ressurstilgang og bistand inn mot sentrale instanser. Det å ha et slikt felles prosjekt, kan gjøre det enklere å få midler fra ulike departement. Et så stort prosjekt trenger mange "eiere" som har et godt forhold til saken.

Produktutvikling, produksjon og tjenesteutvikling i regi av et rehabiliteringssenter kan organiseres i ett eller flere aksjeselskap når man kommer til dette trinn i utviklingen, jfr. modellen Basta har brukt

3.6 Aktuell lokalisering

Tradisjonelt har rusomsorg ofte vært lagt til områder som er et stykke fra byer. Bakgrunnen for dette er nok ulike fra sted til sted, men flere mener nok at dette er best for å beskytte brukerne i forhold til rusmiljøer i en by. Plassering har vært drøftet i prosjektgruppen, og det har vært sett på fordeler og ulemper knyttet til om det skal være bynært eller på landet.

Ut fra ønske om nærhet til aktuelle arbeidssteder, bør man tenke lokalisering i nærheten av der man kan finne jobber og næringsliv det er naturlig å utvikle samhandling med. Prosjektet har i perioden vurdert ulike alternativ som kunne vært ønskelig, både ifht nyetablering og i tilknytning til eksisterende boligmasse. En har også vurdert konkrete forslag både i Kristiansand og andre kommuner, men ingen av disse har vist seg aktuelle, av ulike årsaker. Lokaliseringsspørsmålet er ikke avklart og arbeidet rundt dette må selvsagt ha førsteprioritet fremover. Det er avgjørende at det stedet man etablerer seg på først har et vekstpotensiale som gjør det mulig å etablere en virksomhet som skal være tilknyttet selve stedet. Stedet bør ha arealer som muliggjør en vekst på om lag 10 personer i året når man er i full drift. Det er uproblematisk at det første stedet man etablerer seg på sikt kan være en satellitt når man vokser seg ut av arealet. Det er en målsetting å vokse slik at man etter en 10-års periode med full drift kan ha plass til 100 personer og at det også drives virksomheter i tilknytning til stedet som kjennetegnes av kvalitet.

Dersom rusmiddelavhengige velger rehabiliteringssenteret som prosjektet beskriver, er det kanskje av underordnet betydning hvor det ligger. Det er innholdet som vil være avgjørende og det er mentorordningen og fellesskapet som uansett vil være den sterkeste bufferen ifht ønske om å forlate stedet, ruse seg osv. Men beliggenhet vil ha stor betydning for identiteten til stedet, kvalitet på selve beliggenheten, fasiliteter og arealmessige muligheter for utvikling. Her kommer man heller ikke utenom at en bynær beliggenhet gir noen helt andre utviklingsmuligheter når det gjelder næring og de kvalifiserende løpene man skal kunne tilby.

Om det skal bygges på et nytt område eller om man skal vurdere kjøp av eksisterende tomt, må vurderes ut fra pris, finansieringsmuligheter, beliggenhet og mulighet for ytterligere utbygging.

Prosjektet anbefaling vedrørende lokalisering:

Det vurderes om viktig at senteret plasseres sentralt i forhold til nærings- og kulturutvikling i samhandling med andre aktører. Nærheten til arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner er viktig, også ut fra miljøhensyn

4 Økonomi

4.1 Aktuelle finansieringsmodeller for oppstarts- og driftsfase

4.1.1 Innledning

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet legger føringer for tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging. Hovedmålene er tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende.

I "Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009" står det følgende: *"Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet skal personer med rusmiddelproblemer tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for."*

Regjeringen har i 2009 styrket rusfeltet med kr.300 millioner.

Rusfeltet har mange aktører, både i privat og offentlig regi. Finansiering til ulike tiltak er hentet fra ulike departement, direktorat, husbanken, helseforetak, kommuner, private donorer, egenbetaling fra brukere med mer. Noen midler ligger i generell overføring til kommunen og helseforetaket, andre midler må man søke om fra ulike direktorat og departement til et gitt prosjekt, med ulike søknadsfrister, ulike søknadsskjemaer og prosedyrer, ulike rapporteringssystemer med mer. Noen midler kan man søke om for flere år, andre gir kun midler for et år av gangen. Dersom man skal forholde seg til de ulike kommunene, vil det kreve politisk behandling årlig, med usikkerhet knyttet til dette, eller at det gis som individuell støtte til brukere av senteret, med den usikkerhet det vil innebære. I utredningen om ulike finansieringsordninger knyttet til et regionalt rehabiliteringssenter skal alle muligheter kartlegges og analyseres. Men siden det er mange aktører, ulike finansieringskilder, ulike rammer, skiftende føringer, til dels kortsiktige tidsrammer med mer er det svært vanskelig å gi en sikker fremstilling av saken.

Modellen som er utredet må ha rammebetingelser som sikrer langvarig rehabilitering. Det betyr at prosjektet har vurdert finansieringsmodeller som kan sikre økonomien over tid. Man må kunne sikre at en rusmiddelavhengig som kommer til stedet vet at han kan være den tiden det tar for at han skal bli rehabilitert og derfor er klar for å dra derifra.

I tillegg til de faktiske utgifter knyttet til senteret, vil det også bli vurdert de samfunnsøkonomiske konsekvensene av et rehabiliteringssenter. Det tas forbehold om mindre endringer som har skjedd etter at prosjektleder ferdigstilte denne delen av arbeidet.

4.1.2 Ulike støtteordninger

Helsedirektoratet:

Følgende prosjekter kan det søkes om midler til:

- Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, herunder tannhelsetjenester (LAV)
- Styrking av kommunenes helhetlige tjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere (STYRK)
- Oppfølgingstjenester til personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for mennesker med rusrelaterte problemer

Søknadene sendes via fylkesmannen, med søknadsfrist 6.februar (2009). Det forutsettes av midlene brukes opp innen inneværende år, ellers må de betales tilbake. Man får ikke endelig svar på søknaden før nærmere sommeren, så om man skal ha nytte av midlene for hele året,

må kommunen forskuttere tiltaket, og håpe at man får innvilget søknaden. Det kan gis tilskudd for tre år, men det må søkes årlig. Selve søknaden er svært omfattende, og krever at alle forhold rundt prosjektet er avklart før søknadsfristen. Det skal rapporteres på bruk av midlene innen mars hvert år.

Husbanken:

Husbanken har ulike støtteordninger, både i form av prosjektmidler, lån og tilskudd. Det kan nå gis tilskudd til boliger med inntil 40% av kostnadene til boliger og 20% til fellesarealer. De gir i tillegg lånefinansiering til de resterende kostnader knyttet til bolig og fellesareal.

Kompetansetilskudd fra Husbanken skal bidra til å heve kompetansen innenfor det bolig- og bygningspolitiske området, med særlig fokus på å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Det er ulike krav knyttet til søknad og prosjekt. Det skal ikke gis til ordinære kommunale tiltak, men nyskapende prosjekter. Tilskuddet kan gis for et eller flere år. Det er ikke egne søknadsfrister.

Tilskuddsordningen skal:

- bidra til god planlegging, utvikling av verktøy, metoder, modeller og handlingsplaner som kan støtte gjennomføring av boligpolitikken i kommunene, spesielt rettet mot det ansvaret kommunene har for vanskeligstilte grupper.
- bidra til kunnskapsutvikling innenfor boligsosialt arbeid
- bidra til økt samarbeid mellom Kriminalomsorgen og kommuner for å styrke arbeidet med å fremskaffe boliger når innsatte løslates fra fengselsopphold
- bidra til kunnskapsutvikling, spesielt i forhold til vanskeligstilte grupper, om boligmarkedet og offentlig boligpolitikk,
- bidra til formidling av kunnskap om universell utforming, miljø/energi, områdesatsing og byggeskikk, gjennom gode eksempler, planleggingsverktøy mv. til aktørene på boligmarkedet

Søknader som omfatter tiltak som kan bidra til å forebygge og bekjempe bostedsløshet gis høyest prioritet. Tiltak som kan fremme helhetlig områdesatsing, universell utforming, miljø/energi i forhold til boliger er også prioritert. Det vil bli lagt vekt på at prosjektene har overføringsverdi og innbefatter integrering av vanskeligstilte grupper.

NAV:

NAV har ulike støtteordninger både til enkeltpersoner og i form av tiltaksplasser. Til den enkelte bruker kan det gis attføring, rehabilitering, kvalifiseringsstønning, uføretrygd eller andre stønadsformer.

NAV kjøper ulike typer tiltaksplasser/tiltak ut fra den enkeltes behov. Det er ulik lengde på tiltakene, men med kjeding mellom ulike tiltak kan et attføringsløp vare over flere år. Nav betaler den enkelte arrangør for den oppfølgingen som brukeren har behov for i henhold til gitte normer.

Nav har også ulike lønnstilskuddsordninger som kan dekke deler av lønnen til den ansatte. Det er imidlertid verd å merke seg at dette kan ikke benyttes i bedrifter som er tilaksarrangører.

En mulighet en bør vurdere er å tenke seg rehabiliteringssenteret som en slags arbeidsmarkedsbedrift som da står ansvarlig for kvalitet, oppfølging og rapportering til NAV og at man får betalt for dette fra NAV.

Signaler fra NAV er at man ønsker flere av tiltakene ut på anbud og færre på langsiktige, institusjonelle tiltak, dette bl.a. for å gjøre dem mer fleksible i forhold til hva som er behovet.

Dette vanskeliggjør en eventuell etablering/godkjenning av nye tiltaksarrangører. Mange av disse tilbudene finnes allerede i de ulike bedriftene og det må tas avgjørelser på om man da skal bygge opp nye tiltak. Dette er avgjørelser som må taes på fylket, alternativt på sentralt nivå.

NAV har også egne prosjektmidler knyttet til rus i samarbeid med helsedirektoratet. Hovedmålgruppen er personer med psykisk vansker, men også rusavhengige er i samme målgruppe. Prosjektperioden varer til 2012. Metodeutvikling er en vesentlig del av prosjektet. Midler gis for et år av gangen. I tillegg er det forsøksprosjektet "Farve". Dette er prosjektmidler som tildeles prosjekter som kan gi kunnskap om hvilke modeller som virker eller prosjekter som fremmer deltakelse og velferd.

EU-midler

EU finansierer en rekke ulike prosjekter på de fleste felt. Det er svært krevende å søke denne type midler. Det vil derfor være behov for bistand i søknadsprosessen. Det ligger også muligheter i å bli invitert med som partner i prosjekt som allerede har søknader på beddingen. Ved Basta i Sverige har de spesialisert seg på denne type kunnskap og selger tjenester knyttet til blant annet oversikt over muligheter, utarbeidelse av søknad, partnersøk osv.

Rammeoverføring til kommunene:

Frem til 1/1-04 hadde kommunen selv ansvar for finansiering av rusbehandling. Det innebar at kommunen betalte lik egenandel uansett hvilken behandlingssted en rusmiddelavhengig hadde behov av. Etter rusreformen skulle ikke lenger kommunen betale for utgifter til behandling, kun forebyggende virksomhet, oppfølging i og utenfor institusjon og ettervern knyttet til rusmiddelavhengige. Dermed ble rammeoverføringene til kommunen redusert og overført til helseforetakene.

Gjennom rusreformen ble det et klart definert skille mellom behandling og rehabilitering. Behandlingen skal foregå i spesialisthelsetjenesten og kommunen har ansvar for rehabilitering. Dette var det ikke noe tydelig skille på tideligere, og mye midler gikk til lengre institusjonsopphold på f. eks Evangeliesenteret, som nok kan anses som rehabilitering, mer enn behandling.

Da rammeoverføringen ble redusert, ble også midler som var brukt til rehabilitering redusert, siden kommunene ikke hadde definert rehabilitering på egne avvarsområder, men at det var gitt opphold på ulike institusjoner på samme ansvar som behandling.

Kristiansand kommune fikk redusert rammeoverføringen med 2,8 millioner pr. år etter at helseforetaket overtok ansvaret for rusbehandling.

4.1.3 Andre finansieringskilder

Inntekt av produksjon:

Målsetting at inntekt av egenproduksjon skal finansiere en stor del av senteret. Ved San Patrignano har produksjonen inntekter som finansierer 60% av de samlede utgifter for senteret. Her har ikke de som bor og jobber på senteret noen inntekter av arbeidet de utfører, all verdiskaping går tilbake til senteret. Øvrig inntekt er fra sponsorer, donasjoner o.l. Ved Basta i Sverige har man samme inntektsfordeling, men resterende 40% stammer fra rammetilskudd fra kommuner og salg av plasser til Kriminalomsorgen. Dersom en velger en slik modell, vil det avhenge av at man ganske raskt produserer salgbare produkter eller leverer etterspurte tjenester av en kvalitet som holder. Dette kan man ha målsettinger om, basert på blant annet hva Basta faktisk klarer etter 13 inntektsbringende år i drift, men man kan ikke basere en finansiering på dette. Det

forutsetter en produkt og/eller tjenesteutvikling og det må foretas noen markedsanalyser med bistand fra fagfolk.

Egenandel:

Dersom brukerne selv skal ha inntekt av arbeid, eventuelt andre inntektskilder, vil man kreve egenandel for oppholdet. Dette er vanlig i behandlingstilstander, hvor brukeren beholder noe til lommepenger. Laveste inntekt for rehabiliteringspenger er på kr.140.000,- pr år. Med fratrukk av skatt, har bruker ca kr.10.000,- pr mnd. Med fratrukk av lommepenger, vil bruker kunne betale kr.8000,- pr. måned i egenandel.

Det vil ut fra gitte kriterier også kunne gis bostøtte fra Husbanken til beboerne.

Inntektsgrensen for bostøtte er pr.1/7-09 kr.190.858 pr år, og maksimalt godkjente bostøtte er kr.5916,- pr måned. Dersom beboer kommer inn under disse reglene, vil det gi høyere egenandel.

Alternativ egenbetalingsberegning har vært drøftet underveis i prosjektet. Man kan dersom man velger et pengeløst system under rehabiliteringen, opprette forvaltning av den enkeltes økonomi, hvor all inntekt går inn på hver enkelt sin konto. Det må da avsettes tilstrekkelige midler til å dekke eventuell gjeld. I tillegg er det ønskelig at hver enkelt opparbeider seg en egenkapital som kan brukes til kjøp av bolig når rehabiliteringsløpet er gjennomført. Det resterende av midler går til egenandel for opphold på senteret. Det er viktig at det blir satt en fast sum til husleie pr måned på senteret, for at hver enkelt kan søke om bostøtte.

Cultiva:

Cultiva har støtte for prosjektet og utredningsperioden. Det vil være mulig å søke støtte også når man etablerer et senter. Det kan søkes om midler i forbindelse med etablering av næringsvirksomhet.

Sørlandets kompetansefond

Det kan søkes om midler til kompetansesenteret fra dette fondet. Det er satt 4 absolutte krav til søker:

Høyskole / universitetsnivå

Kompetansetiltaket må være på høyskole- eller universitetsnivå.

Vest-Agder

Støttemidler kan kun tildeles til søkere med tilhold i Vest-Agder.

Institusjon

Søkeren må være en institusjon eller bedrift, privat eller offentlig.

Det blir med andre ord ikke bevilget midler til enkeltpersoner.

Nytte

Den kompetanse som skal utvikles, må ha et praktisk nytteperspektiv for regionen; enten rent næringsmessig eller samfunnsmessig.

Helseforetaket:

Helseforetaket v/klinikk for psykisk helse, psykiatri og avhengighetsbehandling er medeiere av prosjektet. Man må i prosjektperioden drøfte muligheten av omdisponering av midler i forbindelse med behandling/rehabilitering som på sikt vil frigjøre kapasitet og mulig redusere behov for deler av spesialisert behandling i den form det har i dag, jfr. blant annet samhandlingsreformen

Kristiansand kommune

Må på samme måte som Helseforetaket vurdere hvordan omdisponering av midler på sikt kan bli aktuelt når modellen er i en drift som gjør at man får løst oppgaver på en ny og mer effektiv måte slik at man forsvarlig kan vri innsatsen.

Andre kommuner

Utvikling av avtaler knyttet til et rammetilskudd som gir tilgang på rehabiliteringsplasser.

Samarbeidsprosjekter med næringslivet:

Ut fra konseptet om å etablere diverse produksjon, kan man utvikle diverse samarbeidsprosjekter med næringslivet som også gir inntekter til senteret.

Private donasjoner/sponsorer:

Ved San Patrignano gis det store summer i form av donasjoner. Det gis i tillegg diverse klær og utstyr til senteret fra kjente leverandører og produsenter. Donasjoner som basis for drift av sentrale samfunnsoppgaver representerer noe ukjent i vår kultur. Dette er ikke et uproblematisk tema. I Basta tar de konsekvent ikke i mot donasjoner. De selger produkter eller tjenester som kunder betaler for, fordi produktet er bra. De understreker at dette har med uavhengighet vs avhengighet å gjøre. Det er i stor grad knyttet til stolthet og selvstendighet som en viktig del av den nye identiteten en tidligere rusmiddelavhengig skal ha.

4.1.4 Samhandlingsreformen - implikasjoner

Samhandlingsreformen må følges tett også i det videre. Den vil kunne få innvirkning på aktuelle finansieringsmodeller for et rehabiliteringssenter. Endring i oppgave og ansvarsfordeling mellom sykehus og kommune vil få betydning for utviklingen av foreslått modell.

4.2 Samfunnsøkonomi

Hva koster det samfunnet at en 14-åring starter å ruse seg, dropper ut av skolen som 16-åring, barnevernet kobles inn, kommer på ungdomsinstitusjon som 17-åring, som myndig 18-åring er han en aktiv kriminell, går ut og inn av fengsel, går gjennom diverse utredninger og behandlingsopplegg, mottar vekslende offentlige stønader, påbegynner et kurs eller to i NAV sin regi, før han ender opp med en uføretrygd som 26-åring. Som 43-åring dør han av en kombinasjon av en overdose og en totalt nedslitt kropp. Foreldre, søsken og annen familie har i 30 år vekslert mellom engasjement, oppgitthet, håp, frustrasjon, forbannelse og utbrenthet i forhold til situasjonen, og har tidvis vært sykemeldte fra sine respektive jobber. En eller begge foreldrene ble kanskje syke og uføre pga angst og depresjon som en følge av situasjonen.

Alle er enige om viktigheten av å forebygge, både ut fra et humanistisk perspektiv, men også samfunnsøkonomisk begrunnet. Men når forebygging ikke er nok, og man må i gang med reparasjon, kan det begrunnes ut fra de samme perspektivene. Selv om det er mye mer kostbart å reparere, er det likevel lønnsomt i den store sammenheng, men hvem skal betale? Alle tjener på at rusmiddelavhengige får behandling og blir rehabilitert til et rusfritt liv, får seg utdanning og jobb; i det hele tatt "blir en samfunnsnyttig borger".

Men er det mulig å tallfeste utgifter ved rusmiddelavhengighet og gevinst ved å reparere skaden?

Det er en mengde etater som har utgifter knyttet til dette feltet: barnevern, skole, sosialtjenesten, NAV, helseforetak, politi, kriminalomsorgen, tollvesen, rettsvesen, skatteetaten, psykiatri-, omsorgs- og helsetjenester i kommunen m.fl. I tillegg har en rekke private aktører økonomiske tap: forsikringsselskap, banker og finansinstitusjoner, arbeidsgivere, familie og pårørende, offer for kriminalitet m.fl. Videre vil arbeidslivet generelt tape produktivitet.

60 % av alle innsatte i norske fengsler er rusmiddelavhengige. 38% av alle mottakere av sosialhjelp har et problem knyttet til rus. Dette tilsvarer ca. 52.000 personer. 75 % av alle rusmiddelavhengige er ikke i arbeid eller aktivitet.

Men det er ikke bare kostbart for samfunnet. Også den rusmiddelavhengige har store utgifter for å dekke sitt behov for rus. I snitt gikk det i 2004 kr.760,- daglig for de som bruker heroin, mens amfetaminbruk koster kr.290,- pr. dag. (SIRUS-RAPPORT 4 *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler*, En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004, Anne Line Bretteville-Jensen).

Dette medfører en årlig utgift til stoff på henholdsvis kr.167.900,- (heroin) og kr.105.850,- (amfetamin). I tillegg kommer andre utgifter til bolig og livsopphold.

NUTEK har utarbeidet en rapport "*Det sociala företaget och samhället*" R 2006:26". Der vises hvilke store gevinster man kan hente ut ved å rehabilitere. Samfunnsgevinsten er i størrelsesorden 1 million kroner pr år for hvert menneske som blir rehabilitert. De store vinnerne er rettsvesenet, sosialtjenesten og forsikringsbransjen.

HEB (Program for helseøkonomi i Bergen/Rokkansenteret) utarbeidet i 2004 "*Utredning av de samfunnsmessige kostnader relatert til alkohol*". Her fremkommer det at de årlige utgifter relatert til alkohol er på mellom 18 og 19,6 milliarder kroner. Utgifter til sosialhjelp og legevakt er ikke medregnet i tallene. Stipendiat Roar Gjeldsvik anslår at 11,5 milliarder av utgiftene er kostnader knyttet til arbeidslivet.

Sverre Nesvåg, forsker ved IRIS (/tidl. Rogalandsforskning) mener at man kan dele disse 11,5 mrd i 4 hoveddeler: Sykefravær 1,5 mrd, redusert effektivitet og kvalitet 8,7 mrd, arbeidsledighet 0,9 mrd og for tidlig død 0,3 mrd.

Professor Edle Ravndal har forsket på samfunnsøkonomi vedrørende rusfeltet (narkotika), og konkluderer med at det er mye billigere å behandle rusmiddelavhengige enn at de begår kriminalitet og sitter i fengsel. I rapporten "*Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?*" sammenlignes prisen på og nytten av ulike behandlingstilbud. Mens rusmiddelavhengige er under behandling er det en veldig nedgang i narkotikamisbruket og kriminaliteten. I tillegg blir samfunnets kostnader mindre fordi helsen deres bedres, man slipper utrykninger til overdoser og en rekke andre kostbare tiltak. En del slutter med misbruket også etter behandlingen som gir en varig økonomisk gevinst. Forskerne har fulgt rundt 400 klienter i 20 ulike behandlingstilbud gjennom to år. Rapporten viser at klientenes kriminalitet etter behandling ble redusert til en tredjedel av nivået før behandlingen. Narkotikabruken ble også kraftig redusert. Av klientene ved ungdomstilbud var 39 prosent rusfrie ved en undersøkelse etter behandling, ved døgntiltakene var 26 prosent rusfrie, ved polikliniske tiltak 23 prosent og ved metadontiltakene var 20 prosent rusfrie. Døgnprisen for de ulike behandlingstilbudene varierte fra 2700 kroner til under hundre kroner for poliklinisk oppfølging. Metadonbehandling er blant de rimeligste med rundt 300 kroner per døgn, men det er til gjengjeld behandling som skal fortsette livet ut.

En undersøkelse Forskningsenheten ved Sørlandet sykehus, Vest-Agder Klinikkene har gjort, viser også at behandling med metadon eller subutex er billigere enn kostnadene ved narkomanes kriminalitet og fengselsopphold. Basis var Metadon og Subutex pasienter (25 i hver gruppe) som ble behandlet i ett år. Resultatet viste at for hver krone som var investert i behandling, sparte samfunnet kr. 4,48 netto i reduserte utgifter til sykehusvesen, politi, fengsel, domstolsbehandling og utbetalinger fra forsikringsselskap pga nedsatt bruk for sykehusopphold og nedsatt kriminalitet. Tyverier gikk ned med 90 prosent målt i kroneverdi, helseutgifter gikk ned med 82 prosent og utgifter til politi og fengsel ble redusert med 75 prosent på grunn av behandlingen. Undersøkelsen opererer med en pris på 1100 kroner for et fengselsdøgn.

En tilsvarende studie gjort i UK, kalt NTOR-studien som også omfattet kommunale rustiltak og med Michael Gossop som hovedforfatter, konkluderte med at samfunnet sparte ca 3 engelske pund for hvert pund som ble investert i behandlingstiltak.

”Jeg tror ikke det er samordningen mellom etater som er hovedproblemet. Vi leger ser på nært hold hvordan de markedsøkonomiske grepene, omstillingene og rasjonaliseringene i arbeidslivet spinner folk ut i velferdsnett som en gigantisk sentrifuge. Det er på tide å tenke lengre enn å flikke på problemet, ved å få tilbake en samfunnsøkonomisk tankegang i stedet for den rådende markedsliberalismen.” Steinar Westin, professor i sosialmedisin ved NTNU.

Det er ikke mulig å si eksakt hva samfunnet vil tjene på å rehabilitere rusmiddelavhengige, men at det er lønnsomt er det ingen tvil om. Det å sikre et helhetlig og sirkulært behandlingstilbud vil være besparende både for helseforetak og kommuner, men også for andre som har utgifter knyttet til rusmiddelavhengige. Et senter som her skisseres vil også kunne sørge for at det blir færre såkalte svingdørspasienter. 4 av 5 behandlingstilbud brukes av avhengige som har vært til behandling tidligere. I tillegg vil brukerne tilegne seg kompetanse som sikrer at de kan være yrkesaktive skattebetalere. Et langt løp som bidrar til at rusmiddelavhengige blir fullt ut rehabilitert vil derfor være god samfunnsøkonomi.

Behandlingstilbud som helseforetaket kjøper, koster ca. kr. 1 million pr år. En behandling i basisprogrammet koster eksempelvis 3400,- pr. døgn, mens prisen for et opphold i rehabiliteringsposten/ Halvveishuset har en døgnpris på kr 2200,-. Tyrili hadde til sammenlikning i 2004 et totalbudsjett på kr. 70 millioner. Det er 140 plasser knyttet til stedet. Dette utgjør en snittpris på kr. 500.000,- pr. behandlingstilbud i året, kr. 1370,- pr. døgn.

4.3 Implementeringskostnader knyttet til de virkningsfulle elementene som forprosjektet har identifisert

Det har for prosjektleder vært vanskelig i tidlig fase å gjøre økonomiberegninger uten å vite mer om aktuell beliggenhet, nybygg versus etablert boligmasse, vedlikeholds, eller restaureringskostnader osv. I forbindelse med behandlingen av handlingsprogrammet nå i høst vil det legges frem et forslag til finansiering av modellen hvor man har gjort beregninger ut fra et potensielt kjøpsobjekt. Det er investeringskostnadene som vil utgjøre den største budsjettposten. Selve rehabiliteringskonseptet hvor mentorordningen utgjør ryggraden vil ha lave utgifter til stillinger. Totalt vil skissen slik den foreligger justert etter erfaringsformidlingen fra Basta i Sverige, omfatte 2 stillinger første år, 2 + 2 stillinger andre år av implementeringsfasen. Når stedet i løpet av andre år går i drift med 10 beboere, er det totale antallet stillinger 4, mens man i det videre kun leier inn spisskompetanse man måtte trenge. Det vil måtte påregnes utgifter til arbeidsledere eller kvalifiserte fagpersoner i forbindelse med produkt- og/eller tjenesteutvikling som igangsettes på stedet. For øvrig vil samarbeidet med næringslivet omkring kvalifiserende arbeidsplasser utenfor stedet være helt sentralt i en oppstartsfase. Mentorordningen er selvrekutterende etter en tid. I starten er to av de ansatte personer med brukererfaring og disse blir de to første mentorene.

Det er søkt og innvilget midler fra direktoratet via Fylkesmannen, kr 750 000,- til etablering av teamet som kan starte realisering og gjennomføring av de anbefalinger prosjektet har konkludert med. Det ble søkt om midler til å dekke to fulle stillinger. Dette er midler som utlyses i forbindelse med opptrappingsplanen på rusfeltet. Det ble i søknaden understreket at en implementering av den modellen som er utredet vil bidra til en kapasitetsøkning på

rusfeltet. Dette ble vektlagt i de nye kriteriene for prosjektmidler. Tilskuddsordningene er i utgangspunktet treårige, men det søkes for hvert år.

Det er avgjørende å få på plass et team på to personer som kan videreføre arbeidet med en lokalisering, i samarbeid med aktører som vil ha et hovedansvar for selve fremskaffelsen. Arbeidet med å få på plass rammeavtaler med aktuelle kommuner og starte rekrutteringsarbeidet må skje i parallelle prosesser. Det samme gjelder videreutvikling av samarbeidet med andre aktører som er omtalt som sentrale for etablering av struktur og innhold i rehabiliteringstilbudet. Andre aktørers bidrag må også bringes på det rene, i tråd med de muligheter prosjektet har pekt på. Dette gjelder blant annet næringsutvikling og samarbeid med næringslivet. Skissen som foreligger må være gjenstand for gode og grundige dialoger med alle parter som skal vurdere å forplikte seg til samarbeid, slik at det er godt forankret den dagen man tar inn brukere. Det blir også en viktig oppgave for teamet å rekruttere de to neste ansatte som skal ha en erfaringsbakgrunn som man har behov for og en brukererfaring som gjør dem egnede til å være de første mentorene ved stedet.

Prosjektets anbefaling vedrørende finansieringsmodell:

Det anbefales å etablere en vertskommunemodell, hvor aktuelle kommuner bevilger et rammetilskudd prosentvis ut fra hvor mange innbyggere de har.

I tillegg må man sikre at alle Husbankens ordninger kan benyttes.

Prosjektmidler kan være viktig og nødvendig i oppstartsfasen og i forbindelse med utviklingsarbeid, men senteret kan ikke basere drift på midler som gis for en begrenset periode.

Det som er avgjørende er at man sikrer forutsigbar økonomi for flere år fremover. Det blir en hovedoppgave for de to som ansettes å sørge for at de mulighetene prosjektet har pekt på blir benyttet til den grad det er mulig.

5 Kildehenvisninger og vedlegg

Henvisninger:

Stortingsmelding nr.47 "Samhandlingsreformen"
Fekjær

Hansen, Øyvind: "Legemiddelassistert rehabilitering – LAR". Mot Rusgift 4/2008

Parsloe&Wray, 2008

Kirkeby & Mathisen 2000

Mathisen, Petter "Mentor, mentoring i teori og praksis", Fagbokforlaget 2008

FoU-rapport 4/2008, Agderforskning, "Gode mentorrelasjoner".

Andresen, Espen "Fri fra avhengighet" (2008)

Stortingsmelding nr.16 (2002-20003) s.57

Jan Johansen og Elizabeth Nygaard "Effekter av behandling". Rusmiddeldirektoratet/sosial og helsedepartementet 1995.

St.prp.1 Nasjonal helseplan 2007-2010

NOU 2003:4 "Forskning på rusmiddelfeltet".

Program for rusmiddelforskning 2007-2011

"Effekter av behandling". Rusmiddeldirektoratet/sosial og helsedepartementet 1995.

SERAF-rapport 2/2009: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge 10 år, statusrapport

Evaluering av rusreformen, Rapport IRIS-2006/1227

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011)

NOU 1995:17 *Om organisering av kommunal og fylkeskommunal virksomhet*

Ot.prp. nr. 53 (1997-98) *Om lov om interkommunale selskaper og lov om endringer i kommuneloven m.m.*

Gro Granden, Omstilling i kommunal sektor, Tiden norsk forlag, 2002

"Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009"

SIRUS-RAPPORT 4 *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler*, En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004, Anne Line Bretteville-Jensen.

"Det sociala företaget och samhället" NUTEK R 2006:26".

HEB (Program for helseøkonomi i Bergen/Rokkansenteret) *"Utredning av de samfunnsmessige kostnader relatert til alkohol". 2004*

Ravndal, Edle "Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?", SIRUS-rapport 4/2003

"All makt i denne sal", KS-hefte om politiske styringsmuligheter 2005

Artikkelsamling fra Regionale Kompetansesentre Rus Nr 1 2009

Opptappingsplanen for rusfeltet, statusrapport for 2008

Vedlegg:

Rehabiliterings- og kompetansesenter, implementeringsskisse

Tid	Tema	Element	Finansiering
	1. Bakgrunn	<p>Ønske om å utvikle et tilbud som muliggjør en høyere andel rusfrihet og arbeidskompetanse 5 år etter endt opphold på senteret</p>	
	2. Tilbud - mål	<ul style="list-style-type: none"> Senteret har målsetting om at 60% av de som gjennomfører rehabiliteringen er rusfrie 2 år etter endt gjennomføring Anbefalt rehabiliteringstid ved senteret er minimum tre år I forkant og etterkant av oppholdet vil senteret og deres samarbeidspartnere tilby sine tjenester Senteret er bygget på en samhandlingsmodell som tilbyr et medikamentfritt rehabiliteringsløp uten avbrudd Senteret tilbyr karrieremuligheter hvor det personlige entreprenørskap vektlegges Ved endt opphold er man i tillegg til å være rusfri, kvalifisert og ettertraktet arbeidskraft Senteret baserer seg på en mentorordning I løpet av 10 år skal senteret ha plass til 100 beboere og det driver også egne foretak som deifinansierer driften Senteret er et supplement til eksisterende tilbud og har derfor nulltoleranse ifht bruk av alle sinnsdrende midler 	
	3. Målgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Senteret er et tilbud til mennesker som primært har en rusmiddelavhengighet av narkotiske stoffer (også legemidler) Senteret tar i mot kvinner og menn i aldersgruppen fra 18 år og eldre. I oppstartsfasen må man rekruttere personer som har en erfaring som kan bidra til å bygge opp senteret. 	

	4.1 Du får den tiden du trenger!! (Tid)	
	4.2 Krev mer av folk, de kan og de fortjener det! (Kvalifisering)	
	4.3 Lytt til erfarne fjellfolk! (Mentorordning)	
	4.4 1+1=Mange flere! (Felleskap)	
	4.5 Kvalitet i alle ledd! (Kvalitet)	
	4.6 Aldri stykkevis og delt! (Helhet og samhandling samtidig)	
4. Bærende element		

5. Eierskap, organisering og samarbeids utvikling		
2010	<p>Senteret organiseres etter en vertskommunemodellen, med Kristiansand kommune som vertskommune.</p> <p>I løpet av 2010 inngås det samarbeids- og intensjonsavtaler med sentrale aktører som evt. vil ha roller i ulike faser av de individuelle rehabiliteringsløpene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørlandet Sykehus HF, klinikk for psykisk helse avdeling for rus- og avhengighetsbehandling • Stiftelsen Kirkens Bymisjon Kristiansand • A-LARM • NAV • Næringslivet v/ aktuelle næringslivsforeninger i Kristiansandsområdet • Kriminalomsorgen • Samarbeidsavtalene med de ovennevnte aktører vil ligge til grunn for hvordan rammeavtalene med aktuelle kommuner vil se ut i form og innhold. Samarbeidsavtalene vil konkretisere hva de ulike aktørene/samarbeidspartnerne tilbyr i de ulike fasene av rehabiliteringen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsavtalene vil konkretisere hva de ulike aktørene/samarbeidspartnerne tilbyr i de ulike fasene av rehabiliteringen.
Innen høsten 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Det etableres, innen høsten 2011, rammeavtaler med kommunene i Knutepunkt Sørlandet for å sikre den lokale forankringen ved oppstart. • I løpet av oppstartsåret arbeides det videre med å inngå rammeavtaler med øvrige kommuner i Agder. • Det vil være naturlig å arbeide videre mot kommunene i Helse Sør-Øst. • Etter dette vurderes utvidelse av rekrutteringsområde, men slik at tiltaket kan vokse på en hensiktsmessig måte • Innen høsten 2011 vurderes også mulighetene for å etablere samarbeid med aktuelle Bymisjons-sentre, brukerorganisasjoner og næringsliv i andre kommuner som viser interesse slik at senteret kan ta imot beboere fra andre steder. • Kontinuitet sikres organisatorisk gjennom videreføring/utvidelse av eksisterende styringsgruppe. • Nåværende prosjektgruppe opprettholdes som en referansegruppe for tiltaket. 	

6. Lokalisering og utvidelsesplaner

	<ul style="list-style-type: none">• Det arbeides med en mulig lokalisering ifht kjøp. Det legges frem en finansieringsplan ifht dette konkret i handlingsprogramarbeidet høst 2010. Stedet har et beregnet vekstpotensiale til å romme tiltaket de tre første årene.• Frem til kjøp og overtakelse av objektet vurderer man mulig samarbeidsavtaler med eiere for å iverksette etableringen.• I løpet av første driftsperiode må man forberede et nytt område for videreutvikling i tråd med fremdriftsplan, men slik at det første stedet man etablerer seg kan driftes videre som en enhet i senteret.	<ul style="list-style-type: none">• Kristiansand Eiendom erverver eiendomsobjektet. Senteret leier av Kristiansand kommune.	

Faser finansiering		
okt. 2010 - des. 2011:	<p style="text-align: center;"><u>Første fase.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er søkt midler fra Helsedirektoratet til to 100% stillinger, prosjektleder og prosjektmedarbeider. Dette er midler som kan gis for inntil 3 år. • Det er mottatt kr 750 000,- til det søkte formålet. Summen må suppleres for å dekke to stillinger med de krav som settes • Utllysning høst 2010 • Det er videre stipulert behov for to 100% stillinger fra des 2011. • Disse bor på stedet og tilbys arbeidsavtale og betingelser som muliggjør dette. Krav til brukerkompetanse • Ervervelse av eiendom • Istandsetting/nødvendig ombygging av eiendom til beboelse for 10 beboere • Kostnader ved evt. overtakelse av næring som allerede er på stedet må utredes • Øvrige etableringskostnader (inventar, driftsutstyr, markedsføring, bil mv) • Kostnader til studieopphold ved eks. Basta • Kostnader til konsulent tjenester fra evt. Basta ifbm rehabilitering i kombinasjon med produkt- og tjenesteutvikling 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er søkt midler fra Helsedirektoratet til to 100% stillinger, prosjektleder og prosjektmedarbeider. Dette er midler som kan gis for inntil 3 år. Innvilget sum er kr 750 000,-
jan. 2012 - des 2013:	<p style="text-align: center;"><u>Andre fase.</u></p> <p><i>Innflytting med 10 beboere som er i ulike faser av en rehabilitering. Første foretak etableres. Det er de fire ansatte og de 10 beboerne som drifter stedet. Kompetansebehovet etter hvert som stedet utvikler seg skal dekkes ved hjelp av de ferdighetene og erfaringene som beboerne har / kvalifiserer seg til.</i></p> <p>Utvildelse av bygningsmasse/ombygging av gammel driftsbygning Etableringskostnader ifbm første foretak, eks Dagtilbud til hund.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektleder og prosjektmedarbeider er finansiert av Helsedirektoratet ut sept 2013 (forutsatt innvilget midler vår 2010) • De to øvrige stillingene finansieres fullt fra jan 2012 • Rammeavtalene med kommuner og Kriminalomsorgen finansierer plasser vha rammeavtale • Kostnader til leie/drift/vedlikehold samt utbedring av bygningsmasse • Etablering av første foretak

<p>jan. 2014-jan 2015</p>	<p>Tredje fase:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tre år i drift, 30 beboere. I tillegg til daglig drift av stedet har man etablert 1 – 2 foretak som skal være lønnsomme og levere en kvalitet som markedet etterspør. • Vurdere å ansette arbeidsleder knyttet til nye foretak, for å sikre stabilitet • Prosjektering og etablering av en ny hovedbase for senteret er påbegynt, slik at den videre veksten sikres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er forventet at 10% av kostnadene dekkes inn gjennom egenproduksjon
		<p><u>Kostnads-typer:</u> Kostnader vil være knyttet til drift/leie/vedlikehold/utvidelse av lokaliteter Lønnsutgifter til 4 stillinger + estimert behov for 2 arbeidsledere Utgifter til spesialkompetanse ifbm produkt- og tjenesteutvikling</p>	<p><u>Finansieringskilder som må vurderes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rammetilskudd fra kommunene • Betaling fra Kriminalomsorgen • Egenandelsbetaling fra beboernes inntekt • Helsedirektoratet • NAV • EU- midler • Inntekt fra egen produksjon • Sørlandet kompetansesenter • Det regionale Helseforetaket • Samarbeidsprosjekter med næringslivet • Samhandlingsreformen, andre finansieringsformer? • Innovasjon Norge • Landbruksdpt. Ifht Grønn Omsorg • Helse- og rehav (kan søkes fra private/frivillige org. Som er partnere i prosjektet) • Husbankfinansiering

8. Fremdrift

		<p>Prosjektleder og prosjektmedarbeider, tilsvarende to 100% stillinger, utlysning oktober 2010. Stillingene går inn i drift etter tilskuddsperioden. Man må i oppstartsfasen sikre kompetanse innenfor prosjektutvikling (prosjektleder), økonomi (prosjektleder) og utvikling av foretak (prosjektmedarbeideren) og rehabilitering. Prosjektleder og prosjektmedarbeider rekrutterer 2 medarbeidere som ansettes innen desember 2011. Disse har kompetanse til å drifte stedet på bakgrunn av fagkompetanse og egenerfaring med rehabilitering.</p> <p>Første året har hovedfokus på: Få på plass avtaler knyttet til finansiering, rekruttering, og forpliktende innsats i rehabiliteringsopplegget jfr pkt 5 Gjennomføre finansieringsplan jfr pkt 7 Rekruttering av første kull med beboere. Etablering av første mentorordning (de to ansatte med egenerfaring er mentor for fem beboere hver) Gjennomføring av studieopphold ved eks Basta. Utarbeide en plan for hvordan senteret skal struktureres for å sikre de virkningsfulle elementene som prosjektet har identifisert. Etablere et første produkt eller tjeneste for markedet, som kan bli en merkevare for senteret og bli det første av flere foretak som senteret eier.</p>	
	<p><u>Første fase,</u> <u>okt. 2010- des.</u> <u>2011:</u></p>		
	<p><u>Andre fase,</u> <u>jan. 2012- des</u> <u>2013:</u></p>	<p>Innflytting med 10 beboere som er i ulike faser av en rehabilitering. Første foretak etableres.</p>	
	<p><u>Tredje fase:</u> <u>jan. 2014- jan</u> <u>2015:</u></p>	<p>Tre år i drift, 30 beboere.</p>	<p>I tillegg til daglig drift av stedet har man etablert 1 – 2 foretak som skal være lønnsomme og levere en kvalitet som markedet etterspør.</p>
<p>6</p>	<p>Fjerde fase: 2015-</p>	<p>Etter fem år har senteret etablert 3 - 5 foretak organisert som aksjeselskap. Beboere har sin arbeidstilknytning enten til den daglige driften på senteret, i ett av foretakene eller hos arbeidsgivere som senteret samarbeider med. Men ingen jobber alene!</p>	

	<p>7 Femte fase: etter 10 år i drift</p>	<p>Senteret har 100 beboere og er fremdeles i vekst.</p>	<p>40% av inntektene kommer fra egne virksomheter, 60 % er finansiert gjennom rammeavtaler og andre finansieringskilder.</p>