



Representantforslag nr. 73

(2008–2009)

fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Harald T. Nesvik, Jan Arild Ellingsen og Robert Eriksson

Dokument nr. 8:73 (2008–2009)

Innhold

	Side		Side
1. Innledning	5	3.4.1 Straff som forebyggende virkemiddel	26
1.1 Historikk og grunnlag for behovet for en ny helhetlig plan for en bedre rusomsorg	5	3.4.2 Helsetjenester i fengsel	27
1.2 Historisk fremstilling av norsk alkoholpolitikk og alkoholhistorie	5	3.5 Juridiske rettigheter	28
1.3 Historisk fremstilling av norsk narkotikapolitikk og narkotika-historie	6	3.5.1 Individuell plan	29
1.3.1 Narkotika som rusmiddel i et historisk perspektiv	7	3.6 Pårørende av rusmiddelmisbrukere	29
1.4 Dagens situasjon	7	3.6.1 Barn av rusmisbrukere	29
1.4.1 Alkoholkonsum	7	3.6.2 Familievern	30
1.4.2 Alkoholomsetning i utvalgte land	8	3.6.3 Sosiale nettverk	31
1.4.3 Narkotikabruk i Norge	9	3.7 Bruk av tvang	31
1.4.4 Antall narkotikamisbrukere	10	3.8 Nav	31
1.4.5 Narkotikarelaterte dødsfall i Norge	11	3.8.1 Veien tilbake	32
1.4.6 Antall narkotikamisbrukere i Norge sammenlignet med andre land	14	3.8.2 MARY-prosjektet	32
1.4.7 Oppsummering av sammenligningen ..	18	3.8.3 Veien tilbake til arbeid	34
2. Finansiering	18	3.8.4 Arbeidsgiveres motivasjon	34
2.1 Dagens situasjon	19	3.8.5 Ansettelsesvilkår	35
2.2 Det komplekse finansieringsansvaret ..	19	3.8.6 Økonomiske incentiver	35
2.3 Et helhetlig finansieringssystem tilpasset individet	20	3.9 Gjeld og gjeldssaldering	36
2.4 Tilskuddsordning for boliger	21	3.9.1 Det offentlige som kreditor	36
3. En helhetlig tilnærming	21	3.9.2 Gjeldsordning	36
3.1 Forebygging	21	3.9.3 Virker gjeldsordningsloven etter intensjonene?	37
3.1.1 Supra-F	22	3.9.4 Livsopphold ved lønnstrekk	37
3.1.2 FemmesTISCH	22	3.9.5 For mange trekkinstanter	38
3.1.3 Forebyggende arbeid av organisasjoner	22	3.9.6 Høye inkassosalærer	39
3.1.4 Hverdagsalkoholisme	22	3.9.7 Rusmiddelmisbrukeres gjelds-problemer	40
3.2 Frivillig sektor	24	3.10 Forskning	41
3.2.1 Hva kan frivilligheten bidra med?	24	4. Helhetlig behandlingskjede	42
3.2.2 Bedre rammevilkår for frivilligheten ...	24	4.1 Rusakutt	42
3.3 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	25	4.2 Institusjonsopphold	42
3.4 Justissektoren	26	4.2.1 Mangfold	44
		4.2.2 Godkjenningssordning	44
		4.3 Ettervern	44
		4.3.1 Avtalefestet ettervern	44
		4.3.2 Opplæring etter rus	45
		4.3.3 Anonyme alkoholikere og anonyme narkomane	45
		5. Oppsummering og forslag	45



Representantforslag nr. 73

(2008–2009)

fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Harald T. Nesvik, Jan Arild Ellingsen og Robert Eriksson

Dokument nr. 8:73 (2008–2009)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Harald T. Nesvik, Jan Arild Ellingsen og Robert Eriksson om en plan for en verdig og helhetlig rusomsorg, med enkeltindividet i fokus

Til Stortinget

Bakgrunn

1. INNLEDNING

Rusomsorg og rusmiddelpolitikk har historisk sett vært gjenstand for en rivende utvikling, og kontinuerlige drøftelser. Situasjonen knyttet til rusomsorgen i Norge er, slik forslagsstillerne ser det, fortsatt langt fra tilfredsstillende. I dette representantforslaget vil forslagsstillerne foreta en grundig fremstilling av fagfeltets utvikling, samt gjøre rede for dagens situasjon, og ikke minst fremme forslag til forbedringer som, etter vårt syn, vil medføre en langt bedre rusomsorgspolitik for Norges innbyggere. Representantforslaget vil komme inn på et bredt spektrum av forhold som må forbedres med tanke på at problemene knyttet til rusmiddelmisbruk i Norge skal reduseres. Forslagsstillerne mener videre at det overordnede aspektet i norsk rusomsorg må dreie seg om en helhetstenkning, da dette fagfeltet er svært sammensatt og komplisert. Forslagene som fremmes vil, slik forslagsstillerne ser det, bidra til å sette enkeltmennesket i fokus, noe som er nødvendig for å lykkes når det gjelder bekjempelse av rusmiddelmisbruk.

Forslagsstillerne vil foreta en gjennomgang av alt fra forebyggende arbeid til høyspesialisert rusomsorg. Intensjonene bak forslaget er å utforme en helhetlig politikk, som både ivaretar samfunnets behov for å bekjempe rusmiddelmisbruk, men like viktig, å gi den enkelte rusmisbruker et verdig og helhetlig be-

handlingstilbud. Hensynet til samfunn og enkeltmenneske er, slik forslagsstillerne ser det, to forhold som ikke kan ivaretas uten at begge faktorene er ivaretatt.

Forslagsstillerne mener det er behov for en dugnad i norsk rusomsorg, dette gjelder fra politiske partiers side, men like viktig: fra ulike organisasjoner, institusjoner, forskningsmiljø og fagmedisinen. Med dette ønsker forslagsstillerne å utfordre det rådende tankegods for på den måten å tørre å tenke nytt på dette feltet. Det er derfor viktig å komme til en felles erkennelse knyttet til at dagens rusomsorg ikke er god nok, og at elementer fra andre land bør vurderes nøye.

1.1 Historikk og grunnlag for behovet for en ny helhetlig plan for en bedre rusomsorg

I dette kapitlet vil vi foreta en historisk fremstilling av både alkohol- og narkotikaomsorgen i Norge, samt utviklingen knyttet til rusmiddelmisbruk. Det vil også henvises til andre land, slik at man vil få en bredere tilnærming til rusproblematikken sett i et internasjonalt perspektiv. Kapitlet er ment å gi en objektiv fremstilling knyttet til rusområdet, ruspolitikk og rushistorie. Det vil i tillegg bli gitt en beskrivelse av de fremtidige utfordringer samfunnet og enkeltmennesker står overfor hva gjelder rusproblematikk og rusomsorgstjenester.

1.2 Historisk fremstilling av norsk alkoholpolitikk og alkoholhistorie

Dagens alkoholpolitikk i Norge kan ikke forklares uten at man tar med seg den historiske fremstillingen. Kilder som er benyttet i dette kapitlet er NOU 1995:2 "Alkoholpolitikken i endring?", NOU 2003:4 "Forskning på rusmiddelfeltet", og flere artikler skrevet av spesialkonsulent ved Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget, Rune Flessen.

Alkohol har vært benyttet som rusmiddel i Norge i svært lang tid. Alkoholens sentrale stilling i samfunnet ble allerede beskrevet i Heimskringla og Håvamål. Det å by sine gjester øl ble sett på som en gjestfri handling. Det er også beskrevet hvordan det var påbud knyttet til alkoholkonsum for våpenføre menn. Dette viser med all tydelighet at alkoholbruk ikke er et moderne fenomen i det norske samfunn, men snarere tvert imot et historisk rusmiddel som er benyttet i svært mange år.

Under Olav Trygvasson ble drikking mer koblet sammen med høytider som jul og påske. En av grunnene til denne koblingen var den lave tilgangen på råvarer og produksjonsmuligheter. Øl var datidens eneste alkoholvarer, og lagringskapasiteten knyttet til dette gjorde at man måtte drikke alkoholen kort tid etter ferdigstillelse. Det er derfor grunn til å anta at datidens alkoholkonsum ble knyttet opp til spesielle høytider og hendelser.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) (2007) viser at alkoholkonsumet er langt høyere i desember, sammenlignet med andre måneder i året. Forslagsstillerne viser med dette til at det fortsatt må sies å være en kobling mellom alkoholkonsum og høytider/spesielle tider av året.

Brennevin kom til Norge på 1600-tallet, og ble raskt et populært produkt. En av årsakene til dette var lagringsmulighetene som var langt bedre enn hva som var tilfellet for øl. Forbruket av brennevin i Norge økte imidlertid ikke særlig i omfang før på 1800-tallet. Årsakene til dette var blant annet forbud mot brenning og mangel på nødvendige råvarer. Ut over 1800-tallet ble produksjonsmetodene for brennevin kraftig forbedret, noe som økte tilgjengeligheten for befolkningen. Alkoholkonsumet på denne tiden anses for å være det høyeste som har vært i Norge noen gang. Gjennomsnittskonsumet for den voksne befolkning antas å ha vært på om lag 13 liter ren alkohol i året per voksen innbygger. Til sammenligning viser tall fra SSB at det gjennomsnittlige alkoholkonsumet var på 6.60 liter pr. innbygger i 2007.

I forbindelse med fremveksten av brennevin kom også dannelsen av bevegelser som jobbet mot det økende alkoholforbruket. Man kan på mange måter si at perioden mellom 1850 og 1871 la grunnlaget for mye av det som fortsatt er gjeldende alkoholpolitikk. De fire faktorene man bygget alkoholpolitikken på var:

- avgifter
- salgs- og skjenkebevillinger
- fravær av private økonomiske interesser i salg av brennevin
- folkeopplysning.

Konsekvensene av dette, og eventuelt andre faktorer, var at alkoholforbruket sank til 5,47 liter pr. innbygger i 1850, og videre ned til 3.28 i 1905.

Avholdsbevegelsen fikk i årene etter 1905 en stadig sterkere stilling, og må sies å ha vært en medvirkende årsak til forbudet mot salg av vin og brennevin i 1919.

Hvis man gjennomgår årene frem til andre verdenskrig, ser vi at alkoholkonsumet i Norge ligger relativt stabilt i området rundt 3 liter pr. innbygger (SSB). I krigsårene mellom 1940–1945 ble omsetningen av alkohol naturlig nok redusert kraftig, mens det i etterkrigstiden gikk opp til det nivået som var i årene før krigen. I løpet av årene fra 1960–1980 økte forbruket fra om lag 3 liter pr. innbygger til ca. 5 liter pr. innbygger.

I årene 1980–2007 har vi hatt en svak oppgang i forbruket, som i dag ligger på om lag 6.6 liter pr. innbygger. Tall fra SSB viser en sterk nedgang i forbruk av brennevin i denne perioden, fra 2.46 liter i 1980, til 1.35 liter i 2007. Økningen i forbruk gjør seg gjeldende knyttet til omsetning av vin, som i 1980 var 0.75 liter pr. innbygger, mens det var 2.11 liter pr. innbygger i 2007. Forslagsstillerne mener dette har sammenheng med et mer kontinentalt drikkemønster, som i korthet kan oppsummeres ved at alkohol konsumeres på vanlige ukedager, men i et mindre omfang enn hva som har vært tilfellet i den tradisjonelle norske "helgefylla".

1.3 Historisk fremstilling av norsk narkotikapolitikk og narkotikahistorie

I motsetning til alkohol er narkotika historisk sett et nytt rusmiddel i Norge. Det ses i denne sammenheng bort fra tidlige tiders bruk av sopp og andre veksters rusende effekt. Det tas dermed utgangspunkt i historikken knyttet til cannabis, opiat og sentralstimulerende stoffer. Forslagsstillerne vil også gjøre rede for de utviklingstrekk man ser knyttet til utvikling av kjemiske stoffer, såkalte "partydrugs".

Kilder som blir benyttet i dette kapitlet er blant annet Statistisk sentralbyrå, SIRUS, forsker ved Senter for samfunnsforskning Svanung Fjær ACTIS og Kripes.

Norsk narkotikapolitikk må sies å ha hatt sin oppstart på 1970-tallet. Det er spesielt tre ulike stortingsmeldinger som må sies å ha hatt en betydelig innflytelse på narkotikapolitikken. Disse ble fremmet i 1976, 1985 og 1996. Den dominerende retningen på 1970-tallet fokuserte på ungdommens sosiale situasjon. Det ble lagt vekt på å øke kunnskapen knyttet til å "gjenkjenne" narkotikamisbrukere, og hvilke kjennetegn og signaler man kunne registrere hos disse personene. I denne tiden anså man narkotikamisbrukere som et nasjonalt problem, selv om man allerede da så tegn som tydet på at Oslo og andre store byer var de stedene hvor problemene var størst. Utover 1980-tallet dreide fokuset mot kontroll, samtidig som frivilligheten kom sterkt på banen knyttet til forebyggende arbeid. Det var i denne tidsperioden man for-

mulerte en målsetting knyttet til det "narkotikafrie samfunn". På 1990-tallet fikk man et fokus som dreide seg om skadereduserende tiltak. Det var videre i denne tidsperioden man fikk en vekst i fagmiljøer, forskning og behandling. I tillegg fikk man etablert regionale kompetansesentra. I 2000 ble rusmiddeldirektoratet integrert i helse- og sosialdirektoratet (nåværende helsedirektoratet), noe som skulle medføre en bedre samhandling med øvrig helsetjeneste på nasjonalt nivå. Dette ble ytterligere forsterket gjennom rusreformen fra 2002, da narkotikabehandlingen ble en integrert del av spesialisthelsetjenesten, og de narkomane fikk de samme rettigheter som andre pasientgrupper. Dette skjedde blant annet gjennom Ot.prp. nr. 54 (2002–2003) og Ot.prp. nr. 63 (2002–2003).

Utviklingen i bruk av legemiddelassistert behandling (LAR) er et relativt nytt fenomen, som bryter med det gamle tankegodset om at "alle skal bli rusfri". På denne måten kan man si at utviklingen har dreid i en retning der helsetilstanden til de tyngste narkotikamisbrukerne har gått foran samfunnets mål om et "narkotikafritt samfunn" som var gjeldende på 1980-tallet.

1.3.1 Narkotika som rusmiddel i et historisk perspektiv

Noen narkotiske stoffer har en lang historie, blant annet kan man nevne at opium ble brukt som smertestillende middel i flere kulturer flere tusen år tilbake i tid. Cannabis (hasj, marijuana osv.) er en plante som er godt kjent og brukt i gamle kulturer, og har også blitt brukt som medisin frem til om lag 1960. Kokain er et narkotikum som kommer fra kokaplanten. Kokaplanten ble blant annet brukt av indianere i Andesfjellene. Amfetamin er et annet stoff som ble syntetisert allerede på midten av 1800-tallet, og ble blant annet brukt for å øke ytelsesevnen hos soldater i 2. verdenskrig. Narkotiske stoffer ble imidlertid ikke sett på som et problem før ungdommer begynte å ta disse i bruk som rusmidler. Hippieungdommer i USA var blant de første som ble sett på som et problem, mens utviklingen spredte seg til Norge i 1960-årene. De første narkotiske stoffene som ble benyttet i Norge var cannabis og amfetamin. I 1970-årene kommer også bruken av opiater og sprøytemisbruk til Norge. På 1980-tallet ble kokain tatt i bruk i større grad, mens ecstasy og GHB ble "populære" narkotika på 1990-tallet og frem mot årtusenskiftet.

I oversikten under fra Actis finner vi en gjennomgang av de mest vanlige narkotiske stoffene. Forslagsstillerne vil understreke at dette ikke er en total gjennomgang av de ulike variasjonene av såkalte "partydrugs" som er kjemisk fremstilt. Forslagsstillerne mener allikevel dette er en god oversikt over de mest brukte narkotiske stoffene i Norge:

- Benzodiazepiner er egentlig legemidler som i ulike varianter brukes mot blant annet søvnløshet, angst og epilepsi.
- Cannabis er en samlebetegnelse for hasj, marijuana og cannabisolje, og stammer fra planten *Cannabis sativa*.
- Ecstasy er både et sentralstimulerende og et hallusinerende stoff. Virkestoffet i ecstasy er MDMA. Stoffet basert på MDMA og andre kjemisk nært beslektede stoffer betegnes også som *designer drugs*.
- GHB (gammahydriksybutyrat) forekommer naturlig hos mennesker. Det har vært brukt som beroligende middel og sovemiddel.
- Hallusigene stoffer, deriblant LSD, PCP og ketamin påvirker sentralnervesystemet og kan ifølge SIRUS gi sansebedrag, illusjoner og hallusinasjoner.
- Opioder er en fellesbetegnelse på stoffer som er fremstilt fra opiumsvalmuen, og brukes til å fremstille smertestillende midler til medisinsk bruk. Opioder omfatter imidlertid også et av de mest avhengighetsskapende narkotiske stoffene, nemlig heroin. Også morfin, metadon og opium er opioder.
- Sentralstimulerende stoffer, som kokain og amfetamin, finnes i mange varianter og fremstilles syntetisk. Et annet svakere sentralstimulerende stoff er khat.

Kilde: Actis

1.4 Dagens situasjon

I dette punktet vil forslagsstillerne redegjøre for bruk av alkohol og narkotika i dagens samfunn. Det vil bli gjort rede for estimater knyttet til misbruk av lovlige og ulovlige rusmidler, samt at det vises til en del statistikk knyttet til sammenligning med andre land. Forslagsstillerne vil påpeke at noen av de estimatene som gjengis må vurderes kritisk, da disse kan være noe usikre. Formålet med dette punktet er å synliggjøre og beskrive hvilke utfordringer og problemstillinger som ligger til grunn for de løsninger som vi mener er påkrevd.

1.4.1 Alkoholkonsum

Forslagsstillerne viser til SIRUS, som uttaler følgende knyttet til definisjon av alkoholikerbegrepet:

"Siden det ikke finnes noen klar definisjon av hva en alkoholiker er, og da det derfor heller ikke finnes noe register over alkoholikere, er det umulig å svare direkte på dette spørsmålet. Hvis vi derimot definerer hva vi skal mene med en "storkonsument" kan vi beregne hvor mange slike det finnes. En vanlig definisjon på "storkonsument" er en som drikker mer enn 10 cl ren alkohol pr. dag i gjennomsnitt over hele året, dvs. 36,5 liter ren alkohol pr. år."

I 2007 var det registrerte alkoholforbruket i Norge 6,60 liter ren alkohol pr. innbygger over 15 år. Hvis vi da antar at det totale gjennomsnittskonsumet (inkl. det uregistrerte) pr. innbygger over 15 år er ca. 8 liter ren alkohol pr. år, og at det er ca. 86 pst. av befolkningen over 15 år som har drukket alkohol siste år, blir gjennomsnittet pr. alkoholbruker ca. 9 liter ren alkohol pr. år. Sammenhengen mellom gjennomsnittskonsumet pr. alkoholbruker 15 år og over, og andelen som drikker mer enn 10 cl ren alkohol pr. dag, er estimert av Ole-Jørgen Skog i boken "Alkohol i Norge" (1985). Ifølge hans beregninger vil 9 liter pr. år tilsvare at 275 personer pr. 10 000 drikker mer enn 10 cl pr. dag.

Befolkningen i Norge som er 15 år eller mer er pr. 1. januar 2007 beregnet til 3 775 203 personer. Multiplisert med andelen alkoholbrukere (86 pst.) gir dette 3 246 675 alkoholbrukere. Dermed får vi at antall "storkonsumenter" er:

$$275 \times 3\,246\,675 / 10\,000 = 89\,284$$

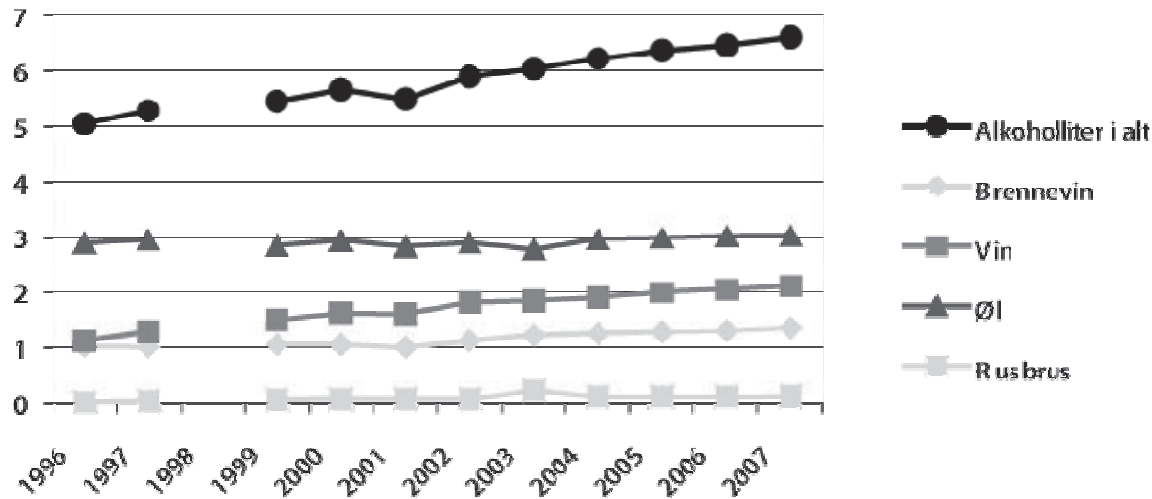
Etter dette skal det altså være ca. 90 000 "storkonsumenter" i Norge. En skal imidlertid huske på at tallet er nokså usikkert. Beregner vi en øvre og nedre

grense som ett standardavvik til hver side, får vi at antallet "storkonsumenter" ligger et sted mellom 66 500 og 123 000 personer. Det må også gjentas at dette ikke er antall "alkoholikere" i Norge. Noen kan kanskje drikke såpass store mengder alkohol uten at folk vil karakterisere vedkommende som alkoholikere. Omvendt vil sikkert mange som drikker mindre enn 10 cl ren alkohol pr. dag helt tydelig ha problemer med sitt alkoholbruk, og kanskje bli karakterisert som "alkoholiker".

Rapporten Rusmidler i Norge fra 2007 gir en oversikt over årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og over, i vareliter og liter ren alkohol. Nedenfor er tallmaterialet for liter ren alkohol per år gjengitt. Statistikken viser at det var en nedgang i alkoholforbruket per innbygger fra 1987 til 1993 fra 5,38 liter til 4,55 liter ren alkohol per år. Fra 1993 til 2006 har det vært en jevn økning fra 4,55 liter til 6,64 liter ren alkohol per år.

Tallene omfatter registrert omsetning av alkohol. Det uregistrerte forbruk i form av hjemmeproduisert alkohol, turistimport og smuglervarer inngår ikke. Statistisk sentralbyrå publiserte ikke omsetningstall i 1998.

Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år og eldre, 1990–2007, målt i liter ren alkohol per person totalt og fordelt på ulike drikkesorter



Kilde: St.prp. nr. 1 (2008–2009)

Det uregistrerte konsumet fra taxfreehandel, grensehandel, hjemmebrent, smugling antas å utgjøre en viss andel av det totale konsumet, men denne andelen har trolig sunket noe siden 1990-tallet.

1.4.2 Alkoholomsetning i utvalgte land

I tabellen nedenfor gis en oversikt over hvor stor omsetning av ren alkohol det har vært for aldersgruppen 15 år og oppover i et utvalg av land.

Tabellen gir en oversikt over registrert omsetning i de ulike landene. Estimert uregistrert alkoholforbruk og omsetning er ikke tatt med her, og følgelig heller ikke hvordan disse eventuelt varierer mellom landene.

Hvis man ser på tallene fra Verdens helseorganisasjon (2005), ser vi at alkoholforbruket i Norge er blant det laveste i Europa. Tabell 1 viser en sammenligning i alkoholkonsum med utvalgte land. Denne oversikten viser at vi ligger lavt sett i sammenheng

med de land som ligger i vår nærhet, og som i mange sammenhenger har en tilnærmet lik samfunnsstruktur. Det er vanskelig for forslagsstillerne å forklare hvorfor man i Norge drikker om lag halvparten så mye som man gjør i land som Tyskland, Frankrike og Danmark. Det er likevel interessant å se dette i lys av estimatene knyttet til antall alkoholmisbrukere som er gjengitt tidligere. Tabellen nedenfor skulle dermed tilsi at andelen alkoholikere er lavt i Norge sammenlignet med de fleste øvrige land. Forslagsstillerne mener imidlertid dette blir unøyaktige konklusjoner, men at det allikevel er estimater som sier noe om forholdet mellom alkoholkonsumet i de landene som blir gjengitt.

Land	Liter pr. innbygger
Luxemburg	17.54
Sverige	6.86
Danmark	11.93
Finland	10.43
Frankrike	13.54
Tyskland	12.89
Storbritannia	10.39
Norge	6.60

Alkoholforbruk pr. innbygger i utvalgte land

Forslagsstillerne mener at den sterke økningen i salg av vin, på bekostning av salg av andre og sterkere alkoholprodukter, kan ha en sammenheng med en mer kontinental drikkekultur, og at dette igjen har sammenheng med en stadig mer globalisert verden. Det er imidlertid grunn til å påpeke at man ikke har noen eksakte tall knyttet til illegal omsetning av alkohol i Norge. Hjemmebrenning og smugling kan kun omtales gjennom usikre estimater, og det må derfor presiseres at de ovenforstående tallene er usikre.

I rapporten "Drogutvikling i Sverige 2006 beregner de det totale konsumet ren alkohol til 10,2 liter i 2005 per innbygger som er 15 år eller eldre.

"Mycket av alkoholen som dricks har nuförtiden sitt ursprung i privat införsel och denna andel bestämdes till 22% 2005. Samma år härrörde 2% från legal hemtillverkning, 11% från smugling och hembränning (dvs illegala källor), 15% från restauranger och livsmedelsbutiker samt 48% från Systembolaget (...) Mellan 1990 och 2005 har andelen oregistrerad alkohol fördubblats, från 18 till 36% av konsumtionen."

1.4.3 Narkotikabruk i Norge

Forslagsstillerne viser til de to tabellene nedenfor som viser prosent av ungdom mellom 15–20 år som oppgir at de noen gang har brukt henholdsvis heroin (og lignende stoffer) og cannabis.

slagsstillerne ser det hensiktsmessig å se på denne aldersgruppen, slik at man får et innblikk i unges bruksmønster av disse stoffene. Det er også slik at forslagsstillerne ønsker å fokusere på denne målgruppen når man skisserer forbedringer i det forebyggende arbeidet som kommer senere i dokumentet.

Prosent av ungdom i alderen 15–20 år som oppgir at de noen gang har brukt heroin eller lignende stoffer:

1986-2005	Ungdom i Norge	Ungdom i Oslo
1986	0,5	0,5
1996	0,6	0,9
1997	0,7	1,2
1998	0,7	1,2
1999	1,5	1,2
2000	0,6	0,9
2001	0,8	1,1
2002	0,4	1,0
2003	0,9	1,1
2004	0,8	0,3
2005	0,9	1,0

Kilde: Sirus

Det man kan lese ut fra den ovenstående tabellen er at andelen ungdom mellom 15–20 år som har brukt heroin og lignende stoffer er relativt stabil de siste årene, dette gjelder både i Norge som helhet, og i Oslo spesielt. Forslagsstillerne har merket seg at 2004 ligger svært lavt når det gjelder Oslo, men det kan være statistiske feilmarginer som gjør at dette ikke er helt relevant. Det er imidlertid interessant å merke seg den prosentvise stabiliteten, som sier oss at dersom det forebyggende arbeidet har hatt en god effekt, så er dette ikke noe som har utbedret seg de senere årene, men noe som har vært forholdsvis konstant.

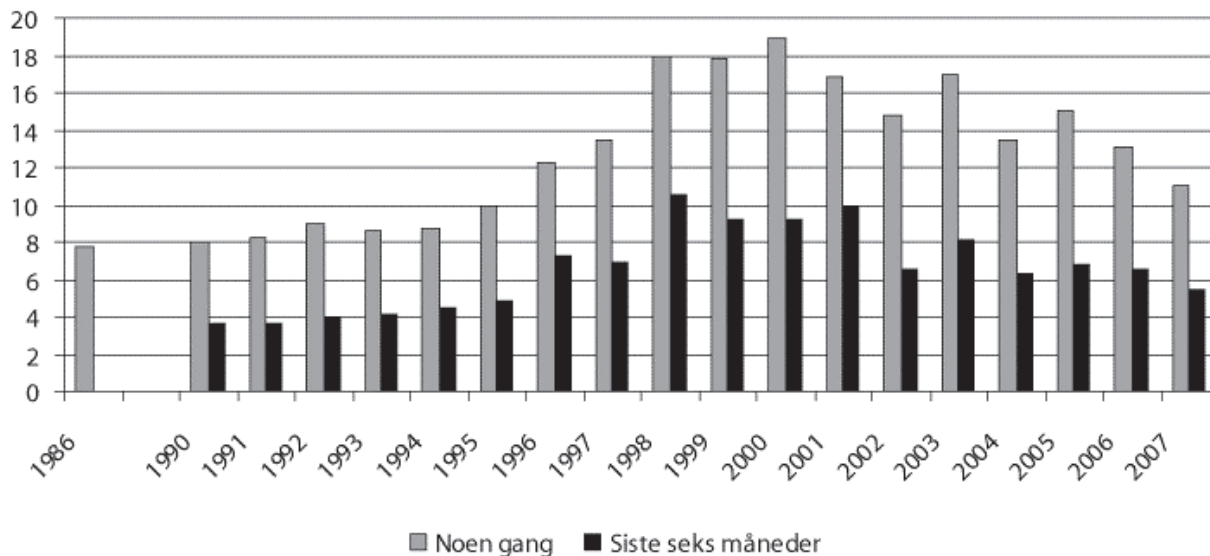
Prosent av ungdom i alderen 15–20 år som oppgir at de noen gang har brukt cannabis:

1986-2005	Ungdom i Norge	Ungdom i Oslo
1986	7,8	16,5
1996	12,3	23,7
1997	13,4	25,7
1998	18,0	24,7
1999	17,8	27,0
2000	18,8	28,6
2001	16,9	27,9
2002	14,8	27,1
2003	17,0	25,0
2004	13,4	21,9
2005	15,0	21,3

Kilde: Sirus

Forslagsstillerne mener det må kunne sies å være relativt konstant bruk av cannabis blant ungdom i Norge. Det er naturligvis noen svingninger fra 1996 og frem til 2005, men disse må kunne sies å være relativt små. Det som imidlertid er verdt å merke seg,

er den doblingen som er funnet sted fra 1986 og frem til 2005. Det er også verdt å merke seg den relativt klare forskjellen mellom Norge som helhet og Oslo spesielt. Tiltak som kan settes inn knyttet til storbyproblematikken vil bli omtalt senere i dokumentet.



Tabellen over viser antall ungdommer mellom 15–20 år som oppgir at de har prøvd cannabis. Tabellen er hentet fra St.prp. nr. 1 (2008–2009).

Tabellen fra St.prp. nr. 1 (2008–2009) viser en nedgang i ungdom som oppgir at de har prøvd cannabis i 2007, sammenlignet med årene 1996–2006, dette er en gledelig utvikling. Årsaksforhold til denne nedgangen er vanskelig å slå fast, men det er viktig for forslagsstillerne at det iverksettes ytterligere tiltak for å forsterke denne trenden.

Forslagsstillerne mener det er to faktorer man må merke seg i forbindelse med utviklingen i antall ungdommer som har prøvd narkotiske stoffer i Norge. Den første konklusjonen er at det synes å være en viss stabilitet i prosentandelen som har prøvd både cannabis og heroin de siste årene, men at den utvikling som har funnet sted, spesielt knyttet til bruk av cannabis, er positiv. Den andre faktoren som gjør seg gjeldende, er at Oslo ligger tydelig over landsgjennomsnittet. Forslagsstillerne mener derfor det er grunn til å anta at de større byene i Norge har en større utfordring knyttet til illegale rusmidler enn distriktene. Årsaksforhold, sammenhenger og løsninger knyttet til storbyproblematikken vil forslagsstillerne komme inn på senere i dokumentet.

1.4.4 Antall narkotikamisbrukere

De første estimatene for Norge ble laget i 1990. Det har vært benyttet forskjellige metodiske måter å estimere på i Norge over tid, og det er usikkerhet

knyttet til tallmaterialet. Ut fra de tilgjengelige kildene foreligger det ikke data for Norge som gjør det mulig å sammenlikne antallet rusmisbrukere med andre land. Det er ulike måter å estimere antallet narkotikamisbrukere på i de ulike landene. Det varierer også hvilke narkotiske stoffer som er tatt med i estimatene. Tilgjengelig tallmateriale for hvert land er presentert nedenfor, men det er ikke gjort rede for hvilke metoder som er benyttet for de ulike estimatene for antallet narkotikamisbrukere.

Senter for rusmiddelforskning (SIRUS) skriver følgende om antall narkotikamisbrukere i Norge på sine hjemmesider:

"Å kartlegge hvor mange som misbruker narkotiske stoffer innebærer store metodiske vansker. Når det gjelder kjennskap til antall sprøytemisbrukere i Norge, er det bare mulig å operere med estimater. Slike estimater vil alltid være heftet med usikkerhet."

- I 1990 ble det for første gang gjort en beregning på antallet sprøytemisbrukere i Norge. Antallet aktive sprøytemisbrukere i 1990 ble anslått mellom 4 000 og 5 000.
- Et nytt estimat ble gjort i 1999. Beregningene viste at antallet sprøytemisbrukere i Norge hadde steget til mellom 9 000 og 12 000. Undersøkelsen viste også at de fleste sprøytemisbrukere injiserte heroin. Andelen som i hovedsak injiserte amfetamin lå på omkring 10 pst.
- Beregninger for 2001 viste at antallet sprøytemisbrukere lå mellom 10 500 og 14 000.

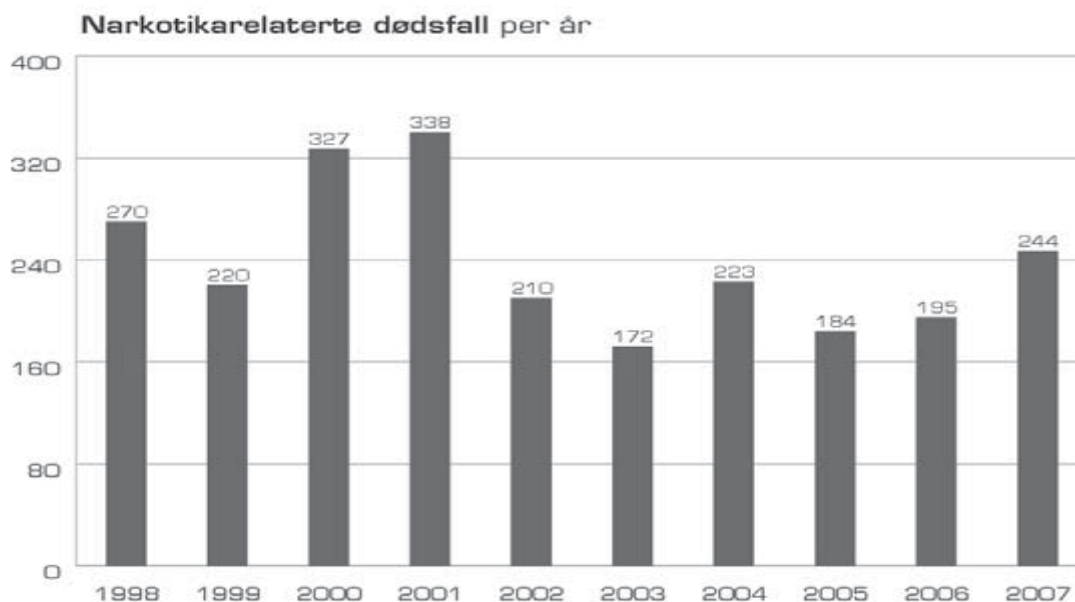
- I 2002 ble antall sprøytemisbrukere beregnet til å være mellom 11 000–15 000.
- Ifølge beregninger for 2004 var det mellom 8 200 og 12 500 sprøytemisbrukere i Norge. Indikatorene var stabile til 2005 og man antar at antallet ligger i samme intervall, mellom 8 200 og 12 500 også i 2008.

Antallet injiserende misbrukere ansees å være relativt høyt i Norge. Det er benyttet ulike beregningsmåter og kilder ved estimatene overfor, jf. SIRUSS hjemmeside for hvordan beregningene er foretatt og forskjeller i dem.

I henhold til St.prp. nr. 1 (2008–2009) fra Helse- og omsorgsdepartementet er "Narkotikamisbruket i Norge lavt i europeisk sammenheng, mens antallet injiserende misbrukere er relativt høyt."

1.4.5 Narkotikarelaterte dødsfall i Norge

Nedenfor gis det en oversikt over antall narkotikarelaterte dødsfall i Norge de siste 10 årene. Forslagsstillerne påpeker at tall fra SSB ikke samsvarer med de tallene som her er benyttet, og at dette skyldes ulike kriterier for hva som defineres som narkotikarelaterte dødsfall. Forslagsstillerne velger å bruke tall fra Kripos for å synliggjøre utviklingen de siste årene.



Kilde: Kripos

Forbundet Mot Rusgift beskrev situasjonen slik i 2003, som var det året med lavest andel overdoserelaterte dødsfall:

"Mens gjennomsnittlig antall døde i år er under 4 pr. måned, var gjennomsnittet i 1998 vel 11 pr. måned.

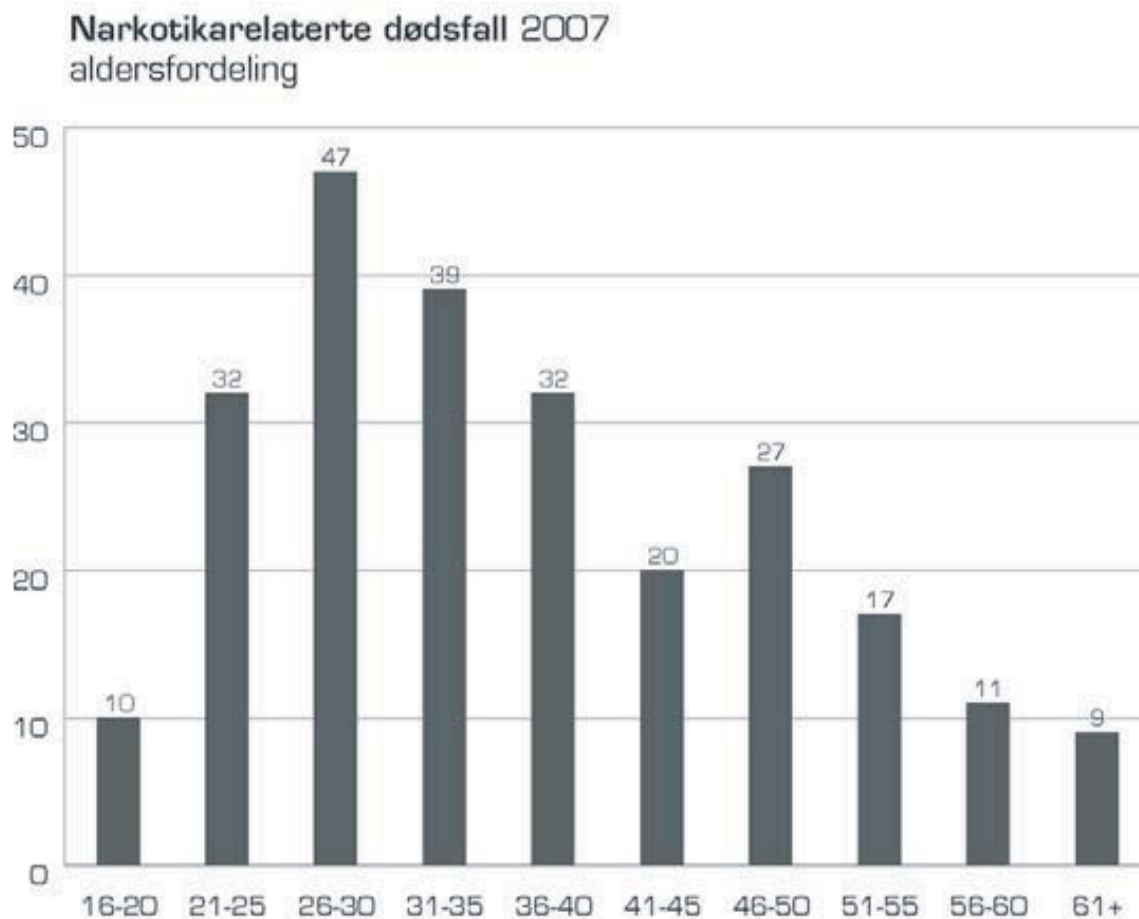
Det rapporteres også om en nedgang i overdosedødelighet i andre deler av landet. Den sterke nedgangen i overdosedødsfall i Oslo skyldes muligens flere forhold, sier leder i Forbundet Mot Rusgift, Knut T. Reinås. For det første er en større andel heroinavhengige etter hvert kommet under metadonbehandling. Dette bidrar sikkert til nedgangen. For det andre er det utviklet flere helseorienterte lavterskeltiltak i Oslo, som Feltpleien, som er tatt i bruk i stort omfang av de stoffavhengige. Men det er også grunn til å peke på at politiet har gjort færre beslag av heroin, at heroinet som finnes på markedet tydeligvis er mer utblandet enn det var for noen år siden, og kan-

skje spesielt at beslagene av Rohypnol har gått kraftig tilbake, noe som tyder på at det er langt mindre Rohypnol i omløp. Rohypnol blandes som kjent med heroin hos injiserende opiatavhengige, og utgjør da en spesielt risikabel blanding."

Forslagsstillerne viser til oversikten over antall narkotikabeslag som er gjengitt nedenfor, der det kommer frem at antall beslag er sunket fra 2003 til 2007, noe som fremkaller et spørsmålstegn knyttet til den analysen som ble gjort i 2003 av Forbundet Mot Rusgift. Forslagsstillerne har merket seg at antall overdoserelaterte dødsfall har steget noe fra 2003 til 2007, mens antall narkotikabeslag har gått ned. Forslagsstillerne ønsker ikke å trekke noen entydig konklusjon på hva som er årsaken til svingningene i overdoserelaterte dødsfall, men er av den oppfatning at det må iverksettes flere konkrete tiltak for å imøte-

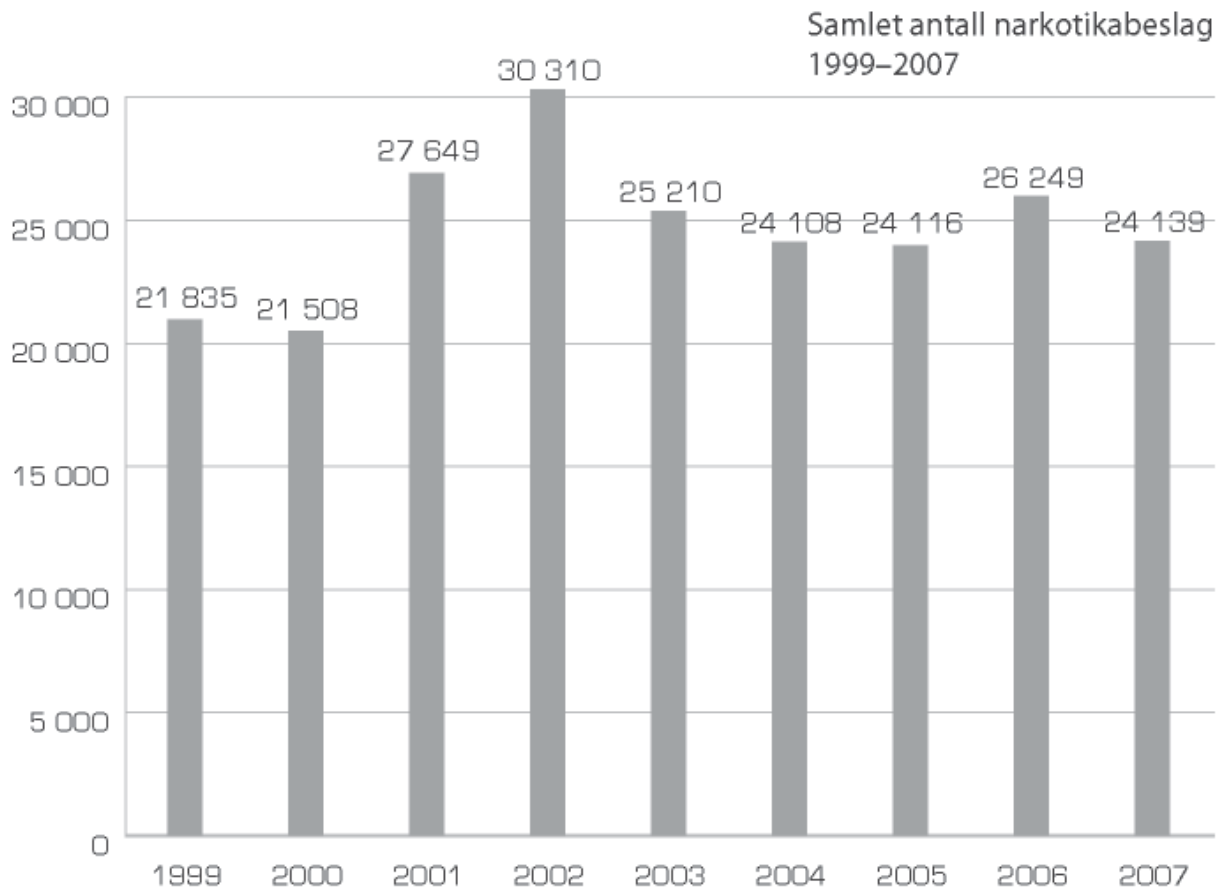
komme denne utviklingen. Målet må, slik forslagsstillerne ser det, være en nullvisjon knyttet til overdosedødsfall i Norge. Tiltak vil bli omtalt senere i dokumentet.

Hvis man ser på alderssammensetningen knyttet til narkotikarelaterte dødsfall, finner vi følgende tall fra Kripas:



Forslagsstillerne merker seg at det er en relativt lav andel narkotikarelaterte dødsfall i aldersgruppen 16–20 år, mens den største andelen av slike dødsfall finnes i alderssegmentet 26 til 35 år.

Hvis man ser på Kripas sine tall knyttet til narkotikabeslag, ser vi følgende utvikling de siste årene:



Forslagsstillerne merker seg at andelen beslag ser ut til å holde seg relativt stabil de siste 5 årene. Forslagsstillerne vil ikke trekke konklusjoner knyttet til hvorvidt dette er et tegn på et stabilt marked, eller om det skyldes ressurstilgangen til tollvesen og politi.

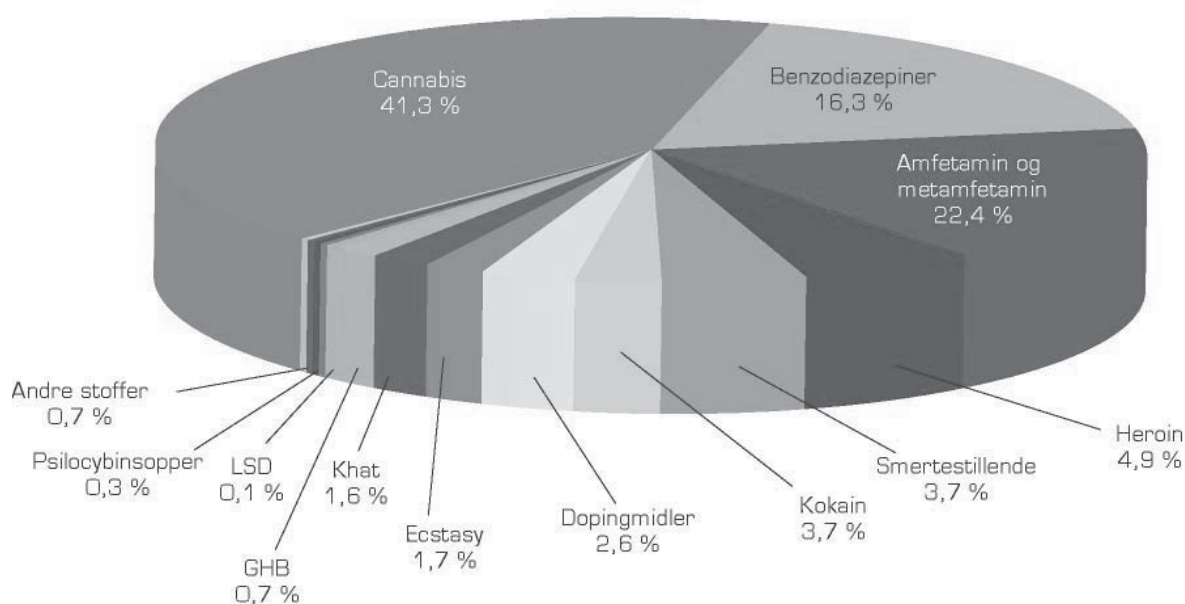
I tabellen under vises beslag som oppfyller paragraf 162 tredje ledd. Disse anses for å være grov narkotikakriminalitet:

Stofftype	Antall saker
Amfetamin og metamfetamin	28 beslag over 3 kg
Kokain	6 beslag over 3 kg
Ecstasy	2 beslag over 15 000 tabletter
Cannabis	1 beslag over 80 kg
Heroin	1 beslag over 0,75 kg

Kilde: Kripas

Forslagsstillerne har merket seg at andelen saker som kommer inn under denne paragrafen, har sunket de siste årene. Det vises i denne sammenheng til Kripas sin årlige narkotikarapport. Som tidligere nevnt ønsker ikke forslagsstillerne å trekke den konklusjon at det er færre grove narkotikaforbrytelser i 2007 sammenlignet med tidligere år, men dersom dette er tilfellet, er det en gledelig utvikling.

Basert på de beslag som er gjort i 2007, har Kripas laget følgende oversikt som estimerer markedsandelene for ulike illegale stoff:



Dersom man legger dette estimatet til grunn, ser man at det er en klar overvekt av cannabis og amfetamin/metamfetamin. Dette samsvarer bra med tallmaterialet knyttet til estimater av narkotikabruk som tidligere er nevnt, blant annet fra SIRUS.

Forslagsstillerne vil komme tilbake til de utfordringer som toll- og justissektoren har knyttet til smugling av illegale stoffer.

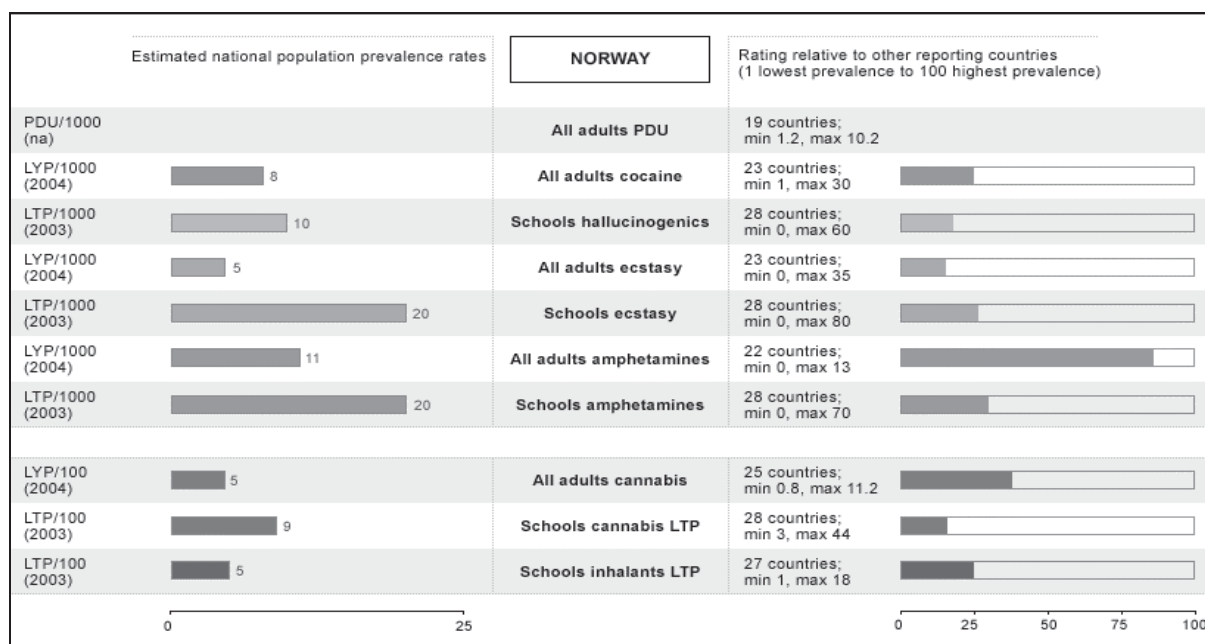
1.4.6 Antall narkotikamisbrukere i Norge sammenlignet med andre land

På hjemmesiden til European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA) er det laget et barometer for narkotikabruk under det enkelte lands profil. Disse grafiske figurene er tatt med innledningsvis for hvert land for å gi en generell oversikt

over narkotikabruk i landet, og da spesielt "problem drug use"(PDU).

Tallmaterialet som er gjengitt for hvert av landene, er også hentet fra det enkelte lands profil på EMCDDAs hjemmeside og fra de nasjonale landrapportene til EMCDDA. Problematisk bruk av narkotika og medikamenter (PDU) er her definert som "intravenous use of drugs anor prolonged/regular use of opiates cocaine and/or amphetamines". Ecstasy og cannabis er ikke inkludert. Forslagsstillerne mener det er hensiktsmessig å ha denne sammenligningen som et grunnlag for å iverksette tiltak i Norge. Det er, slik vi ser det, viktig å bygge på komparative sammenligninger mellom land vi pleier å sammenligne oss med, også når det gjelder ruspolitiske tiltak.

Norge

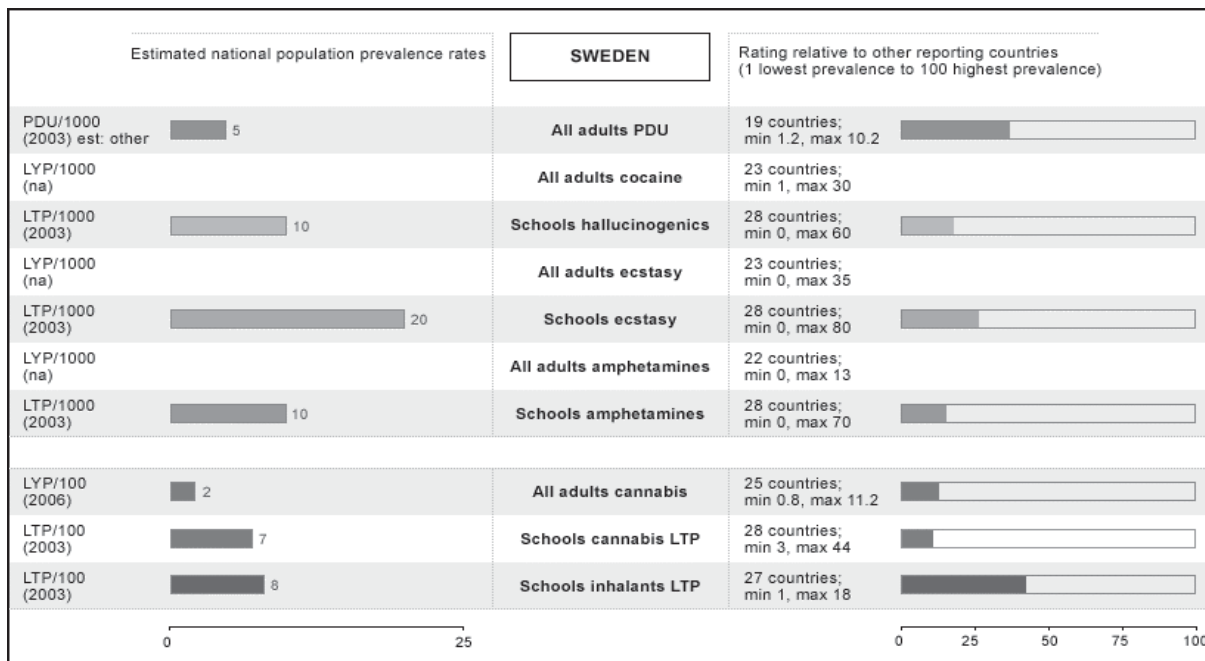


Kilde: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/countryoverviews/no/barometer>

I Norge har man kun statistikk for bruk av injeksjon/sprøyter. Det mangler data som gir oversikt over jevnlig bruk av opiater, kokain og/eller amfetamin. På EMCDDAs hjemmeside om PDU (problem drug use) i Norge står det (fritt oversatt): Antallet sprøyte-

misbrukere i Norge økte fram til 2001, så ble antallet redusert fram til 2003 før det flatet ut. For 2004 indikerer estimatene at det var mellom 8 200 og 12 500 sprøytemisbrukere, og estimatene for 2005 and 2006 var i grove trekk like med de for 2004.

Sverige

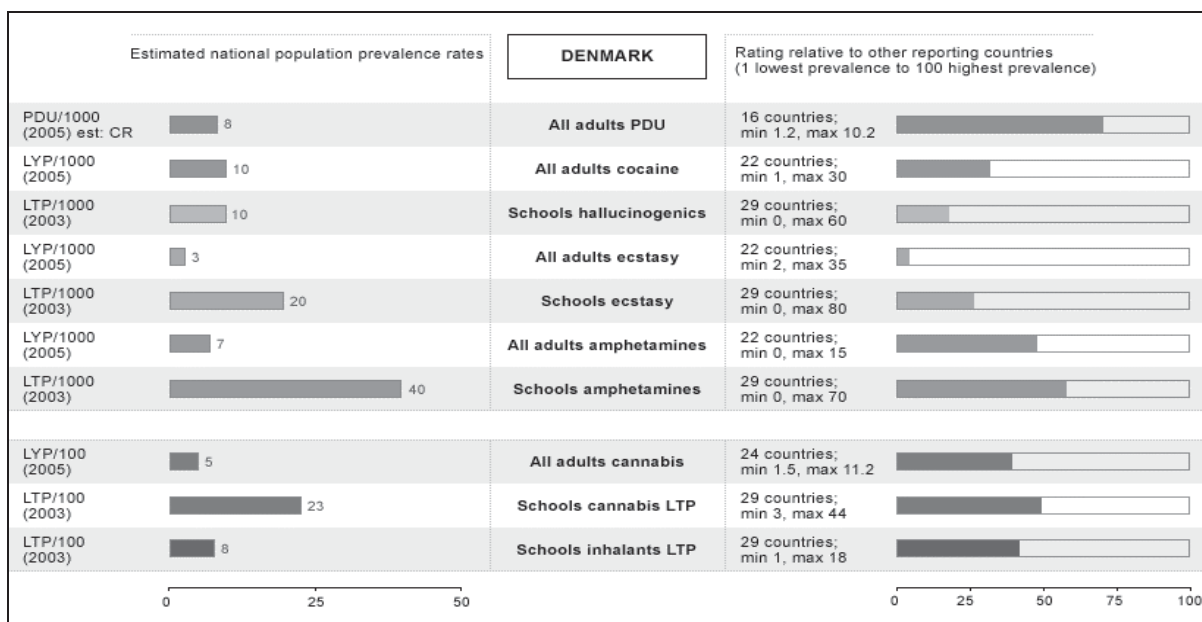


Kilde: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/se/barometer>

På EMCDDAs hjemmeside står det om *Problem Drug Use (PDU)* i Sverige (fritt oversatt): De nyeste estimatene (2003) for antallet narkotikamisbrukere viser at det var 26000 narkotikamisbrukere (dvs. 2,9 narkotikamisbruker pr. 10 000 innbyggere). Resultatene ble presentert i en regjeringsrapport i oktober 2006, og ifølge rapporten har antallet narkotikamisbrukere vært mer eller mindre konstant siden 1998,

med en topp i 2001 på nærmere 28 000 narkotikamisbrukere. Problematisk narkotikamisbruk i Sverige er dominert av heroin og amfetamin. En nasjonal spørreundersøkelse i 1998, viste at 73 pst. av de narkomane (PDUs) hadde brukt amfetamin de siste 12 månedene, og 32 pst. rapporterte at amfetamin var deres viktigste narkotiske stoff.

Danmark

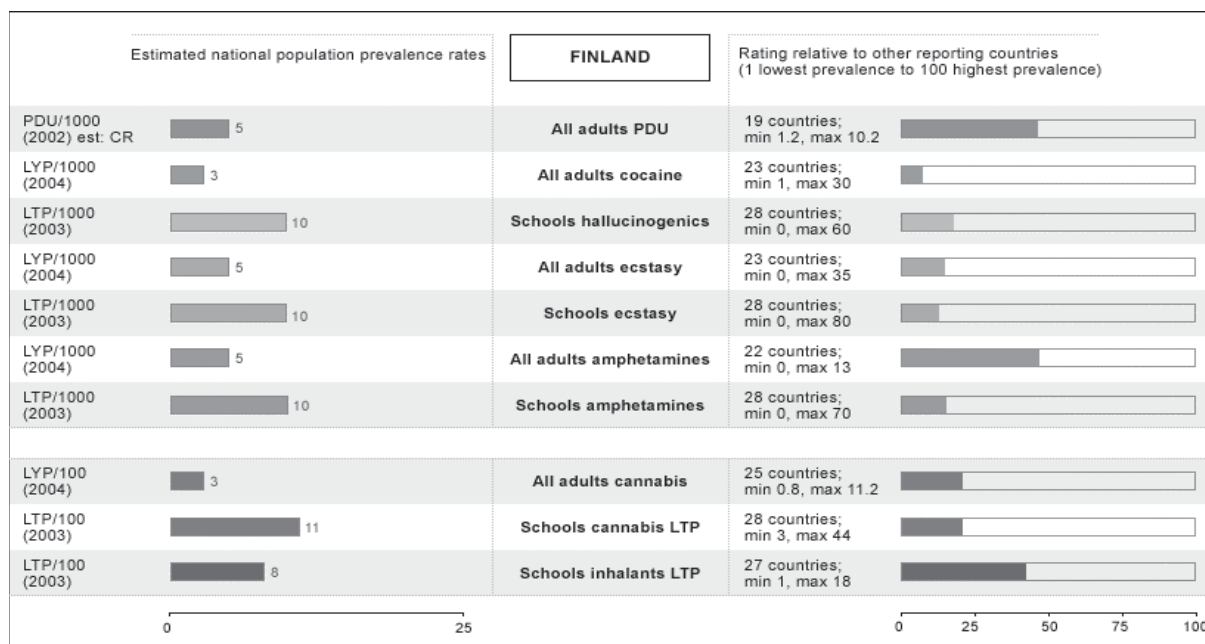


Kilde: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/dk/barometer>

På EMCDDAs hjemmeside står det om *Problem Drug Use (PDU)* i Danmark (fritt oversatt): De nyeste estimatene for antallet narkotikamisbrukere ble laget i 2005. Problem drug use ble definert som narkotikamisbrukere som rapporterte vedvarende bruk av illegal narkotika, inkludert cannabis som gir sosiale og psykiske konsekvenser. I 2001 var antallet narkotikamisbrukere estimert til 7.2 brukere pr. 1 000 innbygger i alderen 15–64 år eller 25 500 narkotikamis-

brukere totalt. Det totale antallet cannabisbrukere ble anslått til 6 000. I 2005 ble det totale antallet narkotikamisbrukere estimert til 27 000, hvorav 7 300 var estimert å være cannabisbrukere. Sammenliknet med estimatene fra 2001 er antallet narkotikamisbrukere ansett å være stabilt, selv om det synes å være en økning i brukere av cannabis og stimuli som søker behandling, og en nedgang i opiat/ heroinbrukere som søker behandling.

Finland



Kilde: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/fi/barometer>

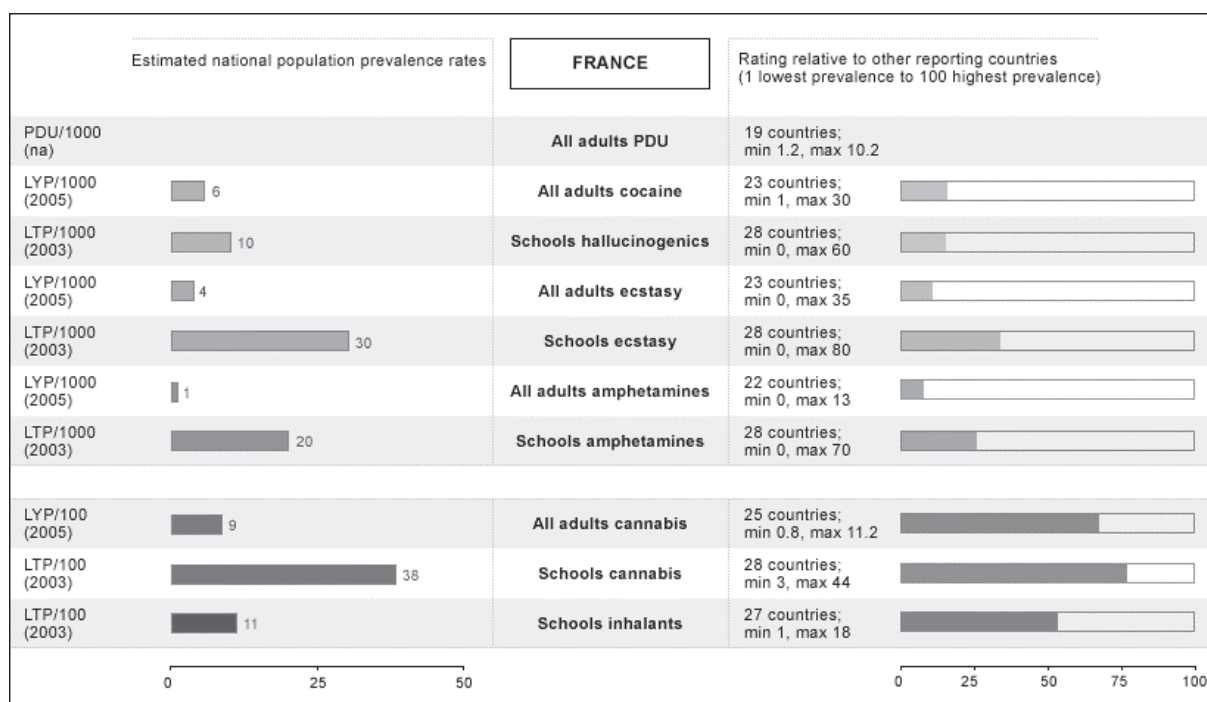
På EMCDDAs hjemmeside står det om *Problem Drug Use (PDU)* i Finland (fritt oversatt):

Estimatene for antall problem drug users/narkotikamisbrukere i Finland omfatter misbrukere av amfetamin og opiater. For i motsetning til mange andre europeiske land der heroin er det viktigste narkotiske stoffet, er amfetamin det mest vanlige injiserte narkotiske stoffet i Finland. I 2002 var raten narkotikamisbrukere estimert til 6,5 brukere pr. 1 000 innbygger i alderen 15–55 år. I 2005 var det omtrent 14 500–19 100 misbrukere av amfetamin og opiater. Dette utgjør 0,6–0,7 pst. av aldersgruppen 15–55 år i hele befolkningen. Etter en økning på slutten av 1990-tallet, indikerer de siste estimatene at situasjonen har stabilisert seg.

I henhold til 2006-resultatene fra informasjons-systemet om narkotikabehandling var følgende narkotiske middel hovedkilde til misbruket: *"Among all drug treatment clients of substance abuse services, opiates were the primary problem substance of clients entering drug treatment (41%), followed by stimulants (21%), the combined use of drugs and alcohol (17%), cannabis (14%) and sedatives (7%). Buprenorphine was the primary problem substance for 31% of the clientele."*

Ifølge studier er alkohol det mest problematiske rusmiddelet i Finland, og landet har en relativt kort historie for narkotikamisbruk.

Frankrike



Kilde: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/fr/barometer>

På EMCDDAs hjemmeside står det om *Problem drug use* (PDU) i Frankrike (fritt oversatt):

Et nasjonalt estimat for narkotikamisbruk ble laget i Frankrike i 1999 ved å bruke den demografiske metoden for å estimere en rate på 0,46 pst. daværende kokain, og heroinbrukere av den befolkningen i alderen 15–54 år. I 1999 ble lokale estimater for bruk av opiat og kokain i løpet av de siste 30 dagene blant respondenter som hadde bodd i byen i tre måneder, gjennomført i fem franske byer ved capture-recapture metoden. Estimaterne for antall narkotikamisbrukere innenfor studien varierte mellom 6,5 personer pr. 1 000 innbygger i alderen 15–59 i Toulouse, til 15,5 personer pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–59 i Nice.

Flere metoder for å beregne estimater er benyttet i Frankrike for å produsere nasjonale estimater for vedvarende bruk av heroin og kokain i 1999. (Costes et al. 2003). Antallet opiat og kokainmisbrukere er mellom 150 000 og 180 000, noe som samsvarer med et nivå på misbruket i befolkningsgruppen i alderen 15–54 år på mellom "3.9 pr. mil and 4.8 pr. mil."

1.4.7 Oppsummering av sammenligningen

Forslagsstillerne erkjenner at de estimater som brukes for å kartlegge narkotikamisbruk i de overnevnte land til dels er varierende, og derfor høyst usikre. Dette er en naturlig konsekvens ettersom det

er ulike metoder som benyttes, samt at treffsikkerheten må sies å være lav sett i lys av at dette er et illegalt marked. Det vil alltid være usikkerhetsmomenter knyttet til en slik kartlegging, men det kan allikevel være fornuftig å ha med seg en sammenligning med øvrige land, for å se hvordan Norge ligger an med tanke på narkotikamisbruk.

Regjeringens konklusjon i St.prp. nr. 1 (2008–2009) er som følger:

"Narkotikamisbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng, mens antallet injiserende misbrukere er relativt høyt."

Forslagsstillerne er enig i denne konklusjonen, men mener det fortsatt er en usikkerhet knyttet til ikke-injiserende misbruk i Norge, spesielt hva gjelder cannabis. Det er videre grunn til å påpeke at Norge har store utfordringer knyttet til narkotikamisbruk, og at det derfor er viktig med målrettede tiltak for å begrense bruken. Tiltak og forslag vil bli omtalt senere i dokumentet.

2. FINANSIERING

Forslagsstillerne mener et av hovedproblemene knyttet til å få på plass en helhetlig behandlingsskjede i rusomsorgen, er dagens finansieringssystem. Dagens finansieringssystem knyttet til avrusning, institusjonssopphold, ettervern mv. er svært sammensatt

og komplisert. Det vil derfor først bli redegjort i grove trekk for hvordan situasjonen knyttet til finansiering er lagt opp innenfor dagens system, for deretter å redegjøre for forslag til systemendring.

2.1 Dagens situasjon

I dagens situasjon er både de regionale helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene samt forskjellige statlige poster med på å finansiere ulike deler av rusomsorgen. Dette medfører, slik forslagsstillerne ser det, problemer knyttet til å få en helhetlig tilnærming til enkeltindividers behov for en sammenhengende og adekvat behandlingsskjede. Forslagsstillerne vil nå prøve å skissere opp noen av de skillelinjene som gjør seg gjeldende innenfor finansiering av rusomsorgen, for på denne måten å synliggjøre hvor komplekst dette er.

Innledningsvis ønsker forslagsstillerne å referere Sosial- og helsedirektoratets vurdering av det finansieringssystemets hovedfunksjon som er gjengitt i årsrapporten for 2007:

"Finansieringssystemet skal understøtte de vedtatte politiske mål om lik tilgang til tjenestene, uavhengig av sosial status, økonomisk evne, etnisk og religiøs bakgrunn og geografisk bosted.

Finansieringsordningene skal derfor bidra til:

- likeverdig behandlingstilbud til alle
- god tilgjengelighet og god kvalitet uten unødig ventetid
- god styring med omfang og sammensetning av tjenestetilbudet
- kostnadseffektivitet ved at et gitt aktivitetsnivå realiseres til lavest mulig kostnad."

Forslagsstillerne er av den oppfatning at dagens finansieringsordninger ikke medfører at disse punktene oppfylles. Dette gjelder blant annet lang ventetid og ulikhet knyttet til tilbud som gis mellom ulike kommuner og regioner.

2.2 Det komplekse finansieringsansvaret

Tall fra Norsk pasientregister (NPR.) viser at det i 2008 var 1874 døgnplasser, hvorav 271 plasser var avrusningsplasser. Departementet har anslått en gjennomsnittlig pris i 2008 på om lag 730 000 kroner pr. plass, noe som anslagsvis innebærer en kostnad på ca. 1,3 mrd. kroner til døgnplasser. Dette finansieres gjennom de regionale helseforetakenes budsjetter, etter en rammeoverføring over statsbudsjettets kapittel 732. Forslagsstillerne vil påpeke at de er kjent med at det er noe ulik praksis mellom de regionale helseforetakene hva gjelder andel av budsjett som benyttes til rusomsorg.

Departementet opplyser i brev av 31. oktober 2008 at det er en del institusjoner som tilbyr døgnbasert omsorg og rehabilitering knyttet til oppgaver som er et kommunalt ansvar. Oslo er den kommunen som i størst grad har slike institusjoner som eier eller avtalepart. Dette finansieres med andre ord over kommunenes budsjetter. Departementet opplyser videre at det gis statlige tilskudd til flere institusjoner som driver døgnbasert omsorg og rehabilitering over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, kap. 761 post 70. Dette er tilskudd til drift av institusjoner, og ikke finansiering av et totalt antall plasser. Total kapasitet og finansiering vil være avhengig av i hvilken grad kommunene benytter slike tiltak. Forslagsstillerne vil påpeke at det i disse tilfellene både er en statlig finansiering og en kommunal finansiering. Nedenfor er det en oversikt fra Helsedirektoratet knyttet til statlige tilskudd gitt i 2008, samt hvilken kapasitet institusjonene oppgir å ha. Denne oversikten gir ikke innblikk i faktiske kostnader og faktiske liggedøgn. Forslagsstillerne har merket seg at det ikke er etablert en nasjonal rapporteringsordning for døgninstitusjoner utenfor spesialisthelsetjenesten, noe vi finner uheldig.

Organisasjon	Tilskudd 2008	Døgnplasser
Evangeliesenteret – Drift	19 000 000	246 rehab og 19 mottak
Bladelhamnehelene – Guts-Pranden – Innvilg- are for personer med rusmiddelproblemer	600 000	8-9 plasser i døgnbemannet omsorgstilbud. Kommunen kjøper 2 plasser
Grubell rehabiliteringssenter drift og investeringer	855 000	23-24 stk
P22 Akuttmottaket – Drift	8 500 000	15 stk
Stiftelsen Kamsund ABR-senter – NBI KFr KRAFT	1 200 000	11 stk
Stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste – Prosjekt Svanviken	2 500 000	6stk
Stiftelsen KRAFT – Bergen Kontakt Senter	500 000	8 stk
Stiftelsen KRAFT – Lundevann Krise og omsorgssenter	650 000	11 stk
Stiftelsen KRAFT – Stiftelsen Shalam	1 800 000	14 stk
Stiftelsen KRAFT – Spørsm Gård	1 300 000	19 stk
Gatehospitalet	17 615 622	18 stk
SUM	54 520 622	ca 400

Totalt utgjør denne formen for statlig tilskudd om lag 54 mill. kroner, fordelt på 11 institusjoner i 2008, noe som utgjør en kapasitet på om lag 400 plasser.

Ettervernet finansieres i dag i hovedsak gjennom kommunens frie inntekter. Enkelte kommuner kjøper slike tjenester hos private rusinstitusjoner, men KOSTRA-rapporteringen er ikke presis på dette området. Departementet opplyser i brev av 31. oktober 2008 at det gis tilskudd til tiltak i kommunene som faller inn under ettervernsbegrepet, over kap. 761 post 63, dette er imidlertid i hovedsak av poliklinisk art. Kommunene kan i tillegg til dette få støtte til boligtiltak, men det er ingen særskilt rapportering knyttet til dette. Forslagsstillerne viser til eget punkt knyttet til ettervern, der problematikken omkring dagens manglende ettervern og mulige tiltak er beskrevet.

Forslagsstillerne mener det er særdeles viktig å få på plass en helhetlig finansiering, og ønsker i denne sammenheng å tilkjenne at de er kjent med at det er en rekke problemstillinger knyttet til dette i dagens system. Et av hovedproblemene, foruten lange ventetider, er slik forslagsstillerne ser det at det i mange tilfeller er lange ventetider mellom de ulike fasene i en rusmisbrukers behandlingsskjede. Dette kan blant annet gjøre seg gjeldende i lange ventetider fra endt avrusning, til institusjonsopphold, eller fra endt institusjonsopphold til tilrettelagt ettervern i den enkelte kommune. Forslagsstillerne er av den oppfatning at dette i mange tilfeller medfører en lavere suksessrate knyttet til å få habiliteret/rehabiliteret den enkelte rusmisbruker, i og med at sannsynligheten for tilbakefall er større i de tilfeller hvor helheten i behandlingsskjeden er fraværende. Forslagsstillerne mener derfor denne pragmatiske tilnærmingen til ulike deler av rusomsorgens behandlingsskjede må finne sin løsning, og at dette best kan gjøres gjennom å legge finansieringsansvaret til ett forvaltningsnivå, for på den måten å sørge for den nødvendige sammenhen-

gen i behandlingstilbudet for det enkelte individ. I dagens system hvor behandlingsskjeden finansieres både fra statlige, kommunale og delvis fylkeskommunale budsjetter, har man fått en rekke uheldige følger knyttet til den manglende helheten. Forslagsstillerne vil sammenligne en rusmisbrukers kamp for å bli kvitt sin sykdom med en stige. For mange rusmisbrukere er det en lang stige som skal klatres, og den må klatres steg for steg. Dersom man ikke blir gitt muligheten til å ta nye steg når man er kommet midtveis i stigen er det mange som faller ned til bakken og må begynne forfra igjen. En slik praksis er, slik forslagsstillerne ser det, både svært uheldig for den enkelte rusmisbruker, men også i forhold til det samfunnsøkonomiske perspektiv. Forslagsstillerne mener derfor det er behov for en systemendring, som sørger for at det neste steget på stigen til enhver tid står klart, slik at den enkelte rusmisbruker slipper å falle til bakken og begynne helt forfra igjen.

2.3 Et helhetlig finansieringssystem tilpasset individet

Som det er redegjort for over, mener forslagsstillerne det er behov for å endre finansieringssystemet, slik at man får en helhetlig sammenheng mellom de ulike fasene av et rehabiliterings/habiliteringsforløp. Forslagsstillerne ønsker derfor å samle finansieringen hos folketrygdsystemet, basert på en stykkprisfinansiering som utløses og følger den enkelte rusmisbruker til de behandlingssteder og tilbud som blir benyttet. Det er derfor særdeles viktig at individuell plan blir obligatorisk og gjennomført i praksis, slik at man til enhver tid har en helhetlig plan i behandlingsskjeden. En slik finansiering vil medføre at de om lag 4 000 rusmisbrukerne som står i kø får hjelp, og at private og ideelle institusjoner som har ledig kapasitet får benyttet sine plasser.

Oppsummert betyr dette at finansieringssystemet må tillegges staten, gjennom Nav. Det er i så måte viktig at Nav settes i stand til å gjøre denne jobben.

Forslag

Stortinget ber Regjeringen innføre et helhetlig finansieringssystem i rusomsorgen, som gjør at penge følger den enkelte pasient til de steder der behandling og ettervern finnes, og at finansieringsansvaret for hele behandlings- og ettervernsløpet tillegges staten.

2.4 Tilskuddsordning for boliger

Forslagsstillerne mener at det å ha tilgang til en plass å bo er en svært viktig faktor for å lykkes med å komme tilbake til hverdagen for rusmisbrukere. Dette er en viktig faktor i ettervernsforløpet. Slik forslagsstillerne ser det, er det ikke akseptabelt at det mange steder er bokollektiv der rusfrie personer som er i et rehabiliteringsopplegg plasseres sammen med personer i aktiv rus. Dette vil, slik forslagsstillerne ser det, medføre at tilbakefallsprosenten økes som en følge av bosituasjonen. Forslagsstillerne mener derfor det er nødvendig å innføre en egen tilskuddsordning for bygging av denne typen boliger, på lik linje med den allerede eksisterende tilskuddsordningen for omsorgsboliger.

Innretningen på en slik tilskuddsordning må gjøres på en slik måte at kommuner blir gitt de nødvendige incentivene for å tilrettelegge for utbygging av boliger for tidligere rusmisbrukere.

Forslagsstillerne vil peke på viktigheten av at man ikke får en oppsamling av denne typen boliger i noen få gitte områder. Det er videre viktig at man legger til rette for at det ikke blir en blanding av rusfrie personer i et rehabiliteringsforløp og personer i aktiv rus.

Forslagsstillerne mener videre at den enkeltes bosituasjon må vurderes individuelt. Mange ønsker seg vekk fra sitt rusmiljø, mens andre fungerer best sammen med tidligere rusmisbrukere. Det må derfor legges til rette for at den enkelte blir gitt det botilbudet i som fungerer best for den det gjelder.

Forslagsstillerne vil videre påpeke behovet for økt bruk av lavterskelboliger, for de som fortsatt er rusavhengige. Dette kan være en måte å få redusert bruken av hospits, sammen med å stimulere til større motivasjon til rusfrihet. I tillegg vil dette være en verdigere boform enn hva som er tilfellet for mange tunge rusmisbrukere i dag.

Forslag

Stortinget ber Regjeringen opprette en egen tilskuddsordning for bygging av boliger for rusmisbrukere, etter modell fra tilskuddsordningen for omsorgsboliger.

3. EN HELHETLIG TILNÆRMING

I dette kapitlet vil forslagsstillerne belyse en rekke faktorer og innsatsområder for å få på plass en helhetlig rusomsorg. Slik forslagsstillerne ser det, har det vært en mangel på helhetlige tilnærminger til rusomsorgsutviklingen i Norge. Det er, slik forslagsstillerne ser det, viktig at man har en bred tilnærming i arbeidet med å få på plass en helhetlig rusomsorg i Norge.

3.1 Forebygging

Det er en rekke tilnærminger til arbeidet med forebygging, blant annet knyttet til skoleverket. Forslagsstillerne er positive til mye av det arbeidet som gjøres, men mener dette er et felt som må videreutvikles i langt større grad enn hva som er tilfellet i dag. Forslagsstillerne viser til at alkohol og tobakk er lovlige varer for dem som er fylt 18 år. Det må derfor være et mål å heve debutalderen for bruk av lovlige rusmidler, for på den måten å hindre at barn under 18 år utvikler et misbruk i ung alder. Forslagsstillerne er videre av den oppfatning at en heving i debutalder vil medføre mindre rusmiddelmisbruk i voksenalder.

Forslagsstillerne mener at forebygging har vært et område med for lite fokus i Norge, samt at forebyggingen ofte har vært innrettet på en ovenfra og nedholdning. Forslagsstillerne er tvilende til hvorvidt pekefingerprinsippet er det mest hensiktsmessige når det gjelder å få ungdom til å utsette sin rusdebut, og mener man må se på andre virkemidler enn skrek-kampanjer. Det vises i denne sammenheng til kampanjen "rolig nå" som er en kampanje utarbeidet av ungdom, for ungdom. Det er, slik forslagsstillerne ser det, viktig at denne typen kampanjer bygges opp over et langsiktig perspektiv. Forslagsstillerne er videre av den oppfatning at USA har kommet langt både med erfaringsgrunnlag og kunnskap med hensyn til hvilke typer kampanjer som virker. Det vil derfor være naturlig å gjøre seg nytte av den kunnskap som erfaringene fra USA viser oss.

Et annet eksempel kan være jentegrupper, som blant annet har vært benyttet i regi av Borgestad-klinikken.

Astrid Henriksen, som er SLT-koordinator i Røyken kommune, uttaler følgende på Borgestad-klinikkens hjemmeside:

"Utgangspunktet for jentegruppene i Røyken var en ungdomsundersøkelse i 2003 som avdekket flere utfordringer knyttet til jenter, som rusbruk, tidlig rusdebut og dårlig trivsel i skolen. I Røyken, som i landet for øvrig, er det en overvekt av jenter som drikker alkohol 1-3 ganger i måneden, det er flere jenter enn gutter som har vært beruset, de trives dårligere på skolen, og de oppgir i undersøkelsen og ha større fysiske og psykiske plager. Røyken har også valgt å satse på jentegrupper siste året på barneskolen for å jobbe forebyggende i forhold til det som kan bli en vanskelig overgang i til ungdomsskolen.

- Vi ser at satsingen i barneskolen har virket positivt. Det er mindre krancling og utestenging jentene i mellom. Vi tror at dette er riktig og viktig satsing før ungdomskolen, hvor utfordringene i forhold til atferd og rusproblematikk kan komme for fullt, sier Astrid Henriksen."

Forslagsstillerne vil påpeke viktigheten av å øke kompetansen knyttet til rusproblematikk i skolehelsetjenesten. Det å få på plass god kunnskap og kompetanse i dette leddet av helsetjenesten, kan bidra svært positivt i det forebyggende arbeidet. I tillegg må det påpekes at foreldre har hovedansvaret for å følge opp sine barn med en oppdragelse som fremmer sunne verdier når det gjelder rus. Det må derfor legges til rette for at foreldre får lett og god tilgang til kunnskap om rus blant unge, noe som blant annet kan gjøres gjennom foreldremøter og lignende i skoleverket.

3.1.1 *Supra-F*

Forslagsstillerne mener det vil være liten effekt i å ha generelle ruskampanjer som varer i korte perioder. Det vil, slik forslagsstillerne ser det, være mer hensiktsmessig å ha målrettede tiltak inn mot risikogrupper, noe som har blitt gjort med gode resultater i Sveits.

Supra-F prosjektet i Sveits har hatt som mål å innrette individtilpassede programmer for barn og unge som utviser adferd som kan defineres som problematiske. Programmet baserer seg på et samarbeid med skoleverket, foreldre og rettsvesenet, som blant annet kan idømme unge kriminelle til et slikt program. Supra-F-konseptet handler om tidlig intervensjon og oppfølging av barn og unge i risikogruppene. Forslagsstillerne viser videre til at det er ulik grad av oppfølging etter en individuell vurdering av den enkelte. Grovt sett har man i Sveits inndelt personene i tre hovedgrupper, der omfanget av oppfølgingen varierer fra noen få timer i uken, til fulle opplegg som følger skolehverdagen.

Forslagsstillerne mener det vil være hensiktsmessig å utforme lignende programmer i Norge, rettet mot risikogrupper av barn og unge. Forslagsstillerne er kjent med at Ungdom mot narkotika er i gang med et prosjekt som har likhetstrekk med Supra-F-prosjektene i Sveits. Det er grunn til å tilrettelegge for at dette prosjektet får gode rammevilkår, samt sørge for en utvidelse av denne typen prosjekter. Det bes derfor om at Regjeringen iverksetter og legger til rette for prøveprosjekt knyttet til slike målrettede tiltak etter modell fra Supra-F prosjektene i Sveits.

3.1.2 *FemmesTISCH*

Forslagsstillerne viser til FemmesTISCH-prosjektet i Sveits som best kan sammenlignes med "Homeparties". Prosjektet er innrettet slik at en samling av 8–10 mødre samles med en ressursperson på ungdom

og rus som veileder. Slike samlinger foregår hjemme hos en av mødrene og går på rundgang på lik linje med homepartysystemet. Forslagsstillerne viser til at målgruppen for dette i Sveits er innvandrerkvinner, men at det kan tenkes at slike prosjekter bør omfatte en større del av befolkningen i Norge. Dette er allikevel et positivt redskap som bør innføres i Norge, og som kan gi svært gode resultater i det forebyggende rusarbeidet. Forslagsstillerne mener det må igangsettes forsøk med slike kvinnegrupper, som er et lavkostnadstiltak, men som også kan generere en snøballeffekt som gir svært positive resultater for det forebyggende arbeidet. Forslagsstillerne mener det kan være hensiktsmessig å ikke bare rette slike grupper mot mødre, men mot foreldre. Det bes om at Regjeringen vurderer dette i sitt arbeid med å implementere slike grupper i Norge.

Forslagsstillerne mener det er behov for en bred tilnærming til forebyggingsarbeidet som gjøres rettet mot ungdom, og ber derfor Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak om dette så snart som mulig.

3.1.3 *Forebyggende arbeid av organisasjoner*

Forslagsstillerne viser til de mange ungdomsorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner som jobber målrettet opp mot rusproblematikk blant unge. Ungdom mot narkotika er et godt eksempel i denne sammenheng. Forslagsstillerne er opptatt av at disse organisasjonene har gode økonomiske rammevilkår, slik at de kan utføre en så god jobb som mulig. Det bør, slik forslagsstillerne ser det, være en tilskuddsordning som innretter seg mot denne typen forebyggende arbeid.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen igangsette prøveprosjekt knyttet til forebyggende programmer etter modell fra Supra-F-prosjektene i Sveits.

Stortinget ber Regjeringen igangsette prosjekter rettet mot foreldre etter modell fra FemmesTISCH-prosjektene i Sveits.

Stortinget ber Regjeringen igangsette en evaluering av det forebyggende arbeidet knyttet til rus, samt iverksette tiltak for å heve debutalderen for bruk av rusmidler, og herunder lage et eget undervisningsopplegg for ungdomsskolen for å øke kompetansen knyttet til skadevirkningene av rus.

Stortinget ber Regjeringen sørge for at organisasjoner som jobber målrettet med rusproblematikk blant barn og unge blir gitt gode økonomiske rammevilkår.

3.1.4 *Hverdagsalkoholisme*

Forslagsstillerne er av den oppfatning at hverdagsalkoholismen er en av de største rusutfordringer

ne samfunnet står overfor. Det vises i denne sammenheng til estimatene som er gjengitt i punkt 1.4.1 Alkoholkonsum. Estimatenes anslår at om lag 100 000 nordmenn lider av alkoholisme.

Roar Gjelsvik, samfunnsøkonom ved Rokkansenteret i Bergen lagde en rapport på oppdrag fra Sosial- og Helsedirektoratet i 2004, som slår fast at alkoholmisbruk koster det norske samfunnet mellom 18–19 mrd. kroner pr. år.

"Den største posten er tapt produksjon for samfunnet på grunn av alkoholmisbruk. Kostnadene knyttet til sykefravær og redusert arbeidskapasitet er om lag 11,5 milliarder kroner, sier Gjelsvik."

"Videre koster alkohol helse- og sosialvesenet årlig om lag 1,2 milliarder kroner. Tallene er tatt fra blant annet sykehus, lege og barnevern. Kostnader påført tredjepart fra alkoholrelatert kriminalitet, ulykker, politi og rettsvesen koster rundt 5,3 milliarder kroner. I dette regnestykket er trygdeavgifter på grunn av alkoholmisbruk ikke tatt med."

Forslagsstillerne mener det er grunn til å hevde at samfunnskostnadene knyttet til alkoholmisbruk er svært høye, samtidig som det er grunn til å understreke de lidelsene dette misbruket medfører for den enkelte misbruker, men også for pårørende, kolleger, venner og bekjente.

Mye av dette rusmiddelmisbruket foregår i hjemmet, og er dermed i stor grad skjult for offentligheten. Forslagsstillerne er imidlertid opptatt av at denne problematikken ikke blir usynliggjort som følge av manglende synlighet i samfunnet. Det er lett å ha fokus på det synlige misbruket, enten i form av narkomane som lever på Plata i Oslo, eller de tunge alkoholikerne som lever på gata. Dette er selvsagt grupper som er viktig å ha fokus på, men man må ha flere tanker i hodet på én gang. Hverdagsalkoholikerne som drikker hjemme ødelegger ofte sitt, og andres liv, over tid. Hverdagsalkoholikerne mister ofte sitt sosiale nettverk, familie, barn, kolleger, naboer og venner. I mange tilfeller vil også den enkeltes økonomiske situasjon bli forverret som en følge av rusmisbruket. Dette kan skje gjennom at hverdagsalkoholikerne mister jobben, at ekteskap/samboerskap ryker eller andre faktorer. Ofte kan flere av disse faktorene inntreffe over en kort tidsperiode, noe som igjen medfører en forverret livssituasjon for den enkelte. Denne onde sirkelen er vanskelig å bryte ut av. Forslagsstillerne viser i denne sammenheng til flere bøker som er skrevet av ekteparet Frode og Bente Hagen, som selv er tørrlagte alkoholikere. Blant bøkene som ekteparet Hagen har skrevet finner vi titlene "Alle sa jeg drakk for mye", "Medavhengige på arbeidsplassen" og "Konfrontasjon – den nødvendige samtalen".

Forslagsstillerne viser til nødvendigheten av å lytte til forhenværende alkoholikere når man skal utforme tiltak for å møte de store utfordringene som dette

misbruket medfører i dagens samfunn. Det er viktig å ha en bred tilnærming til disse problemene, og det er derfor nødvendig å få integrert forskningsmiljøer, medisinfaget og alkoholikerne selv i arbeidet med å utforme tiltak.

Det er vanskelig å se en av sine nærmeste utvikle et alkoholmisbruk, og ofte for vanskelig til å foreta den nødvendige konfrontasjonen. Dette medfører ofte at familie, venner og kolleger stilltiende aksepterer at en rushistorie får utvikle seg over tid. Det er også verdt å merke seg ordene som ekteparet Hagen bruker knyttet til å beskrive den enkelte misbrukers evne til å benekte sitt eget problem. Denne benektelsen, og evnen til å lyve for sine nærmeste, er en av de største utfordringene knyttet til å konfrontere hverdagsalkoholismen.

Boken "Det er OK å bli sint på dem du er glad i!" skrevet av Frode og Bente Hagen gir en god innsikt i hvordan det arter seg å være pårørende, venn eller kollega av en rusmisbruker, og hvordan de kan lære å hjelpe seg selv og dermed bedre hjelpe misbrukeren. Et tilsynelatende "glemt" problem er de pårørendes arbeidssituasjon. Dette er en problematikk som antakeligvis koster arbeidslivet det samme som rusmisbruket, så vel økonomisk som rent arbeidsmiljømessig.

Behovet for forebygging er tidligere omtalt. Forslagsstillerne vil presisere at forebygging handler om svært mye mer enn kampanjevirkosomhet rettet mot ungdom. Forslagsstillerne mener arbeidsplassen bør være en sentral arena for å forebygge og bekjempe rusmisbruk.

For å få dette til er man nødt til å iverksette tiltak for å heve kompetansen blant ledere, mellomledere, tillitsvalgte og ansatte på arbeidsplassene. Forslagsstillerne viser i denne sammenheng til at mange arbeidsgivere har et sterkt fokus på dette, blant annet gjennom kurs/seminarer i regi av AKAN eller Ruskompetanse. Forslagsstillerne mener man må se på tiltak som sørger for å øke kompetansen på arbeidsplassene ytterligere, for på den måten å kunne forebygge eller avbryte enkeltindividers rusmiddelmisbruk. Det er viktig, i denne sammenheng, å understreke behovet for et sterkt fokus på alkoholmisbruk, da dette misbruket er det som i omfang er størst i Norge.

Forslagsstillerne er videre av den oppfatning at sykdommen alkoholisme er tabubelagt. Det er svært liten åpenhet rundt denne sykdommen, og de som lider av den oppfatter det ofte som skamfullt, noe som også er tilfellet for pårørende til alkoholikeren. Forslagsstillerne mener derfor det er et påtrengende behov for en bevisstgjøring knyttet til sykdommen alkoholisme, og mener derfor det må igangsettes målrettede tiltak for å nå denne målsettingen.

Forslagsstillerne har videre merket seg at Sosial- og helsedirektoratet i sin rapport for 2007 gir klare

anbefalinger med hensyn til å heve kompetansen knyttet til rusproblemer i primærhelsetjenesten. Dette er noe forslagsstillerne støtter. Behovet for økt kompetanse blir fremhevet av direktoratet og av flere ulike instanser som forslagsstillerne har vært i kontakt med. En økt kompetanse kan medføre tidlig intervensjon knyttet til å avdekke, og stoppe, enkeltindividents ruskarriere før den kommer ut av kontroll. I denne sammenheng mener forslagsstillerne at det også er behov for å øke bruken av lavintensive intervensjoner knyttet til alkoholismeproblematikken, som blant annet kan bestå av en kartlegging av pasientens alkoholkonsum, og en samtale som klargjør risikoen for den enkelte pasient.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen innføre tiltak som hever kompetansen knyttet til rusmisbruk på arbeidsplassen.

Stortinget ber Regjeringen innføre tiltak som øker bevisstgjøringen knyttet til sykdommen alkoholisme.

Stortinget ber Regjeringen om å igangsette tiltak som sørger for at fastlegene og andre deler av primærhelsetjenesten øker sin kompetanse når det gjelder å avdekke rusproblemer blant pasientene.

Stortinget ber Regjeringen om å igangsette tiltak som sørger for økt bruk av lavintensive intervensjoner knyttet til alkoholismeproblematikken.

3.2 Frivillig sektor

Forslagsstillerne er av den oppfatning at det bidraget som gjøres av frivillig sektor rettet inn mot rusomsorgen i Norge er av svært stor betydning. I dette kapitlet vil forslagsstillerne omtale behovet for å legge til rette for økt bruk av frivillig sektor i rusomsorgen.

3.2.1 Hva kan frivilligheten bidra med?

Slik forslagsstillerne ser det er det en rekke ting frivilligheten bidrar med, og kan bidra med i rusomsorgen. Spesielt er dette rettet opp mot hverdagstrening og sosialisering i ettervernsforløpet, men det presiseres at det også er mange tiltak som gjøres med hensyn til sponsorvirksomhet, besøkstjenester i fengsler og en rekke andre tiltak som bidrar i norsk rusomsorg. Forslagsstillerne viser til at det er en rekke frivillige aktører som bidrar, og at det derfor er problematisk å trekke frem enkeltorganisasjoner. Forslagsstillerne mener allikevel det er riktig å vise til Kirkens Bymisjon og Fransiskushjelpen, som over en årrekke har bidratt i norsk rusomsorg. Forslagsstillerne viser blant annet til tilbudet Gatehjelpen, som er et viktig lavterskeltilbud for mange rusmisbrukere.

Forslagsstillerne viser videre til at en rekke lag og organisasjoner i mange sammenhenger bidrar svært

positivt i et ettervernsforløp, der tidligere rusmisbrukere deltar i aktiviteter som fører til økt grad av sosialisering.

3.2.2 Bedre rammevilkår for frivilligheten

Forslagsstillerne mener det er behov for å legge til rette for at frivilligheten i enda større grad blir gitt muligheten til å bidra positivt i norsk rusomsorg. Det vises i denne sammenheng til følgende merknad i Budsjett-innst. S. nr. 2 (2008–2009):

"Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre minner om at utgangspunktet for kompensasjonsordningen er Stortingets vedtak om at de frivillige organisasjonene skal kompenseres fullt ut for merkostnadene som følger av merverdiavgiftsreformen.

Disse medlemmer er kjent med at en samlet frivillig sektor framholder innføring av fullt momsfritak for frivillige organisasjoner som ett av de viktigste spørsmålene for å bedre sektorens økonomiske rammebetingelser framover. Disse medlemmer er oppmerksom på at enkelte organisasjoner anfører at dagens regime pålegger dem å betale merverdiavgift for varer og tjenester i en størrelsesorden som medfører at en stor andel av det organisasjonene mottar i offentlige tilskudd, i realiteten tilbakeføres til staten i form av merverdiavgift. Disse medlemmer vil også påpeke at dagens regelverk innebærer at oppføring av ellers tilsvarende hus og anlegg skattelegges ulikt etter hvorvidt oppføringen skjer i regi av en frivillig organisasjon eller en kommune.

Disse medlemmer viser til Budsjett-innst. S. nr. 1 (2008–2009) der regjeringspartiene nok en gang gikk imot forslag som har til hensikt å sørge for fortgang og avklaring i saken om frivillige organisasjoners utgifter til merverdiavgift.

Disse medlemmer viser til Budsjett-innst. S. I (2008–2009) hvor disse partier fremmet følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2009 legge fram et opplegg for å frita frivillige organisasjoner for momsbelastningen knyttet til innkjøp, som kan etableres fra og med 2010."

Disse medlemmer mener at kap. 315 post 70 bør omgjøres til en overslagsbevilgning, slik at de frivillige organisasjonene kompenseres fullt ut for merkostnadene som følge av merverdiavgiftsreformen.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen om å legge frem en egen sak om momsfritak for frivillige lag og organisasjoner.""

Forslagsstillerne viser til at Fremskrittspartiet var det partiet som først foreslo en slik ordning, og mener fortsatt dette må gjennomføres, slik at frivilligheten blir gitt gode rammevilkår, noe som også vil medføre økt bidrag i rusomsorgen.

Forslagsstillerne mener videre det er behov for å innføre et eget takstsystem innenfor spesielle tjenes-

ter i ettervernsperspektivet, som også kan gis til frivillig sektor. Dette kan eksempelvis være knyttet opp mot besøkstjeneste og støttekontaktfunksjoner.

Det er viktig for forslagsstillerne at frivilligheten blir gitt muligheten til å bidra til å løse de offentlige oppgaver knyttet til ettervernstilbudet, og det må derfor sørges for at det blir gitt økonomisk kompensasjon for de tjenester som utføres i regi av frivilligheten på vegne av offentligheten.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen utrede, og innføre, et takstsystem på offentlige ettervernstjenester, som også utløser finansiering for tjenester som frivilligheten bidrar med, etter avtale med Nav.

3.3 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR står for LegemiddelAssistertRehabilitering med metadon eller Subutex/Suboxone i regi av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunal helse- og sosialtjeneste inkl. fastlegene.

Det vises til at tall fra SERAF (Senter for rus og avhengighetsforskning) viser at det pr. 31. august 2008 var 4 755 pasienter som var innenfor LAR-systemet i Norge. Ca. 2 000 av disse tilhørte helseregion Øst. Det vises videre til at det siden 1998 har vært 6 970 pasienter som har vært inkludert i LAR-systemet. Pr. 31. august 2008 var det 116 personer som sto på søkeliste til LAR, mens det var 271 pasienter som sto på venteliste. Det vises videre til at SERAF anslår at ca. 7 000 heroinmisbrukere i Norge hadde nytt godt av LAR-behandling.

Forslagsstillerne mener LAR-behandlingen som gis i Norge kunne inkludert flere pasienter, samt at ventelister og søkerlister må avvikles, slik at de som ønsker å få LAR-behandling, og oppfyller kriteriene for LAR, får hjelp umiddelbart. Dette er viktig med tanke på til å gi et tilbud til pasientene umiddelbart når motivasjonen er til stede.

LAR har vært et landsdekkende tilbud siden 1998 til pasienter som er avhengige av heroin. Forslagsstillerne viser til de krav som stilles for at man skal få komme inn i LAR-systemet:

- Pasienten må ha fylt 25 år
- Pasienten må ha hatt en langvarig narkotikamisbrukskarriere, og misbruket skal på søkertidspunktet og over flere år ha vært klart opiattdominert
- Pasienten må i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av meradon og opioder med sikte på rusfrihet.

Forslagsstillerne mener kriteriene for å komme inn til LAR må endres slik at det er den enkeltes rus-

historie som er avgjørende for om man kommer inn i LAR, og ikke alderen. Det er, slik vi ser det, meningsløst at en 23 år gammel pasient som har hatt et tiårig heroinmisbruk ikke skal kunne omfattes av LAR. Det viktigste må være å ha en individuell vurdering av hvorvidt LAR kan være et aktuelt behandlingstilbud, og ikke rigide og strenge regler som er satt i system. Forslagsstillerne vil nok en gang påpeke at rusmisbrukere er like forskjellige som alle andre mennesker, og at det derfor er helt essensielt at man får på plass en individuell tilnærming til denne problematikken for å kunne gi et optimalt behandlingstilbud for den enkelte. Det er imidlertid naturlig, slik forslagsstillerne ser det, at vedkommende har nådd myndighetsalderen på 18 år for å innlemmes i LAR-behandling.

Forslagsstillerne viser til de signaler som har kommet angående store geografiske forskjeller knyttet til LAR. Det kan ikke være sann at det er bostedsadressen som er avgjørende for hvordan LAR praktiseres ovenfor den enkelte pasient. Det må derfor sørges for at LAR-systemet blir et helhetlig og godt tilbud for alle som trenger det, uavhengig av hvilken helseregion og/eller kommune den enkelte hører til. Det vises i denne sammenheng også til omtale vedrørende finansieringssystemet der dette beskrives nærmere. Det vises også til den makten LAR-tiltakene har over inntak, utskrivning, medikamentvalg, dosering, urinprøvekontroller, samt at det delegeres i svært ulik grad til førstelinjetjenesten. Dette medfører, slik forslagsstillerne ser det, en uheldig ulik praksis knyttet til hvordan det enkelte individ blir fulgt opp. Dersom man ser på statusrapporten for 2007 som er publisert fra SERAF, finner vi følgende opplysninger om tilfredshet blant pasienter og behandlere:

Pasienter som er fornøyd med LAR-behandlingen:

Oppland 43,9 pst.
Oslo 48,0 pst.
Hedmark 49,4 pst.
Hordaland 50,5 pst.
Akershus 50,8 pst.
Nord-Norge 52,5 pst.
Norge 55,3 pst.
Vestfold 55,9 pst.
Rogaland 57,2 pst.
Buskerud 57,3 pst.
Østfold 58,4 pst.
Telemark 65,4 pst.
Midt-Norge 65,4 pst.
Vest-Agder 66,4 pst.
Aust-Agder 67,6 pst.

Behandlere som er fornøyde med LAR-tilbudet som gis:

Oslo 43,7 pst.
Hordaland 48,1 pst.
Oppland 49,1 pst.
Akershus 50,3 pst.
Vest-Agder 50,9 pst.
Nord-Norge 51,7 pst.
Norge 53,1 pst.
Hedmark 53,5 pst.
Østfold 53,5 pst.
Buskerud 55,8 pst.
Vestfold 57,5 pst.
Rogaland 58,0 pst.
Telemark 58,3 pst.
Aust-Agder 63,1 pst.
Midt-Norge 70,1 pst.

Forslagsstillerne viser til at tallene viser en relativt stor forskjell knyttet til tilfredshet med LAR-behandlingen fordelt på fylker, dette gjelder både når det gjelder pasienter og behandlere. Dette underbygger, slik forslagsstillerne ser det, signalene knyttet til ulik praksis knyttet til LAR, både ut fra helseregioner og i forhold til oppfølging i kommunehelsetjenesten. Forslagsstillerne vil også understreke at de som har blitt kastet ut av LAR eller står i kø for å komme inn i LAR ikke er tatt med i denne undersøkelsen, og det er grunn til å anta at de fleste av disse ikke er fornøyde med det tilbudet de mottar, eller rettere sagt, ikke mottar.

Det vises til omtalen og forslagene knyttet til individuell plan, noe som forslagsstillerne finner helt nødvendig for å få på plass en god oppfølging av de narkomane som har nytte av LAR. Rehabiliteringsperspektivet i behandlingen må gjøres til den sterkere faktor, og dette må gjøres gjennom bindende avtaler og en helhetlig finansiering, samt at individuell plan brukes som det obligatoriske hjelpeverktøyet i behandlingskjeden.

Forslagsstillerne viser til den ulike praktiseringen som gjøres innenfor LAR-systemet. Vi er blant annet blitt gjort kjent med at en rekke pasienter i LAR-systemet er blitt tatt ut av behandlingen som følge av sidemisbruk, uten at det er gitt tilbud om andre behandlingsformer. Forslagsstillerne er sterkt kritiske til en praktisering der forhenværende tunge heroinister blir tatt av LAR-behandling som følge av sidemisbruk knyttet til mildere rusmidler, som for eksempel cannabis. Forslagsstillerne er av den oppfatning at dersom en tung heroinist har klart å slutte og injisere eller inhalere heroin, så er man kommet langt. Det må derfor legges til rette for at sidemisbruk i LAR ikke automatisk medfører en utkastelse av behandlingen. Sagt med andre ord, så ønsker forslagsstillerne at de rigide krav som enkelte steder har medført at pasien-

ter inneholdende under LAR-behandling blir kastet ut som følge av sidemisbruk, opphører.

Forslagsstillerne viser videre til at Stortinget har vedtatt en forsøksordning hvor fastleger gis mulighet til å forskrive LAR-preparater. Forslagsstillerne viser i denne sammenheng til den franske modellen, hvor dette er gjennomført. Det er, slik vi ser det, viktig at dette videreutvikles i Norge, og at det gjøres til en permanent ordning.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen iverksette tiltak som sikrer at:

- LAR gjøres lettere tilgjengelig for de som oppfyller kravene
- LAR Ikke har for rigide og strenge krav til sidemisbruk av mildere rusmidler
- Det er den enkeltes rushistorie som er avgjørende for hvorvidt man kommer inn i LAR-systemet.
- Ventetidene både på søknad og behandling i LAR reduseres til et minimum
- At det eksisterer en helhetlig rehabiliteringsplan gjennom obligatorisk bruk av individuell plan.
- Pasientrettighetene gjøres gjeldende for pasienter omfattet av LAR.
- At fastleger gis mulighet til å forskrive LAR-preparater på permanent basis.

3.4 Justissektoren

Forslagsstillerne vil i dette kapitlet omtale forslag til forbedringer knyttet til justispolitiske virkemidler i det forebyggende perspektivet.

3.4.1 *Straff som forebyggende virkemiddel*

Forslagsstillerne viser til den beskrivelse som gis av Narkotikaprogram med domstolkontroll (ND), som gis i St.meld. nr. 37 (2007–2008), Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn:

"Rusmisbrukere som tidligere ville ha blitt dømt til ubetinget fengselsstraff for kriminelle handlinger, kan nå dømmes til å følge et rehabiliteringsprogram. En treårig prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll trådte i kraft 1. januar 2006 som straffereaksjon for rusmisbrukere i Oslo og Bergen. Prosjektperioden ble forlenget til 2011 i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2008. Ordningen er frivillig, slik at domfelte kan velge fengselsstraff i stedet. Formelt sett er deltakelse i rehabiliteringsprogrammet et vilkår for betinget dom, jf. straffeloven § 53 nr. 3e. Hvis programmet ikke følges etter vilkårene, kan reaksjonen bli omgjort til ubetinget fengselsstraff for resttiden.

Ordningen har så langt omfattet tunge rusmisbrukere som har begått narkotikarelatert kriminalitet.

Etter at prøveordningen har vart i to år, er 53 personer blitt idømt ND, herav 23 i Oslo og 30 i Bergen. Tre personer har fått ND-dom to ganger. Pr. 31.12.2007 deltok 26 personer i programmet, 16 i Oslo og 10 i Bergen."

Forslagsstillerne er positive til denne form for avstraffelse for rusmisbrukere, og ønsker å følge denne forsøksordningen nøye for å se hvorvidt denne formen for avstraffelse fungerer positivt for de tunge misbrukerne. Forslagsstillerne mener videre det kan være behov for å gjøre denne ordningen obligatorisk, og dermed fjerne den frivilligheten som den domfelte har i dag. Dette bør man ta stilling til etter at prosjektperioden er ferdig i 2011, og evalueringen foreligger.

Forslagsstillerne vil videre vise til dagens system der små beslag av brukerdoser av narkotiske stoffer avstraffes med bøter. Det vises i denne sammenheng til blant annet Frankrike, der slike tilfeller av kriminalitet blir straffet med programmer som finansieres av den som har mottatt et forenklet forelegg. Forslagsstillerne mener det vil være positivt, spesielt for unge personer som blir tatt med brukerdoser av narkotika som i dag medfører forenklet forelegg, å måtte delta i et program knyttet til bruk av narkotiske stoffer. Dette vil, slik forslagsstillerne ser det, ha en preventiv virkning, men også åpne for at unge personer avbryter sin ruskarriere. Dette kan derfor ses på som et forebyggende tiltak som kan være svært virkningsfullt.

Slike programmer kan innrettes på en slik måte at de som blir idømt forenklet forelegg, i stedet blir bedt om å betale den samme summen for å delta på et program. Programmene bør være organisert på en måte som gjør at den enkelte unge brukeren får et møte med tunge misbrukeres hverdag, enten tilknyttet institusjoner, organisasjoner eller lignende. Programmene vil være tilnærmet selvfinansierende all den tid det er den enkelte selv som må finansiere dette, i stedet for å betale en bot. Forslagsstillerne peker på at et slikt system kan karakteriseres som en øremerket bot.

Forslagsstillerne viser videre til praksisen knyttet til promilleprogram som er beskrevet i St.meld. nr. 37 (2007–2008), Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn:

"Promilleprogram er formelt sett et særvilkår til betinget dom, som alternativ til ubetinget fengsel. Målgruppen var opprinnelig promillekjørere med et erkjent alkoholproblem, som hadde kjørt med høy promille eller som var tiltalt for gjentatt promillekjøring. Ordningen vil i løpet av 2008 bli gjort permanent og utvides etter lovendringer til å omfatte all ruspåvirket kjøring."

Dersom man ser på utviklingen av antall dommer som har medført promilleprogram, finner vi følgende:

År	Antall dommer
1997	163
1998	195
1999	170
2000	176
2001	190
2002	239
2003	334
2004	448
2005	579
2006	474
2007	467

Kilde: St.meld. nr. 37 (2007-2008)

Forslagsstillerne er positive til at ordningen ble gjort permanent i 2008, men mener det må vurderes hvorvidt ordningen bør utvides til å også gjelde annen kriminalitet som er knyttet til alkoholmisbruk.

Forslagsstillerne er av den oppfatning at politiet bør ilegges en plikt til å følge en ruset mindreårig hjem til foreldrene til vedkommende, der politiets kapasitet tilsier at dette er mulig. Dette kan ha en god preventiv effekt, samtidig som foreldrene kan få en større forståelse av alvoret knyttet til rusmiddelmisbruk blant barn og unge. For å si det på en annen måte, så ønsker forslagsstillerne at politiet gjøres pliktig til å følge en beruset/ruset mindreårig hjem til foreldrene, umiddelbart etter anholdelse. Spesielt viktig vil dette være for de aller yngste.

Det fremmes derfor følgende forslag:

Stortinget ber Regjeringen vurdere å utvide praksisen knyttet til å bruke behandlingsdommer, både hva gjelder omfang og grupper.

Stortinget ber Regjeringen innføre en plikt for politiet til å følge berusede/rusede mindreårige hjem til vedkommendes foreldre, der politiets kapasitet tilsier at det er mulig.

3.4.2 Helsetjenester i fengsel

Forslagsstillerne vil innledningsvis understreke at innsatte i fengsel skal ha lik rett til helsehjelp som den øvrige befolkningen, enten det er somatiske, psykiske eller rusrelaterte diagnoser.

Forslagsstillerne viser til at det er et behov for å styrke fagkompetanse om rus og psykisk lidelse i fengselsvesenet. Det er en stor andel av de innsatte som har psykiske problemer og rusproblemer. Det er videre viktig å sørge for at langt flere innsatte settes under behandling, slik at man kan få startet veien til-

bake til det ordinære samfunnsliv. Blant annet vil det være viktig å se på kriteriene for LAR-behandling, slik at innsatte med behov for legemiddelassistert rehabilitering kan få startet med dette mens de soner sine dommer.

Forslagsstillerne mener videre det må utarbeides en individuell plan for innsatte med rusproblemer, med en avtalefestet ettervernsplan fra dag 1 etter endt soning. I tillegg skal vedkommende ha samme rett til en velferdskonsulent i Nav, med ansvar for oppfølging av den enkelte. Disse elementene vil bli omtalt i andre deler av dokumentet, men forslagsstillerne ønsker å presisere at disse punktene også vil være gjeldende for innsatte i fengsel med rusdiagnoser.

Forslagsstillerne viser videre til følgende komitémerknad i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008–2009):

"Komiteen har mottatt signaler om at norske fengsler i perioder har vanskeligheter med å få overført psykisk syke innsatte til psykiatriske institusjoner. Det bør, slik komiteen ser det, til enhver tid være plasser avsatt ved sikkerhetsavdelinger i de regionale helseforetakene, som på kort varsel kan ta imot sterkt psykisk syke fra fengselsvesenet. Dette vil være til det beste, både for de pasientene det gjelder og for medfanger og ansatte i fengselsvesenet."

Forslagsstillerne mener dette fortsatt ikke er ivarettatt på en tilfredsstillende måte.

Forslagsstillerne vil peke på viktigheten av å få på plass en bedre samordning mellom psykiatrien og rusomsorgen. Dette må gjøres parallelt. Forslagsstillerne vil derfor påpeke at det er uheldig at opptrappingsplanen for psykiatri ikke videreføres med øremerkede midler fra 2009.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det er kapasitet ved psykiatriske sikkerhetsavdelinger i alle landets helseregioner som på kort varsel kan ta imot psykisk syke innsatte fra fengselsvesenet.

3.5 Juridiske rettigheter

Forslagsstillerne er opptatt av å tydeliggjøre og stadfeste rusmisbrukeres juridiske rettigheter. Det er mottatt signaler som tyder på at rusmisbrukere ikke blir gitt de samme tjenestene, oppfølgingen, behandlingen og rettigheter som øvrige pasientgrupper. Forslagsstillerne mener dette er totalt uakseptabelt.

Det vises til pasientrettighetsloven:

§ 2-1. Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelse-tjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pa-

sienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.

Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunktet som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket.

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastsettelse av og informasjon om tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om organiseringen av og oppgjøret for tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

§ 2-2. Rett til vurdering

Pasient som henvises til sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, som omfattes av § 2-4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist for å yte helsehjelp som nevnt i § 2-1 annet ledd når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Det skal vurderes om pasienten har en slik rettighet overfor spesialisthelsetjenesten som omtalt i § 2-1 annet ledd, og eventuelt fastsettes en slik frist som omtalt i samme ledd annet punktum. Pasienter som har en slik rettighet, skal underrettes om dette og om fristen. I underretningen skal pasienten også gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage. Henvissende instans skal også underrettes.

Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering.

Departementet kan i forskrift bestemme at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering raskere enn innen 30 virkedager.

Forslagsstillerne viser til at loven på en god måte tydeliggjør rettighetene som også pasienter med rusdiagnoser har krav på. Forslagsstillerne viser videre til at vi er gjort kjent med at pasientrettighetene til rusmisbrukere ikke følges opp. Forslagsstillerne mener dette er totalt uakseptabelt. Alkoholisme og narkomani er sykdommer som skal utløse de nøyaktig samme pasientrettighetene som gjelder for andre sykdomsgrupper i det norske helsevesenet.

Forslag

Stortinget ber Regjeringen iverksette tiltak som sørger for at pasienter med rusproblemer blir gitt den behandlingen de har krav på i henhold til pasientrettighetsloven.

3.5.1 Individuell plan

Forslagsstillerne vil innledningsvis påpeke viktigheten av at individuell plan benyttes, også knyttet til pasienter med rus eller rus/psykiatrilaterede diagnoser. Signalene som er kommet tyder på at dette ikke er tilfellet for mange i denne pasientgruppen, noe som er totalt uakseptabelt. Individuell plan må gjøres til det verktøyet som det er tenkt å være, for på den måten å sikre den enkelte et adekvat og godt behandlings- og rehabiliteringsforløp. Individuell plan er en forutsetning for å få på plass en helhetlig behandlingskjede som legger til rette for og stiller krav til den enkelte pasient.

Forslagsstillerne viser til pasientrettighetsloven:

§ 2-5. Rett til individuell plan

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Forslagsstillerne viser videre til viktigheten av at individuell plan utarbeides tidlig i et behandlingsforløp. Dette vil kunne medføre en langt sterkere motivasjon hos den enkelte, da man blir gitt et perspektiv for hvordan behandlingsforløpet, og ikke minst rehabiliteringsforløpet, vil arte seg. Forslagsstillerne mener videre det er behov for en konkret velferdskonsulent i Nav for den enkelte, som har ansvaret for oppfølgingen. Velferdskonsulenten vil ha en svært sen-

tral rolle i utarbeidelsen og oppfølgingen av den enkelte individuelle plan. Forslagsstillerne vil i tillegg påpeke at det må stilles krav til den enkelte pasient i den individuelle planen. Dette er, slik forslagsstillerne ser det, en forutsetning for å lykkes i å få rusmisbrukere tilbake til en så normal hverdag som overhodet mulig.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen sørge for at retten til individuell plan gjøres obligatorisk, og at det iverksettes tiltak som gjør at individuell plan blir utarbeidet tidlig i behandlings/tiltaksforløpet.

3.6 Pårørende av rusmiddelmisbrukere

Forslagsstillerne vil påpeke at det så og si alltid vil være pårørende til en rusmisbruker, enten dette er ektefelle, samboer, barn, venner, slekt, kolleger eller naboer. Det er viktig at også pårørendeaspektet huskes i forhold til rusmisbrukere. I dette punktet vil forslagsstillerne beskrive ulike tiltak som tar vare på pårørende av rusmisbrukere. Forslagsstillerne mener den mest utsatte gruppen som blir rammet av andres rusmisbruk er barn, og nettopp barna vil være et av de sterkeste fokusområdene i dette punktet.

3.6.1 Barn av rusmiddelmisbrukere

I begynnelsen av 2006 kom Sirius med rapporten "Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer". Dette var en oppfølging av rapporten "Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer" som kom i 2005. Hovedkonklusjonen til forskerne bak undersøkelsen, Bjørn Solbakken og Grethe Lauritzen var ifølge skribent Sidsel Skotland følgende: "Det mest slående med dagens tilbud til barn av rusmiddelavhengige foreldre er hvor tilfeldig og lite helhetlig det er bygget opp. Hva slags tilbud barnet og familien har tilgang til avhenger av hvor i landet de bor."

Forslagsstillerne er enig i behovet for en systematisk endring i forhold til arbeid knyttet opp til barn av rusmiddelavhengige. Dette er et arbeid som må gjøres over en rekke fagfelt og sektorer.

Barn av rusmiddelavhengige er ikke en homogen gruppe som har de samme problemene. Det eneste de har til felles, er at en eller flere av deres nærmeste har et rusmiddelproblem. Det må derfor settes inn ulike tiltak som er individrettet og treffsikkert i forhold til det enkelte barn. En av hovedutfordringene knyttet til tidlig intervensjon er manglende kompetanse i ulike ledd. Forslagsstillerne mener det er svært viktig å heve kompetansen i primærhelsetjenesten, både blant leger, helsesøstre og andre. I tillegg er det viktig å heve kompetansen knyttet til rus i barnehager og skoleverk. Forslagsstillerne mener det må iverksettes et

bredt arbeid knyttet til å heve kompetansen med hensyn til barn av rusmiddelmisbrukere.

Forslagsstillerne viser videre til Sidsel Skotlands artikkel "Hjelpetilbudet – Tilfeldig og lite helhetlig", som omtaler funnene i den overnevnte SIRUS-rapporten fra 2006:

"Forekomsten av spesifikke tiltak innen førstelinjetjenesten var på knappe 3 prosent – hvorav helsestasjonene ligger suverent i tet: 16 av de 18 virksomhetene på førstelinjenivå som rapporterer om spesifikke tiltak, er helsestasjoner.

Av behandlingsinstanser for rusmiddelproblemer er det 22 som har et spesifikt tilbud til barn – inkludert de tilbudene som er beskrevet i Sirus-rapport 5/2005. Men et stort flertall, 78 prosent, av behandlingsinstansene har ikke noe spesifikt tilbud til barn.

De døgningstusjonene som har tilbud til barn legger dem enten inn sammen med foreldrene som er til behandling i institusjonen, eller institusjonen inviterer barna til foreldre som er innlagt til å delta i familiebehandling eller motta et pårørendetilbud. Barnas deltakelse kan være poliklinisk eller de kan bo i kortere eller lengre tid på institusjonen."

Forslagsstillerne mener gruppeterapi uten foreldrene for barn over en viss alder er meget viktig, ledet av mennesker med ruskompetanse. Det er viktig at disse barna får prate sammen og dele sine erfaringer slik at de kan oppdage at de ikke er alene om problemet og at ingenting av dette er deres skyld.

Dersom ikke barna får adekvat hjelp, vil traumene kunne innhente dem, og mange av disse vil selv utvikle rusproblemer. Rus blir en måte å takle problemene på.

Psykisk helsevern har enda lavere forekomst av særskilte tiltak enn behandlingsinstansene for rusmiddelproblemer. Dette var også den virksomhetstypen som hadde lavest svarprosent på spørreskjemaet – bare to av 29 instanser svarte. Solbakken og Lauritzen mener det er svake tradisjoner for å forholde seg til rusmiddelproblematikk i denne delen av helsevesenet. Samtidig må en regne med at disse virksomhetene har kontakt med mange barn og unge som har rusmiddelbelastede familier uten at dette er kjent for behandlerne. Det kan synes som om barne- og ungdomspsykiatrien i langt større grad kan arbeide med rusrelaterte skader og samspillsmønstre dersom det finnes kompetanse på identifisering av rusmiddelproblemer i familier, og det er tilrettelagt for metodisk tilnærming, skriver forskerne.

Når det gjelder de frivillige og ideelle tiltakene, finnes det mange som har generelle tiltak som kan nå fram til barn fra familier med rusmiddelproblemer, men det er få som har spesifikke tiltak retta mot denne gruppa.

Forslagsstillerne mener funnene som er gjengitt ovenfor, er bekymringsfulle. En av hovedutfordringene er, slik forslagsstillerne ser det, manglende fo-

kus på avdekking av rusmiddelproblematikk i barnas familie, også innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Forslagsstillerne mener derfor det må igangsettes et omfattende arbeid knyttet til å utvide kapasiteten knyttet til tilrettelagte tilbud til barn av rusmiddelmisbrukere, men også når det gjelder å øke kompetansen knyttet til disse problemstillingene i helsetjenesten generelt, og i barne- og ungdomspsykiatrien spesielt.

Forslagsstillerne vil påpeke viktigheten av å rydde opp i barnevernets rolle knyttet til barn av rusmisbrukere, og barn som rusmisbrukere. Forslagsstillerne mener derfor det må foretas en evaluering av det statlige og kommunale barnevernets håndtering av barn i familier med rusproblematikk.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen om å igangsette tiltak som sørger for at primærhelsetjenesten og skoleverket får økt kompetanse knyttet til problematikken rundt barn av rusmiddelmisbrukere.

Stortinget ber Regjeringen iverksette tiltak som hever kapasiteten og omfanget av tilbud til barn av rusmiddelmisbrukere.

Stortinget ber Regjeringen igangsette de nødvendige tiltak for å heve kompetansen knyttet til problematikken rundt barn av rusmiddelmisbrukere i barne- og ungdomspsykiatrien.

Stortinget ber Regjeringen sørge for en evaluering knyttet til det statlige og kommunale barnevernets håndtering av barn i familier med rusproblematikk.

3.6.2 Familievern

Forslagsstillerne er opptatt av at familievern styrkes. Dette gjelder både det offentlige og det private familievern. Forslagsstillerne finner det uakseptabelt at tilgangen på familievernstjenester er avhengig av hvilken bostedsadresse den enkelte familie har, og vil derfor sørge for at alle landets innbyggere har tilgang til familievern, enten dette er i offentlig eller privat regi. Familievern kan, slik forslagsstillerne ser det, være en viktig faktor for å hjelpe familier der en eller flere har et rusmiddelproblem. Familievernet kan komme inn på et tidlig tidspunkt, noe som kan bidra til at familier ikke går i oppløsning og at uskyldige pårørende rammes hardere enn nødvendig. Forslagsstillerne mener derfor at et godt familievern, med tidlig intervensjon, kan være et svært viktig tiltak, både for pårørende og rusmiddelmisbrukeren selv.

Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at alle landets innbyggere har tilgang til familievern, uavhengig av den enkeltes bostedsadresse.

3.6.3 Sosiale nettverk

Forslagsstillerne har merket seg at flere innenfor rusomsorgsmiljøet, blant andre ekteparet Hagen, som er omtalt under punktet hverdagsalkoholisme, mener det for hver rusmisbruker er minimum 4–5 pårørende. Forslagsstillerne erkjenner at man ikke har noen signifikant undersøkelse som støtter påstander om et gitt antall pårørende per rusmisbruker, men mener likevel det er god grunn til å komme med påstanden om at det er svært mange pårørende til mennesker med en eller flere former for rusrelaterte problemer. Dette kan være barn, familie, venner, kolleger eller naboer. For de pårørende medfører deres kjæres rusproblem svært mange utfordringer. Dette kan være påkjenninger av følelsesmessig karakter, men også økonomiske utfordringer og andre problemer. Mange pårørende har også en skyldfølelse, noe som sammen med andre faktorer ofte medfører ulike grader av psykiske problemer. For den enkelte rusmisbruker medfører ofte rusen at sosiale nettverk forsvinner. Eksempelvis kan man miste familie, venner, jobb og kolleger. Sagt på en annen måte opplever mange rusmiddelmissbrukere at hele deres normale hverdag, som er bygd opp rundt ulike sosiale nettverk, forvitrer i takt med det voksende eller vedvarende misbruket. Forslagsstillerne er opptatt av å iverksette tiltak som sørger for at de sosiale nettverkene til den enkelte rusmiddelmissbruker ikke forsvinner, eller at man i et behandlingsforløp legger stor vekt på å gjenskaffe gamle sosiale nettverk der dette er mulig, eller skape nye sosiale nettverk der det er nødvendig. Forslagsstillerne viser i denne sammenheng til punkt 4.3.3, der viktigheten av å inkludere den enkeltes familie og øvrige nettverk i habiliterings- og rehabiliteringsfasen, er omtalt i forhold til ettervern.

Det er som tidligere nevnt mange former og måter å være pårørende til en rusmiddelmissbruker på. Dette kan være ektefelle, foreldre, barn, venner, naboer mv. Dette medfører at man må jobbe på mange arenaer for å sørge for at ulike pårørende blir "fanget opp" og tatt vare på. Kompetansen knyttet til primærhelsetjenesten er tidligere omtalt, og denne sektoren vil også være en viktig faktor hva gjelder pårørende-problematikken.

3.7 Bruk av tvang

Bruk av tvangsbehandling av rusmiddelmissbrukere er i Norge relativt begrenset sammenlignet med en del andre land. Forslagsstillerne har tidligere omtalt utvidet bruk av behandlingsdommer, og da spesielt rettet opp mot yngre domfelte.

Forslagsstillerne er videre av den oppfatning at det for mange foreldre er fortvilende å se deres barn gå til grunne uten å kunne yte nødvendig hjelp. Forslagsstillerne mener derfor det er behov for en gjennomgang av dette området i Norge, med det formål å se på hvorvidt det er mulig å finne nye løsninger

knyttet opp til tvangsbehandling, og spesielt i forhold til yngre rusmisbrukere.

Forslagsstillerne mener videre det er grunn til å foreta en vurdering knyttet til bruk av tvangsbehandling for gravide rusmisbrukere. Dette er enkeltindivider som ikke bare er til skade for seg selv, men også for fosteret.

Forslag

Stortinget ber Regjeringen foreta en vurdering knyttet til tvangsbehandling av rusmisbrukere, og at det fremmes en sak for Stortinget om dette innen utgangen av 2009.

3.8 Nav

Forslagsstillerne har vært i kontakt med en rekke rusavhengige som har vært ruset i store deler av sitt liv, men som i dag er rusfri. Ut fra tilbakemeldinger forslagstillerne har mottatt fra denne gruppen, er den største utfordringen egentlig ikke å bli rusfri, men å komme inn i et normalt liv. De opplever at det å skaffe seg jobb, få en vennekrets, ja, leve som andre, er svært vanskelig. De har videre store problemer med å vite hvor man skal gå, eller hva slags hjelp som er tilgjengelig. I en jungel av tilbud og utfordringer er det vanskelig å navigere for en nedslitt rusmisbruker. I dag er tilbudet svært fragmentert, og det er signaler som tyder på at de som jobber med ulike tilnærminger i rusomsorgen, ikke er kjent med hverandres arbeidsområder. Forslagsstillerne mener det er behov for en betydelig samordning av tjenester og tilbud når det gjelder denne gruppen. Uten en mer helhetlig tilbudskjede og større fokus på samordning blir det vanskelig å kunne tilby den brede og individuelle hjelpen som trengs.

Utgangspunktet og intensjonen knyttet til Nav-reformen var og er riktig. Men vi har nå sett en rekke eksempler på at den ikke har fungert i henhold til hva som var hensikten. Sivilombudsmannen fremla en rapport i februar 2008 hvor blant annet følgende fremkom:

"En rekke kritikkverdige forhold ved NAV-ansattes veilednings- og opplysningsplikt, og deres holdning til, og kompetanse om funksjonshemmede og kronisk syke, og brukere med psykiske problemer." I rapporten fremkom det også at flere mente at saksbehandlere i NAV ikke hadde tilstrekkelig kompetanse om brukernes sykdom til å gi dem den veiledningen de har krav på. Brukere med psykiske problemer opplever at NAV i for stor grad er opptatt av å spare penger, og forsøker å finne en måte å avslå søknader på."

Forslagsstillerne mener dette er bare noen av mange eksempler som bekrefter viktigheten av at man så raskt som mulig klarer å iverksette de nødvendige tiltak slik at man sikrer at Nav kommer på "skin-

ner". Det er videre viktig at man øker kvaliteten og sikrer riktig kompetanse til de ansatte, slik at de blir i stand til å møte den enkelte bruker ut fra deres behov og muligheter.

Forslagsstillerne mener det økonomiske finansieringsansvaret for forebygging, ettervern og behandling av rusmisbrukere må legges inn under Nav. Dette bør finansieres over statsbudsjettet med overslagsbevilgninger basert på prinsippet om at pengene følger brukerne. I tillegg må man i langt større grad inngå samarbeid med private foreninger, organisasjoner, lag og bedrifter med tanke på at disse kan utføre ulike tjenester. Dette må skje etter klare lover, forskrifter, regler og avtaler/kontrakter.

Forslagsstillerne vil påpeke, og understreke, viktigheten av at den enkelte rusmisbruker får én person å forholde seg til i Nav. Forslagsstillerne mener en slik velferdskonsulent skal ha ansvaret for at vedkommende rusmisbruker blir gitt nødvendig oppfølging og informasjon til å takle de ulike omstendighetene rundt habilitering/rehabilitering tilbake til ordinært hverdagsliv. En slik velferdskonsulent vil være den personen som har hovedansvaret for å påse at individuell plan brukes som det verktøyet det er ment å være.

Forslag

Stortinget ber Regjeringen sørge for at rusmisbrukere får én saksbehandler og forholde seg til vedrørende hele behandlings- og ettervernsforløpet.

Stortinget ber Regjeringen overføre det økonomiske finansieringsansvaret for forebygging, ettervern, og behandling av rusmisbrukere til Nav.

Stortinget ber Regjeringen opprette egen koordinator i Nav med ansvar for utarbeidelse av individuelle planer for innsatte før løslatelse og med oppfølging etter løslatelse. Det vil være viktig at slik oppfølging skjer i god tid før løslatelse.

3.8.1 Veien tilbake

I 1997 besluttet Stortinget etter en treårig forsøksperiode å opprette et landsomfattende tilbud om metadonassistert rehabilitering, utformet slik at målet ikke bare skulle være å dele ut metadon, men også å bruke medikamentet som virkemiddel i et systematisk arbeid for å bedre livsvilkårene og funksjonsevnen til den enkelte.

MARIO, "Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo", ble formelt åpnet 1. april 1998 og var en egen seksjon under Rusmiddeletaten, Oslo kommune. Ved siden av å være behandlingssentrum for Oslo, var MARIO også regionsenter for Helseregion Øst og et nasjonalt kompetansesenter. I løpet av prosjektperioden skjedde det en del endringer i organiseringen av dette behandlingsapparatet. Frem til utgangen av 2003 besto MARIO av en administrasjon og

en fagstab, samt fire avdelinger (poliklinikker hvor LAR-pasienter får oppfølging) og en døgnavdeling.

Fra 1. januar 2004 ble MARIO delt i MAR Oslo med behandlings- og oppfølgingsansvar for brukere i medikamentassistert rehabilitering i Oslo kommune, og MAR Øst med spesialistfunksjon samt nasjonale og regionale oppgaver underlagt helseregion Øst. MAR Øst har senere skiftet navn til LAR Øst.

3.8.2 MARY-prosjektet

Prosjektet "Medikamentassistert rehabilitering i yrkeslivet" (MARY) ble igangsatt av Rusmiddeletaten i Oslo kommune og Aetat Arbeidsdirektoratet. Hensikten var å utvikle et tilbud om yrkesrettet rehabilitering til personer som mottar metadon- eller annen legemiddelassistert rusbehandling. Prosjektet var et 5-årig forsøksprosjekt med oppstart 1. mars 2001 og avslutning den 31. desember 2005.

Hovedmålene var:

1. Å utvikle et yrkesrettet rehabiliteringsopplegg for denne målgruppen
2. utvikle metoder i tilknytning til et tverrfaglig og tverretattlig samarbeid
3. drive kunnskapsproduksjon og kunnskapsformidling.

Bakgrunnen for MARY-prosjektet var at Aetat ikke hadde noe godt tilbud for personer under medikamentassistert rehabilitering. Attføringstiltak som ble sett på som særlig aktuelle, var Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) og Arbeid med bistand (AB).

Ved inngangen av oktober 2005 hadde det vært i alt 154 deltakere i prosjektet. Av dem var 112 skrevet ut og 42 personer var fremdeles aktive i prosjektet. Omtrent to tredjedeler av deltakerne har vært menn. Gjennomsnittsalderen har vært 40 år, og rundt tre fjerdedeler var mellom 30 og 45 år. Av de 112 personer som hadde sluttet i prosjektet før oktober 2005, hadde de aller fleste vært med i mindre enn 18 måneder. Nesten halvparten hadde vært med mellom 6 og 12 måneder. Kvinnenes prosjektdeltakelse var gjennomsnittlig av noe kortere varighet enn mennenes.

Rundt en tredjedel av MARY-deltakerne sluttet i prosjektet fordi yrkesrettet attføring i MARY ble vurdert som ikke aktuelt, og like mange på grunn av rusproblemer, fordi de hadde mistet behandlingsplassen i MAR/LAR eller fordi de rett og slett ikke møtte opp som avtalt. Om lag en fjerdedel ble skrevet ut fordi de var for syke. Kun ca. 7 pst. ble skrevet ut fordi de hadde fått vanlig jobb eller utdanning.

Hovedtiltaket for formidling til – og oppfølging i – ordinært arbeid skulle være Arbeid med bistand (AB). Det tok lang tid før tilretteleggerne fikk den nødvendige opplæringen. MARY-deltakerne slet ofte med alvorlige psykiske problemer, og tilretteleg-

gerne har arbeidet annerledes med MARY-deltakerne enn det som er vanlig i AB ellers. Mye av tiden har gått med til kartlegging, samtaler og også til rent sosialfaglig arbeid, blant annet fordi tilretteleggerne opplevde at sosialtjenesten ikke bisto i tilstrekkelig grad.

De øremerkede plassene for skjermet arbeidstrening (APS) ble ikke sett på som tilfredsstillende av prosjektgruppa, og man valgte å gi deltakerne andre tilbud isteden. Datakurs har vært populært. Det kan se ut som om MARY-deltakere har dratt nytte av tiltakskjeding og ulike kombinasjoner av tiltak. Forslagsstillerne har mottatt signaler om at prosjektgruppa generelt har sett behov for bedre å kunne tilpasse bruken av arbeidsmarkedstiltak for MARY-deltakerne, noe som har vært vanskelig både på grunn av Aetats regelverk og tiltaksarrangørers føringer.

Sett fra sosialtjenestens side har samarbeid med MARY vært en stor suksess, og informantene fra samtlige sosialkontorer vi har vært i kontakt med, uttaler seg positivt om prosjektet. Særlig fremheves prosjektmedarbeidernes tilgjengelighet og kompetanse. Også det at man for første gang fikk forpliktede samarbeidsrelasjoner med Aetat oppfattes som svært positivt.

Trekantsamtaler har fungert positivt. Det var viktig å jobbe individuelt med brukerne, få dem i gang, gi dem håp og sørge for at de ikke forsvinner. Det at samme saksbehandler har fulgt deltakeren fra de første samtalene på MAR-avdelingen og videre gjennom hele prosjektdeltakelsen, skapte trygghet og ga kontinuitet.

Ansvarsgruppene har spilt en svært viktig rolle for koordinering av hjelpeapparat, planlegging og igangsetting av tiltak, samt oppfølging av framdrift. De har hatt stor betydning i positiv retning dersom de har fungert som de skulle, men erfaringene med ansvarsgruppene er blandet.

Overgang til ordinært arbeid framstår klart som et av de viktigste målene for deltakerne i MARY-prosjektet. Det å være selvhjulpen og kunne leve av en normal lønn ser ut til å være viktige motivasjonsfaktorer, men også "det å ha noe å gjøre". Noen ønsket også å få mer utdanning, eventuelt i forbindelse med en jobb.

Deltakerne har både gode og dårlige erfaringer fra prosjektet. Noen forteller at de gjennom prosjektet har fått hjelp til å håndtere økonomiske forhold, de har kommet seg ut av den "vanlige tralten", truffet flere folk, fått mer å gjøre, kommet seg bort fra negative miljøer. For noen var det viktig å ha tilgang til pc og kontor, mens andre fremhever arbeidslivserfaringer som det viktigste. Blant de deltakerne som ikke har oppnådd sine mål i prosjektet, er det et gjennom-

gående tema at forventningene deres har vært høyere enn hva prosjektet i realiteten har kunnet innfri.

Arbeidsgiverne har både gode og dårlige erfaringer knyttet til MARY-deltakere i arbeidspraksis eller ordinær jobb. Flere arbeidsgivere forteller om god arbeidsinnsats fra MARY-deltakerne, men det fortelles også om tilbakefall og vansker underveis i arbeidsforholdet. Det er behov for oppfølging av både deltakere og arbeidsgivere, samt for klar, tydelig og individuelt tilpasset kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom arbeidsgiver og hjelpeapparat. Prosjektets styrke har ligget i utviklingen av nye samarbeidsrelasjoner mellom MAR/LAR-instanser, Aetat, sosialkontorer og til en viss grad også arbeidsmarkedstiltak.

Samarbeidet har ført til at personer under legemiddelassistert rehabilitering har fått bedre muligheter til å kunne nyttiggjøre seg Aetats tilbud for yrkesrettet rehabilitering. For samarbeidspartnere i sosialtjenesten og MAR/LAR-systemet var det en stor fordel at det fantes én Aetat lokalt som de kunne henvende seg til og som hadde kompetanse og ressurser til å ta seg av denne spesielle målgruppen. Et slikt samarbeid bør videreføres. Tilbudet bør styrkes ved å etablere bedre tilgang til psykiatrisk/psykologisk behandling parallelt i attføringsprosessen.

Da prosjektet ble igangsatt, visste man ikke hvordan denne målgruppen kunne nyttiggjøre seg Aetats tilbud eller andre arbeidsrettede aktiviteter, og man hadde ingen kunnskap om denne målgruppens forutsetninger. Det er særlig dette siste som MARY-prosjektet har gitt ny kunnskap om.

Prosjektets erfaringer er verdifulle, og flere av dets praksisformer vil kunne la seg overføre til andre steder hvor man ønsker å gi personer under legemiddelassistert rehabilitering et tilbud om yrkesrettet rehabilitering. Hvilke tiltak som er hensiktsmessige og hva man kan forvente av resultater, er blant annet avhengig av hvem som utgjør målgruppen. MARY-prosjektet har lært oss noe om hva som er realistiske mål med hensyn til denne målgruppen, selv om man aldri kan være sikker når det gjelder den enkelte, og det ikke bør gjøres kategoriske avgrensninger av hvem som skal gis et slikt tilbud og hvem ikke. Slik regelverket er nå, er tilbud om legemiddelassistert rehabilitering nesten utelukkende rettet mot personer som er minst 25 år gamle. Dermed har de fleste som kom inn i MARY-prosjektet et langt liv på utsiden av "normalsamfunnet" bak seg, og tilsvarende vanskeligheter for å lære om og tilpasse seg til det alminnelige arbeidslivet. Men erfaringene fra MARY har også vist at dette er en gruppe mennesker det er håp for kan komme i arbeid eller meningsfullt aktivitet, selv om veien dit kan være lang.

3.8.3 *Veien tilbake til arbeid*

Forventningene blant mange av deltakerne i MARY-prosjektet var svært høye. Selv om mange ikke nådde sin målsetting, er det viktig å understreke at noen av dem greide å få oppfylt sitt ønske om å få tilbud om ordinært arbeid.

Det er liten tvil om at arbeidet med å få tidligere rusmisbrukere tilbake til ordinært arbeid i mange tilfeller er en lang og tidkrevende prosess.

Passende tidspunkt for kontakt med eller utprøving i ordinære arbeidssituasjoner varierer fra person til person, og avhenger blant annet av den enkeltes situasjon, rusmestring og motivasjon. Mens man i noen tilfeller har sett behov for å starte attføringsarbeidet uten arbeidsfokus, er det i andre tilfeller viktig å skape progresjon ved å ta arbeidsfokuset tidlig inn i samarbeidet med brukerne.

Forslagsstillerne er av den formening at det for mange kan være svært vanskelig å følge vanlig AB-metodikk for å lykkes med å nå målsettingen om å komme i arbeid. Å sende disse raskt i jobb ville gi nederlag til mange. Det er derfor viktig at tilbudet er tilrettelagt den enkelte og at man har et bredt spekter av tilbud. Vi snakker her om mennesker med manglende sosiale ferdigheter og uoppgjorte forhold i fortida. Det vil derfor være riktig at man i mange tilfeller starter med en satsing utenfor arbeidsfokus for å få gi brukerne den nødvendige trygghet og stabilitet.

For å få til overgangen fra utprøving til fast ansettelse er tett oppfølging et avgjørende moment. Dette innebærer at både arbeidsgiver og arbeidstaker må følges tett opp. I evalueringen av MARY-prosjektet sier en arbeidsgiver det slik:

"Tilrettelegger må være mer aktiv. Må være oppe og inne i arbeidssituasjonen. Må følge både arbeidsgiver og arbeidstaker tett opp. Følge med på om det glir i riktig retning. Må ha en god kommunikasjon med både arbeidsgiver og arbeidstaker. Se på de personlige forutsetningene.

Det er behov for tettere oppfølging hele tida, ikke bare i starten. Brukerne må ikke bli glemt. Problemerkene kan oppstå etter hvert som vi forventer at de tar mer ansvar."

Forslagsstillerne støtter denne uttalelsen, og vil understreke at tett oppfølging bidrar til å senke arbeidsgivers opplevde risiko knyttet til ansettelse.

3.8.4 *Arbeidsgiveres motivasjon*

Arbeidsgivere oppgir flere grunner for å ansette eller engasjere personer som får metadonbehandling. For det første oppgir arbeidsgivere behov for arbeidskraft som en viktig årsak. Det pekes også på at bruken av arbeidspraksis og lønnstilskudd fører til at arbeidsgiverne får tilgang til gratis arbeidskraft. Når ar-

beidssøker i tillegg har god arbeidsevne og innsats, så blir de naturlig nok ytterligere interessante for arbeidsgiverne som arbeidskraft.

En arbeidsleder, som deltok i MARY-prosjektet, sier det slik:

"I den perioden det fungerte bra var det kjempepositivt. Vedkommende hadde samme oppgaver som andre. De bidrar på lik linje med andre ansatte og er absolutt en ressurs for oss."

Arbeidsgivere som har deltatt i ulike prosjekter knyttet til rusavhengige, oppgir også et ønske om å hjelpe og bidra til å gi disse menneskene en ny start som motivasjon for å engasjere personer under medikamentassistert rehabilitering.

Noen arbeidsgivere forteller at de gjerne kan ha personer under medikamentassistert rehabilitering på arbeidstrening, men har vansker med å ansette noen fast, noe som særlig gjelder i offentlig sektor:

En arbeidsleder fra offentlig sektor som deltok i MARY-prosjektet sier det slik:

"Jeg ville som arbeidsgiver være svært skeptisk til å ansette noen med metadon. Når du hører at folk går på metadon forventer du ustabil arbeidskraft. Det ligger et usikkerhetsmoment i det.

Vi er en offentlig etat og de vi har i fast stilling blir vi ikke kvitt. Vi sliter med få ansatte og høyt sykefravær i utgangspunktet, samtidig som kravene blir høyere og budsjettene blir strammere.

Budsjettet skal følges. Det ville trolig være lettere å ansette metadonbrukere på større arbeidsplasser. Små arbeidsplasser er sårbare. Slik som det er i kommunen nå er det umulig å få til ansettelse. Det er ansettelsesstopp og også stopp av vikarbruk. Dersom vi har behov for vikarer må vi bruke overtallige. Dette har blant annet medført at en av MARY-deltakerne som vi brukte som vikar etter endt hospiteringsperiode ikke lenger kunne brukes som vikar."

Selv om MARY-prosjektet ble avsluttet ved utgangen av 2005, og at kommunene har fått økte overføringer i årene etter den tid, er det mye som tyder på at holdningene i offentlig sektor er uendret i forhold til denne gruppen.

Data fra MARY-prosjektet indikerer at arbeidsgiverne er mest interesserte å ansette på tiltak uten å forplikte seg til å ansette fast. Det er vanskelig å få til overgangen fra utprøving til fast jobb.

Det samme har vi sett i arbeidet med LAR-deltakere i forbindelse med myndighetenes arbeidsmarkeds-satsing for sosialhjelpsmottakere (Schafft et al. 2005). Når denne overgangen erfares som vanskelig, kan det være grunn til å stille spørsmål ved om man i dag har klare nok kriterier for hvordan arbeidssøker og arbeidsgiver skal og bør følges opp i jobbsituasjonen.

3.8.5 Ansettelsesvilkår

Forslagsstillerne vil trekke frem at det gjennom ulike prosjekter er satt fokus på hva arbeidsgiverne mener om hva som må til for at de vil ansette rusavhengige som er under behandling/rehabilitering på vanlige vilkår, dvs. ikke bare tilby midlertidig hospitering eller praksisplass, men en vanlig kontrakt.

Arbeidsgivere trekker fram flere forhold som viktige premisser for at ansettelse skal kunne finne sted. I jobber med krav til mye selvstendig arbeid pekes det på klare og tydelige rammer å jobbe under i tillegg til rette type arbeidsoppgaver og egenmotivasjon hos vedkommende. Viktigheten av å ha noen å støtte seg på framheves av flere. Tilretteleggenes rolle er viktig i denne sammenhengen, i forhold til å ivareta arbeidssøkers behov, men også for å minske forventet risiko og vansker for arbeidsgiver.

Tidligere arbeidserfaring og gode arbeidsevner høyner naturlig nok sjansen for ansettelse. Det trekkes også fram som en fordel at vedkommende framstår som en "voksen" person. Arbeidsgivers evne til å gi vedkommende passende arbeidsoppgaver og ikke sette høye krav for tidlig er også avgjørende for utfallet av attføringen. Det er med andre ord svært viktig at man lar den enkelte få tilpasse seg hele veien. Det at det i mange tilfeller har gått greit, er en kombinasjon av type jobb og at det vises tålmod slik at de kan gå framover i sitt eget tempo.

På spørsmål om hva som skal til for at de vil ansette personer på medikamentassistert rehabilitering svarte arbeidsgiverne som deltok i MARY-prosjektet følgende:

"Må sjekke ut motivasjonen til den aktuelle bedre. Det er viktig i forhold til alle, men kanskje enda viktigere i forhold til denne gruppen enn andre arbeidstakere. Man må vite hva denne personen kan tenke seg å gjøre.

Må ha tydelige rammer i bedriften. Må ha tydelig oppfølging både fra bedriften og fra tilrettelegger. Sørge for at tilrettelegger har et apparat (hjelpeapparat, psykolog etc.) å spille på når det trengs. Man må være åpen i forhold til informasjon."

Et annet moment som arbeidsgiverne trekker frem, er at det må være en forutsetning for å ansette fast at de kunne få lønn fra trygdekontor fra første fraværsdag slik tilfellet er for andre med kronisk sykdom. Andre opplyser at de ønsker økt tilgang til en ekstern institusjon (noen profesjonelle) som kan ta seg av vedkommende dersom avvik, dvs. at de kan følge ham opp og ta det med en gang uten at det får anledning til å skli ut. Noen som vet hvordan det skal følges opp. Det måtte foregå i organiserte former.

Arbeidsgivere mener også det vil være viktig at man har tid til å kunne prøve ut ulike ting og la den ansatte få utvikle seg. Forslagsstillerne mener derfor at man bør åpne for at man kan utvide prøvetiden for rusavhengige på LAR-behandling, utover et halvt år.

Det kan være nødvendig med "kyndig press" fra støtteapparatet (AB/tiltaksarrangør) for at ansettelse skal skje.

En arbeidsgiver som deltok i MARY-prosjektet sier i evalueringsrapporten:

"Etter hvert begynte AB-tilrettelegger og vedkommende selv å mase om ansettelse. Vi hadde ingen ledig stilling, men vi ville ikke miste ham heller. Han er flink å arbeide. Etter ett år var tiden inne. Han begynte å bli lei av at han ikke kom seg videre. Det var på tide at det var lys i tunnelen. Økonomisjefen gikk med på at han kunne få en 25% stilling inntil videre. Resten av lønna betalte Aetat. I februar i år fikk han fast stilling 100%. Jeg tror han klarer seg. Vi har fleksitid."

3.8.6 Økonomiske incentiver

Overgangen til arbeid vanskeliggjøres av at de økonomiske incentivene for arbeidssøkerne er små. Vi har et generelt inntrykk av at deltakelse i et arbeidsrettet tilbud som MARY-prosjektet vanligvis ikke fører med seg økonomiske goder. Kravene som i praksis stilles til en som ansettes på tiltak, erfares som urimelige også fra arbeidsgivers ståsted. En arbeidsgiver sier det slik:

"Han hadde lyst å jobbe mye, men han fikk ikke mulighet til å tjene ekstra, ta overtid, fordi da trakk de det han tjente ekstra fra dagpengene hans. Det syntes vi begge var bak mål. Han måtte slite veldig før han fikk fast jobb og kunne tjene mer. Nå har han jobbet i 3 år og får ikke mer enn 6 dager ferie. Da må man ha tålmodighet."

Forslagsstillerne er imidlertid klar over innføringen av kvalifiseringsprogrammet og kvalifiseringsstøtten, men er usikker om den er tilstrekkelig og målrettet nok.

Forslagsstillerne vil understreke at det er mye som tyder på at de som deltar på yrkesrettet rehabilitering for rusmisbrukere, må være motivert til å jobbe også av andre grunner enn de rent økonomiske for å holde ut i den perioden man må jobbe for lite penger. Det samme kunne observeres i attføringsarbeid med sosialhjelpsmottakere (Schafft et al. 2005).

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen fremlegge forslag om mer langsiktig og forutsigbar finansieringsordninger for å sikre et bredere og bedre tilbud innen yrkesrettet rehabilitering for rusmisbrukere.

Stortinget ber Regjeringen sørge for å gi unge med tiltak etter barnevernsloven, rett til tiltak fram til fylte 23 år.

Stortinget ber Regjeringen fremme de nødvendige lovforslag slik at ansvaret for økonomisk sosialhjelp overføres fra kommunen til staten, og at det innføres normerte satser likt for hele landet som er høy-

ere enn dagens anbefalte satser, og at ansvares legges inn under Nav.

Stortinget ber Regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av tilskuddsordningene til arbeidsgiverne, med sikte på å utarbeide bedre og mer treffsikre tilskuddsordninger.

Stortinget ber Regjeringen foreta nødvendige endringer i dagens regelverk slik at arbeidsgivere sikres lønn fra Nav fra første fraværsdag, slik tilfellet er for andre med kronisk sykdom. (PS! Må sjekke regelverket om at det fortsatt er forskjellige regler for rusmisbrukere og andre med kronisk sykdom).

Stortinget ber Regjeringen foreta en gjennomgang av dagens regelverk med sikte på å kunne tilpasse bruken av arbeidsmarkedstiltak rettet mot rusmisbrukere som er under LAR-behandling.

3.9 Gjeld og gjeldssaldering

Gjeldsproblemer kan knekke et menneske og følge det livet ut. Forslagsstillerne er opptatt av at gjeldsproblematikk ikke skal være en faktor som hindrer rusmisbrukere i å komme seg tilbake til hverdagen.

Når forslagsstillerne i dette kapitlet snakker om en person med gjeldsproblemer, menes en person som er varig ute av stand til å betjene sin gjeld, men da med hovedfokus på tidligere rusmisbrukeres gjeldsproblemer.

3.9.1 *Det offentlige som kreditor*

Det er ofte de offentlige kreditorene som er de tøfeste. Offentlige kreditorer godtar ikke frivillig gjeldsordning, og er ofte de som kjører løpet ut og tvinger frem tvungen gjeldsordning. Forslagsstillerne viser til Stortingets behandling av Dokument nr. 3:5 (2005–2006) Riksrevisjonens undersøkelse av forvaltningen av gjeldsordningsloven – oppfølging av Dokument nr. 3:13 (1996–1997). I innstillingen uttalte en samlet komité følgende:

"Komiteen er svært opptatt av at enkeltpersoners pådratte gjeldsforpliktelser ikke skal oppleves å bli en livslang fattigdomsfelle, men et forhold som kan håndteres innenfor en begrenset tidsperiode. På denne bakgrunn forutsetter komiteen at Regjeringen løpende vurderer om det bør gjøres endringer i regelverk og praksis for å sikre at de overordnende målene med gjeldsordningsloven blir ivaretatt. Komiteen vil i den forbindelse særlig peke på viktigheten av at offentlige kreditorer konstruktivt bidrar til gjeldsordning når dette er hensiktsmessig. Komiteen ber Regjeringen utarbeide klare retningslinjer både for hvordan det offentlige skal forholde seg til henvendelser vedrørende gjeldssanering/gjeldsordning og for når utestående fordringer bør inngå i en gjeldsordning."

Forslagsstillerne viser til at det fortsatt er mange rusmisbrukere som blir møtt med uoverkommelige

gjeldsproblemer, og at det i mange tilfeller kan være en av grunnene til at man får tilbakefall til rusmisbruket. Dette er ikke en situasjon vi kan akseptere, noe vi kommer tilbake til senere i kapitlet.

3.9.2 *Gjeldsordning*

Gjeldsordningsloven, lov 17. juli 1992 nr. 99, lov om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner, er ett av flere tiltak som på begynnelsen av 1990-tallet ble iverksatt for å motvirke gjeldsproblemer i private hushold. Lovens formål er å gi personer med alvorlige gjeldsproblemer en mulighet til å få kontroll over sin økonomi igjen. Loven skal legge forholdene til rette for at skyldnere med slike problemer, etter søknad om gjeldsforhandling, kan oppnå en gjeldsordning. En ordning kan oppnås enten gjennom avtale med kreditorene (frivillig gjeldsordning) eller ved stadfestelse av tingretten (tvungen gjeldsordning). Loven skal sikre at skyldner betaler så mye som mulig av sine forpliktelser, samt at det skjer en ordnet fordeling av skyldnerens midler mellom kreditorene.

I mange tilfeller stopper problemene i fase 1. Debitor tar kontakt med kreditor og får til en utenomrettslig (gjelds)ordning. Dette løser seg i mange tilfeller.

Skyldnere som forsøker å få til en gjeldsordning på egen hånd, kan ha behov for veiledning. Sosialtjenesten i kommunen har plikt til å bistå personer med å komme frem til en utenomrettslig gjeldsordning. Dersom skyldner ikke kommer til en ordning med sine kreditorer på egen hånd, kan skyldner søke om gjeldsordning hos namsmannen på bostedet. Namsmannen finnes på politi- eller lensmannskontoret.

Dersom vilkårene i gjeldsordningsloven §§ 1-2 til 1-4 er til stede, og søkeren oppfyller kravet i § 2-1, skal namsmannen åpne gjeldsforhandlinger etter § 3-1. (Fase 3) Ved tvil sender namsmannen saken til tingretten/byfogden for endelig avgjørelse. Namsmannen har ansvaret og skal sørge for at saken blir tilstrekkelig opplyst, slik at gjeldsforhandlinger kan gjennomføres innen fire måneder, jf. § 2-7. Dersom frivillig gjeldsordning ikke kan gjennomføres, forlenges gjeldsforhandlingsperioden med to måneder.

Når namsmannen eller tingrettene/byfogdene åpner forhandlinger, skal saken kunngjøres. Fordringshaverne skal deretter melde kravet, og et eventuelt forslag til frivillig gjeldsordning utarbeides i løpet av en fire måneders gjeldsordningsperiode.

Det kan også være tilfellet at det for kreditor ikke er mulig å få tak i skyldner. Kreditor går da til namsmannen og får en rettslig behandling hvor namsmannen sender ut forslag. Hvis alle godtar forslaget, blir det en frivillig rettslig gjeldsordning. Hvis noen ikke godtar forslaget, blir det en tvungen rettslig gjeldsordning.

Dokument nr. 3:5 (2005–2006) Riksrevisjonens undersøkelse av forvaltningen av gjeldsordningsloven – oppfølging av Dokument nr. 3:13 (1996–1997), avdekket at namsmennene ikke greier å holde saksbehandlingstidene som er fastsatt i loven og av Justisdepartementet (Fase 2). Det tar i gjennomsnitt 202 dager fra søknaden registreres til søkeren får avslag, mot de fastsatte 90 dager. I de tilfeller der behandlingen av søknaden fører til at gjeldsforhandling blir åpnet, tar det i snitt 147 dager, mot fastsatte 90 dager (Fase 2). At saksbehandlingstiden ikke overholdes, fører til en ytterligere uheldig belastning for dem som er tynget av gjeld.

Dersom en frivillig gjeldsordning ikke kommer i stand, kan skyldner begjære tvungen gjeldsforhandling som behandles av tingretten/byfogden. Da forlenges gjeldsforhandlingsperioden med to måneder, jf. § 5-1.

Virkningen av en gjeldsordning er at man betaler sine kreditorer etter evne over en periode på som regel fem år. Deretter slettes restgjelden med noen unntak i henhold til avtalen, slik at man har mulighet for å få en ny start økonomisk. I gjeldsforhandlingsperioden har skyldneren ikke anledning til å påta seg ny gjeld. En person kan som hovedregel bare gis gjeldsordning én gang, men det finnes unntak ved spesielle omstendigheter.

For å få gjeldsordning er det satt opp enkelte vilkår i loven som må være oppfylt. Skyldner må være varig ute av stand til å oppfylle sine økonomiske forpliktelser. Med uttrykket "varig" menes ikke resten av livet. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig at man en gang iblant ikke får regnestykket til å gå opp. Namsmannen foretar en konkret vurdering av hvilke inntektsmuligheter man har, hvor stor gjelden er og hvordan fremtidsutsiktene ser ut. Spørsmålet er hvor lang tid det vil ta å tilbakebetale gjelden. Generelt kan det sies at dersom skyldner anses betalingsudyktig over et fremtidsdyperspektiv på 10–15 år, regnes det som varig i lovens forstand.

Det er ikke noe formelt krav til gjeldens størrelse, og ikke noe tak på hvilken inntekt skyldner kan ha. Det er forholdet mellom størrelsen på gjelden og søkerens inntekt som er avgjørende. Dersom inntektene ikke er tilstrekkelige til å dekke renteutgifter, er det uten videre klart at det økonomiske vilkåret for å få gjeldsordning er oppfylt.

Det er et vilkår at det ikke må virke støtende for andre skyldnere eller samfunnet for øvrig, at skyldner innvilges gjeldsordning. Med dette menes at det ikke må virke urimelig eller urettferdig for andre. Man får for eksempel ikke gjeldsordning dersom man har tatt opp lån med sikte på å få gjeldsordning. Det skal videre særlig legges vekt på om for eksempel størstedelen av gjelden er stiftet nylig, eller om gjelden stammer fra straffbare forhold eller skatteunndragelse.

Anslagsvis 40 prosent av dem som søker gjeldsordning, får avslag. Årsaken til avslag er også ofte begrunnet med for uoversiktlig økonomi.

Forslagsstillerne vil påpeke at rusmisbrukere som er i en rehabiliterings/habiliteringsfase, ofte kan ha en økonomi som kan beskrives som uoversiktlig. Det kan være flere grunner til dette, blant annet at vedkommende i tillegg til "offentlig" gjeld, har problemer knyttet til illegal gjeld, for eksempel narkogjeld.

3.9.3 Virker gjeldsordningsloven etter intensjonene?

Det kan kanskje bli for enkelt å hevde at låntakeren som ikke klarer å betjene sine utgifter, alene har alt ansvar. Dagens kjøpe- og lånepress er en medvirkende årsak til utviklingen, samtidig som dette er en del av et dynamisk, velfungerende marked og med en tilhørende velstandsvekst som vi alle nyter godt av. Det kan imidlertid være grunn til å rette søkelys mot lovverket, og holdningene til de forskjellige låne- og kredittinstitusjonene, som ikke alltid tar hensyn til de menneskelige tragediene som ofte ligger i bunnen av sakene. Deler av næringen begynner imidlertid å bli mer skånsomme, og noen har som mål at de ønsker å se enkeltindividet, fordi de ønsker å ta samfunnsansvar. Dette er selvsagt noe de ikke markedsfører, ettersom det kan føre til utnyttelse.

Hver kommune har dessuten såkalte "gjengangere" som sliter med økonomiske problemer. Skyldnere som er kommet i en økonomisk ond sirkel de selv ikke kommer ut av, blir kasteballer mellom kredittinstitusjoner, økonomisk rådgiver i kommunen og namsmannen. Problemet er at de involverte instansene ikke alltid ser sammenhengen i den enkeltes situasjon og således bidrar til å opprettholde denne onde sirkelen. Dette kan være et særlig problem for mange rusmisbrukere, og understreker behovet for en helhetlig tilnærming til denne gruppen. Det vises videre til tidligere omtalt velferdskonsulent som vil være den som har ansvaret for å få på plass en helhetlig løsning for den enkelte rusmisbruker.

Forslagsstillerne er av den oppfatning at det bør inngås en kontrakt mellom det offentlige og den tidligere rusmisbrukeren hva gjelder innlemmelse i en gjeldssalderings/gjeldssletteordning. Dette for å sikre at den enkelte rusmisbruker blir gitt en incitament til å holde seg rusfri og avstå fra kriminelle handlinger, gjennom at man får en gradvis nedtrapping av sin gjeld til det offentlige.

3.9.4 Livsopphold ved lønnstrekk

Trekk i lønn blir iverksatt når noen ikke betaler det de skal. Etter dekningsloven § 2-8 skal trekkene prioriteres slik: Barnebidrag, erstatning for straffbare handlinger, bøter, skatt, andre krav.

Lønnstrekkene kan imidlertid føre til at skyldneren sitter igjen med så lite at verdig livsopphold er umulig. Dette fører ofte til at vedkommende "tvinges" over på svart arbeid, eller kanskje kriminelle handlinger. Samtidig må satsene ikke være så høye at de ikke innebærer en disiplinering, eller slik at vanlige arbeidstakere sitter igjen med mindre.

Grensen for trekk defineres slik i dekningslovens § 2-7:

"Utlegg kan tas i den utstrekning lønnen overstiger det som med rimelighet trengs til underhold av skyldneren og skyldnerens husstand."

Problematisert er det imidlertid at "det som med rimelighet trengs" ikke er godt definert, og det har ført til mange varianter. Skatteoppkreverne er de verste, som i mange tilfeller bare lar skyldner beholde et livsopphold lik den respektive kommunes sosialsats. Dette til tross for at sosialhjelpssatsene er beregnet på kortvarige perioder. Blant andre GOA – Gjeldsoffer-Alliansen – mener satsen for livsopphold bør være den samme, uansett hvem som beslutter lønnstrekk, og at denne satsen bør være den samme som ved gjeldsordninger.

Når man snakker om samme sats, er det viktig å være bevisst på at bokostnader holdes utenfor. Disse kan selvsagt variere betydelig innen Norge.

Satser for livsopphold er ifølge Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) 5 750 kroner per måned, med tillegg for dokumenterte strømutfgifter og dokumenterte reiseutfgifter til arbeid. Denne modellen benyttes av Arbeids- og velferdsetatens innkrevingsentral, som krever inn barnebidrag.

Livsopphold spesifiseres slik:

	kroner
Mat og drikke	2 000
Klær og sko	680
Helse og hygiene	540
Lek og fritid	680
Andre dagligvarer	210
Husholdningsartikler	330
Møbler	310
Telefon og media	1 000
Sum	5 750
Anslag for strøm og fyring	880
Anslag for reise til/fra arbeid	670
Sum	7 300

Tabellen viser livsopphold, boutgifter holdes utenfor. Dette fastsettes lokalt.

Satsene varierer imidlertid. Statens innkrevingsentral opererer med en sats for enslige på 6 750 kro-

ner, og 11 440 kroner for par, inkludert strøm/fyring og reise til arbeid, mens skatteoppkreverne har sitt eget skjønn som livsoppholdet fastsettes etter. Skatteoppkreverne bruker i en del tilfeller den lokale kommunens sosialsats, og det skal ha forekommet satser så lave som 3 000 kroner per måned, inkludert strøm/fyring og reise til arbeid. Kemneren i Oslo har en sats på 5 600 kroner for enslige personer. Når skatteoppkreverne legger sosialsats til grunn, blir dette urimelig, ettersom sosialstøtten tar utgangspunkt i en forhåpentligvis forbigående kortere periode som den vanskeligstilte skal komme ut av. En solid restskatt kan det derimot ta mange år å nedbetale. Et slikt eksistensminimum over lengre tid kan knekke skyldner helt. Ved klage på disse satsene har man sett at rettsapparatet i mange tilfeller legger til grunn at sosialkontorets normer skal danne grunnlag for skjønn.

I Norsk Retstidende 2001, side 854, omtales en klage til Høyesteretts kjæremålsutvalg på et skjønn som følger:

"Den forutberegnelighet og likebehandling lagmannsretten tilstreber, og som er ønskelig, kan også oppnås ved bruk av de offentlig fastsatte satser for sosialhjelp, som dessuten relaterer seg til de stedlige leveomkostningene."

Høyesterett ønsker altså likebehandling, men de burde vite at sosialsatsene varierer formidabelt mellom kommunene. I tillegg burde Høyesterett være klar over at sosialsatsene ikke blir fastsatt etter mottakers nødvendige behov, men som en salderingspost når kommunebudsjettet skal gjøres opp.

Ifølge SIFO varierer prisene lite over landet, med unntak av bokostnader og transport, som altså holdes utenfor i oppsettet foran.

Ved spesielle omstendigheter, som f.eks. at skyldner oppholder seg i et land med lavere levekostnader, burde imidlertid livsoppholdssatsene kunne reduseres til et tilsvarende kostnadsnivå i det gjeldende land. Forslagsstillerne mener det bør fastsettes en veiledende, ikke for høy og ikke for lav sats, som i større grad bør følges, slik at ikke store og urimelige variasjoner oppstår.

3.9.5 For mange trekkinstanser

I Norge er det fire instanser som kan nedlegge lønnstrekk i skyldners inntekt: Arbeids- og velferdsetatens innkrevingsentral, Statens innkrevingsentral, skatteinnkrevere og namsmannen.

Disse instansene har en lovpålagt plikt til å sørge for at skyldneren beholder et livsopphold som han kan leve av, og de har en plikt til å samarbeide, slik at skyldneren ikke blir trukket for mye, jf. tvangsfullbyrdsloven § 7-21 andre ledd. Dette blir ofte neglisjert av offentlige myndigheter, og GOA – Gjeldsofferalliansen opplyser at de har sett mange lovbrudd

fra trekkinstansenes side, som har medført at skyldnere i stedet for lønn mottar en lønsslipp som står i minus.

Her kan en løsning være at man i Norge legger om systemet slik at man kun har én trekkinstans. I Sverige er det Kronofogden som alene står for alle trekk i lønn. Dette gir en bedre oversikt over skyldnerens situasjon.

3.9.6 Høye inkassosalærer

Det er ikke gebyrene i seg selv som gjør at mennesker får gjeldsproblemer, men som regel at en person mister inntektskilden. Høye gebyrer er likevel en ytterligere tyngende faktor. Gebyrene til det offentlige er ofte det som virkelig forverrer situasjonen for mennesker med gjeldsproblemer. Og ofte ender også sosialkontoret med å betale regningene likevel. I den norske inkassobransjen er inkassosalærene langt høyere enn i våre naboland. I Sverige er eksempelvis salæret for henvendelse til skyldner 160 kroner uansett kravets størrelse. Hvis saken går til Kronofogden, skal denne ha et gebyr på 315 kroner. For utleggsforretning er gebyret 1 000 kroner. I Danmark er salæret 100 kroner for første henvendelse til skyldner. Det vises for øvrig til SIFO-rapporten "Inkasso i Norden" som sammenligner inkassosystemene i Sverige, Danmark og Norge, der Norge fremstår som det landet med klart høyest gebyrer i en inndrivningsprosess (SIFO, Oppdragsrapport nr. 6-2007). Det svenske systemet er det billigste for skyldneren.

Det ville være fornuftig å undersøke hva som er årsaken til de store forskjellene mellom landene, samt de samfunnsmessige effektene av gebyrnivåene i de forskjellige landene.

Gebyrene til inkassoselskaper er også høye, og det forverrer likeledes situasjonen for mennesker med betalingsproblemer. Ifølge GOA – Gjeldsofferalliansen fører den særskilt høye fortjenesten i inkassobransjen til at bransjen kan trekke til seg useriøse aktører. Unormalt høy fortjeneste er vanligvis et symptom på at markedet ikke fungerer tilstrekkelig. Om de høye salærene i Norge skyldes markedssvikt, bør dette utbedres. Ansvar for tilstandene i Norge ligger neppe utelukkende hos grådige utlånere, inkassobyråer eller et næringsliv som vil selge og tjene mest mulig, men trolig også på lovverket.

Forslagsstillerne ønsker også å påpeke at det blir for enkelt å legge skylden på kyniske inkassoselskaper. Inkasso kan ses på som renhold i økonomien, og er nødvendig for at transaksjonene skal gå som planlagt. Snekkeren må ha betalt for jobben han har gjort, ellers kommer han også i økonomiske problemer. Denne funksjonen er altså en viktig forutsetning for en velfungerende økonomi, men oppgaven må utføres med omhu.

Det norske systemet er arbeidskrevende og dyrt. Det belaster offentlige myndigheter i stor grad, spe-

sielt kanskje lensmannsetaten, som også har namsmannsrollen, og dessuten må være kontrollør og innkrever. I tillegg er mange lensmannskontor, særlig i distriktene, så uregelmessig borte i slike saker at kompetansen kan bli svært varierende, og ofte utilstrekkelig. Mye taler derfor for en sentralisering av disse oppgavene.

I Sverige betaler kreditorene størstedelen av inkassogebyrene, slik at ikke høye gebyrer i samme grad bidrar til å tynge skyldneren unødig. Kreditorene har da også en egeninteresse i å minimere antall gebyrer. Kreditorenes andel av gebyrene er også årsaken til de store forskjellene på Norge og Sverige i tabellen nedenfor.

Tallene er vist uten merverdiavgift, og inkassosatsen vil dermed ytterligere øke med 25 prosent for skyldner.

Krav t.o.m. kroner	Norge	Danmark	Sverige
1 000		300	160
1 250	560		160
2 500	1 120	500	160
5 000	1 680	700	160
10 000	2 240	900	160
25 000	3 360	1 200	160
50 000	4 480	1 600	160
100 000	5 600	2 000	160
250 000	8 400	2 700	160
500 000	11 200	4 500	160
over 500 000	14 000		160

Tabellen foran viser såkalt "tungt salær", som blir tatt i bruk dersom kravet ikke innfris 14 dager etter første forsøk. "Lett salær" utgjør halvparten av tabellen. Dette kan ved første øyekast se besnærende ut, men praksis har vist at det så godt som i samtlige tilfeller bare er tungt salær som er i bruk. Årsaken er at inkassobyråene ofte sender ut kravene så sent at de kommer frem til skyldneren et par dager før forfall, brevet er gjerne datostemplet 12 dager før. Konvoluttene er ikke datostemplet, slik at skyldner ikke kan dokumentere når brevet er sendt. GOA – Gjeldsofferalliansen har tatt opp dette problemet i et høringsnotat til endring av inkassoloven, og ønsket en av disse tabellene fjernet. På dette punktet ble de ikke hørt, men dette bør nå revurderes. Verken Danmark eller Sverige har et slikt tottrinssystem.

Et annet forhold er den økende størrelsen på inkassogebyrer med økende gjeldsbeløp, på grunn av en multiplikator fastsatt i forskrift av 14. juli 1989 nr. 562 (Inkassoforskriften). Arbeidet med purringen øker neppe med beløpets størrelse, og beløpet burde snarere vært konstant.

Norge har i dag de høyeste inkassosalærene i Norden. Den høyeste satsen et inkassobyrå i Norge kan

kreve er 14 000 kroner + merverdiavgift. I Sverige kan inkassobyråene kun kreve et salær på 160 kroner pr. sak, uansett gjeldens størrelse.

Inkassosatsen er 1. januar 2007 på 560 kroner. De norske satsene slik de er fastsatt i inkassoforskriften § 2-3, fremkommer etter følgende tabell:

for krav t.o.m. kroner	1 250	1	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	2 500	2	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	5 000	3	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	10 000	4	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	25 000	6	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	50 000	8	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	100 000	10	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	250 000	15	ganger inkassosatsen
for krav t.o.m. kroner	500 000	20	ganger inkassosatsen
for krav over kroner	500 000	25	ganger inkassosatsen

Når det gjelder rettsgebyr, er disse fastsatt i lov om rettsgebyr § 14. For begjæring om utlegg betales 1,85 ganger rettsgebyret. Denne ble fra 2007 redusert fra 2,1 rettsgebyr, og er ett skritt i riktig retning. Endringen utgjør en nedgang på 215 kroner. Gebyret burde senkes ytterligere ned mot 1 000 kroner.

For begjæring om annen tvangsfullbyrdelse enn utlegg, betales 2,1 ganger rettsgebyret. I følgende tilfeller betales dessuten følgende tillegg:

1. Ved begjæring om tvangssalg etter tvangsfullbyrdsesloven kapittel 8, ilegges 3 ganger rettsgebyret når beslutning om å gjennomføre tvangssalget blir truffet.
2. Ved begjæring om tilbakelevering etter tvangsfullbyrdsesloven kapittel 9, ilegges 2 ganger rettsgebyret når tilbakeleveringen blir gjennomført.
3. Ved begjæring om tvangsdekning etter tvangsfullbyrdsesloven kapittel 10, ilegges rettsgebyret når tvangsdekning blir gjennomført.
4. Ved begjæring om tvangsdekning etter tvangsfullbyrdsesloven kapitlene 11 og 12, ilegges 9 ganger rettsgebyret når beslutning om å gjennomføre tvangsdekningen blir truffet.
5. Ved begjæring om tvangsfullbyrdelse etter tvangsfullbyrdsesloven kapittel 13, ilegges 2 ganger rettsgebyret når tvangsfullbyrdelse blir gjennomført.

Fra 2007 ble tilleggsgebyret for gjennomført utleggsforretning på 2,6 rettsgebyr fjernet. Dette utgjorde 2 236 kroner.

Etter lovendring gjeldende fra 2006, kan kreditorene nå sende sine krav direkte til namsmannen, såkalte uimotsagte krav. Dermed spares skyldner for kostnadene ved en forliksklage, som totalt utgjør 1 720 kroner. Først dersom skyldner har innsigelser,

blir kravet sendt til forliksrådet. Skyldner har altså ikke mistet sin rett til å tviste.

Denne nye ordningen vil spare skyldnere for kostnader, og lønnstrekk kan komme raskere i gang, i de tilfeller det er noe å trekke. Dermed vil skyldner unngå at det i lange tider påløper høye renter. Dette kan på sikt føre til at inkassobyråene blir noe mer overflødige, ettersom inkassobyråene bare vil utgjøre et fordyrende og forsinkende element.

Forslagsstillerne viser i denne forbindelse til Dokument nr. 8:95 (2006–2007) fra stortingsrepresentantene Anders Anundsen, Ulf Erik Knudsen, Bård Hoksrud og Gjermund Hagesæter om å fjerne forskjellen mellom private og offentlige kreditorer når det gjelder gebyr for forsinket betaling. Forslaget tok særlig opp Statens lånekasse for utdanning, TV-lisensen og årsavgiften for motorkjøretøy.

3.9.7 Rusmiddelmissbrukeres gjeldsproblemer

For det første føler forslagsstillerne at dette med gjeld er et problem som har fått alt for lite fokus innenfor rehabiliteringen av rusmisbrukere. Å tro at noen skal komme tilbake til et vanlig normalt liv, og samtidig ha opp mot en million i gjeld, er mer en ønsketenkning enn en realitet. Så derfor bør denne problemstillingen bli tatt langt alvorligere innenfor LAR-behandlingen.

Å bli kvitt all den gjelden man har bygget seg opp gjennom en lang ruskarriere, er noe mange av de rusmisbrukerne forslagsstillerne har møtt, drømmer om. Det er også en nødvendighet for at man skal kunne komme seg videre i rehabiliteringen, og for eksempel kunne begynne i en jobb. Ingen føler noen glede ved å måtte jobbe 8 timer daglig, uten å kunne sitte igjen med en akseptabel andel av inntekten selv.

En gjeldsbyrde på 200, 300, 400 tusen, eller en million, er for de fleste av de tidligere rusmisbrukerne å betrakte som fantasibeløp som gjør at de rett og

slett gir helt opp den dagen de sitter foran regningsbunken og skal gå i gang med å rydde opp. Selve størrelsen på beløpet er nok til at enkelte aldri åpner en regning, aldri ringer sine kreditorer, aldri tar kontakt med banken.

Mange av de tidligere rusmisbrukerne tør ikke ta en jobb, og stagnerer i sin rehabilitering på grunn av gjeldsproblemer, og mange faller tilbake til et aktivt rusmisbruk igjen. Forslagsstillerne mener dette kunne ha vært annerledes.

Det fins presedens for at hvis man kan bevise at man var psykisk syk ved opprettelsen av gjelden, kan den slettes i sin helhet. Forslagsstillerne tillater seg å stille spørsmålet: Hvor psykisk og økonomisk tilregnelig er man som aktiv rusmisbruker? Hvis noen hadde sagt til en aktiv rusmisbruker at han kunne få låne 50 000, mot at han betalte tilbake 200 000 om en måned, ville vedkommende mest sannsynlig syntes at det var en kjempeidé. Man har ikke evnen til å tenke konsekvens, og forestille seg hva dette vil bety for en fremover. Det er liten tvil om at hverdagsproblemene med å skaffe den daglige dosen er det som overskygger alt.

Forslagsstillerne mener det er på tide at tidligere rusmisbrukere får samme ordning som enkelte med psykiske problemer, og psykiatriske diagnoser. Denne gruppen må også få en reell mulighet til å begynne på nytt, ikke en fantasi om at alt blir bra bare man klarer å bli rusfri.

Forslagsstillerne mener at det største problemet er at gjeldsproblemer ikke vektlegges nok i rehabiliteringen. Alle de forslagsstillerne har vært i kontakt med sier de har fått minimalt med hjelp til dette, hvis de har fått hjelp i det hele tatt. Og det beste de har oppnådd, er å få frosset gjelden. Det at man får frosset gjelden er på mange måter bare en utsettelse. Etter ett eller to år er det samme runden på nytt igjen.

Gjeldsordningen går vanligvis over 5 år, men kan settes ned til 3 år, selv om dette er meget uvanlig. Forslagsstillerne mener det vil være en klar fordel for den enkelte om man kommer i gang med gjeldsproblematikken så tidlig som mulig og at man får gjeldsordningen over kortest mulig tid. Etter denne perioden er man gjeldfri.

Forslagsstillerne mener man bør vurdere å utforme en gjeldsordning som innebærer at man utover boutgifter får beholde noe over 7 000 kr til livsopphold. Altså, tjener man mindre enn dette, går gjelden ned, uten at du betaler en krone. Tjener du mer, tar de alt over dette beløpet. Dette må gjøres etter en avtale mellom den enkelte rusmisbruker og det offentlige.

Men en gjeldsordning låser deg ganske kraftig i forhold til økonomi. Å få lån, kredittkort, telefonabonnement og lignende kan vise seg vanskelig med en gjeldsordning. Dette gjelder også lån til bolig. Men ikke nødvendigvis umulig.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen sørge for at tidligere rusmisbrukere gis samme ordninger som psykisk syke.

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det iverksettes nødvendig kompetanseheving innen rehabiliteringssystemet, slik at hjelpeapparatet sikres nødvendig kunnskap og kompetanse for å hjelpe rusmisbrukere med gjeldsproblemer.

Stortinget ber Regjeringen gjennomgå det offentliges rutiner og opptreden som kreditor, med sikte på å skape bedre, ensartede og mer humane rutiner.

Stortinget ber Regjeringen gjennomgå de tilfeller der det offentlige har forrang som kreditor eller panthaver, vurdere hensiktsmessigheten og på bakgrunn av dette fremme nødvendige forslag om endringer.

Stortinget ber Regjeringen vurdere mulige forbedringer ved sentralisering av namsmannsoppgaven, med sikte på bedret kompetanse og mer effektiv saksbehandling, både i tid og kostnad.

Stortinget ber Regjeringen sørge for at frister i forbindelse med behandling av gjeldsordning overholdes i forhold til lov og dagens fastsatte krav, slik det også ble påpekt i Riksrevisjonens rapport Dokument nr. 5:3 (2005–2006).

Stortinget ber Regjeringen vurdere hensiktsmessigheten av å slå sammen de ulike trekkinstanser i gjeldsforhold til én trekkinstans.

3.10 Forskning

Forslagsstillerne er av den oppfatning at det er for lite forskning på hva som fungerer, og hva som ikke fungerer innenfor rusomsorgsfeltet. Særlig gjelder dette på ulike former for rusinstitusjoner og forebygging. Forslagsstillerne mener det er behov for en kraftig satsing og kartlegging på hvilke tiltak og metoder som produserer gode resultater, og hvilke tiltak og metoder som ikke bør videreføres. En slik kartlegging bør være en vesentlig faktor knyttet til hvilke tiltak som igangsettes, videreføres og eventuelt avsluttes.

Forslagsstillerne er av den oppfatning at det er behov for økt bredde i forskningen som gjøres i Norge, knyttet til rusproblematikk. Man kan blant annet se for seg endrede systemer innen universitet/høgskole som åpner for mer parallell forskning eller konkrete stipendiater og masterstudier om emnet.

Forslag

Stortinget ber Regjeringen avsette forskningsmidler til å kartlegge måloppnåelse knyttet til ulike institusjonsmodeller og forebyggingstiltak innenfor rusomsorgen.

4. HELHETLIG BEHANDLINGSKJEDE

En forutsetning for å lykkes i rusomsorgen er at man får på plass en helhetlig behandlingskjede, fra avrusning/avgiftning, via rehabilitering, til ettervern. En mangel på helhetlige tiltak, er slik forslagsstillerne ser det, et av hovedproblemene knyttet til å få på plass en god rusomsorg, som bidrar til å få flest mulig rusfri. Signaler vi har mottatt fra mange rusmisbrukere og pårørende tyder på at det ofte er manglende samhandling mellom de ulike aktørene i helsevesenet, samt Nav. Det vises til at finansieringsordningen bør endres, og at dette er grundig omtalt i kapittel 2. I dette kapitlet vil forslagsstillerne redegjøre for endringer knyttet til institusjonsopphold og ettervern.

4.1 Rusakutt

Forslagsstillerne viser til ventetidsdataene som er gjengitt tidligere i dokumentet. Dette er uakseptable tilstander, som ikke kan vedvare. Det vil derfor være stort behov for å øke kapasiteten knyttet til avrusning/avgiftning, slik at man får hjelp raskt.

Forslagsstillerne er svært fornøyd med at et stort flertall i Stortinget nå har fått på plass vedtak som sikrer opprettelse av en rusakutt i Oslo. Dette er et viktig steg i riktig retning. Forslagsstillerne er opptatt av å få på plass et system som sikrer at pasienter som er motivert for behandlingsopphold, får dette direkte i etterkant av rusakuttopphold. Dette har sammenheng med at mange vil være i en situasjon der "bunnen er nådd", og at ønske om å komme inn under behandling vil være til stede. Det bør derfor legges til rette for at pasienter som er ferdigbehandlet ved rusakutten, gis mulighet og informasjon til å komme til behandling direkte i etterkant av rusakuttinnleggelse.

Forslagsstillerne vil i sammenheng med den lange ventetiden for avrusning/avgiftning påpeke at kapasitet hos frivillige og private må benyttes, slik at man får redusert ventetiden.

Forslag

Stortinget ber Regjeringen iverksette tiltak for å sikre adekvate og riktige ventelistedata for rusbehandling.

Stortinget ber Regjeringen sørge for at kapasiteten knyttet til avrusning/avgiftning økes, slik at ventetiden reduseres.

Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter som kommer til akuttinnleggelse blir gitt muligheten til behandlingstilbud umiddelbart etter endt opphold ved rusakutten.

4.2 Institusjonsopphold

Forslagsstillerne vil innledningsvis påpeke viktigheten av å benytte seg av den eksisterende kapasiteten blant private og ideelle rusinstitusjoner. Institusjonsopphold i seg selv er ingen garanti for å lykkes

i rusomsorgen, men det vil være urealistisk å tro at rusmisbrukere, enten det er alkoholikere eller narkomane, kan komme seg ut av rusproblematikken uten institusjonsopphold. Det vises i denne sammenheng til at mange private og ideelle institusjoner har ledig kapasitet, og at enkelte også har måttet legge ned sin virksomhet. Dette mener forslagsstillerne er meningsløst, all den tid om lag 4 000 rusmisbrukere venter på hjelp.

Ventelisterapportering fra tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere ble innført i 2006. Nedfor gis det med bakgrunn i Helsedirektoratets rapport "Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2008" og SAMDATAs rapport "Sektorrapport for rusbehandling 2007" en oversikt over ventetid for opphold ved rusinstitusjoner i Norge. Ifølge rapportene er det fortsatt en del problemer knyttet til kvaliteten og komplettheten på data, noe forslagsstillerne anser for å være et problem. Det er viktig at kvaliteten på disse dataene er adekvate og gode, slik at man får et reelt innsyn i virkeligheten.

Tallmaterialet viser at det er store regionale variasjoner i gjennomsnittlig ventetid for utredning eller behandling av rusmiddelmisbruk. Siden 2007 har det vært en økning i ventetid innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk.

Tabellen under viser gjennomsnittlig ventetid til utredning eller behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, fordelt per regionale helseforetak. 2. tertial 2007–2008.

Helseregion	2007 ant dager	2008 ant dager
Helse Sør-Øst RHF	57	65
Helse Vest RHF	85	81
Helse Midt-Norge RHF	80	76
Helse Nord RHF	125	125
Totalt	67	71

Kilde: Statens helsedirektorats rapport

Forslagsstillerne viser til SAMDATAs Sektorrapport for Rusbehandling 2007, der ventetiden for rusbehandling og avrusning oppsummeres på følgende måte:

"Ventetiden til innleggelse for rusbehandling er fem uker i Helse Sør-Øst, mens tilsvarende ventetid er over dobbelt så lang for de som er bosatt ellers i landet. Også ventetid for avrusning er kort i Helse Sør-Øst, med en median ventetid på fem dager. Ventetida for personer som skal inn til avrusning, er relativt kort også i Helse Midt-Norge."

Forslagsstillerne viser videre til ventelistedata som presenterer tilgang til nye henvisninger, avvikling av ventende pasienter, størrelsen på etterspørsel etter utredning/behandling (fortsatt ventende) samt

gjennomsnittlig og median ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (TSB). Antall "ordinært avviklede" er et uttrykk for hvor mange som blir tatt av venteliste og får igangsatt behandling i løpet av rapporteringsperioden.

Forslagsstillerne påpeker at det i analysen er skilt mellom rene rusbehandlingsenheter (RUS) og enhe-

ter innenfor psykisk helsevern for voksne som tilbyr rusbehandling (PHV). I 1. tertial 2008 ble det registrert 5 574 nyhenviste ved de rene rusinstitusjonene (RUS) og innen rusenheter innen psykisk helsevern for voksne (PHV) ble det registrert 933 henvisninger til tverrsektoriell psykiatrisk behandling.

Antall og ventetider for ordinært avviklede fra ventelistene innen rus i 1. tertial 2008. Ventetid angitt som gjennomsnittlig ventetid og median ventetid i antall dager.

		Innleggelse		Poliklinisk behandling		Total	
		Antall	Gj.snitt (median) i antall dager	Antall	Gj.snitt (median) i antall dager	Antall	Gj.snitt (median) i antall dager
RUS	Helse Sør-Øst RHF	1472	61(35)	795	59(42)	2270	60(39)
	Helse Vest RHF	244	129(104)	305	82(71)	596	102(81)
	Helse Midt-Norge RHF	247	101(88)	105	92(82)	359	97(83)
	Helse Nord RHF	118	119(96)	31	142(50)	154	124(91)
	Totalt	2081	77(48)	1236	70(48)	3379	74(49)
PHV	Helse Sør-Øst RHF	3	12(3)	353	52(37)	358	51(37)
	Helse Vest RHF	4	28(23)	18	32(24)	22	31(24)
	Helse Midt-Norge RHF	2	18(18)	113	42(35)	121	43(35)
	Helse Nord RHF	-	-	1	79(79)	1	79(79)
	Totalt	9	21(22)	485	49(36)	502	48(36)

Kilde: SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007 04/08.

Forslagsstillerne påpeker at antall ventende er et øyeblikkstill som gir informasjon om etterspørselen etter behandling ved utgangen av rapporteringsperioden. Det var totalt 3 379 ordinære avviklinger ved de rene rusbehandlingsenhetene i 1. tertial 2008. Gjennomsnittlig ventetid ved de rene rusbehandlingsenhetene (RUS) var i 1. tertial 2008 på 74 dager, mens median ventetid var på 49 dager. Forskjellen mellom gjennomsnittlig ventetid og median ventetid indike-

rer at et mindretall langtidsventende trekker opp gjennomsnittlig ventetid.

Nedenfor er ventelistedata for henvisninger til avrusning presentert. Det er ikke gitt gjennomsnittstall, men tall for antall mennesker nyhenviste, ordinært avviklede og ventende til avrusning i 1. tertial 2008.

Tabellen under viser antall nyhenviste, ordinært avviklede og fortsatt ventende til behandling for avrusning, avgiftning og abstinensbehandling i 1. tertial 2008.

Antall pasienter	Nyhenviste pasienter	Ordinært avviklede henvisninger	Fortsatt ventende til behandlingsnivået avrusning, avgiftning
Totalt fra alle helseregionene	2030	1206	509

For landet sett under ett i første tertial av 2008 ble 25 pst. av pasientene som ble ordinært avviklet, tatt til behandling i løpet av 3 dager, 35 pst. ble tatt til behandling innen 3–14 dager. 14 pst. av pasientene måtte vente 80 dager eller lenger. Det var store variasjoner mellom helseregionene.

Forslagsstillerne mener det er uakseptable ventetider knyttet til både avrusning og institusjonsopphold. Det er derfor, slik forslagsstillerne ser det, stort behov for å benytte seg av den kapasiteten som eksis-

terer, samt sørge for at det tilrettelegges for økt kapasitet hva gjelder avrusning og behandlingsinstitusjoner.

Forslagsstillerne viser til den kraftige reduksjonen av avtaleinngåelser mellom regionale helseforetak, og private/ideelle rusinstitusjoner. Dette har særlig gjort seg gjeldende i helseregion Sør-Øst. Forslagsstillerne viser til punkt 2. der det fremmes forslag om å legge om finansieringsansvaret slik at pengene følger pasienten til den institusjonen som

velges. En naturlig konsekvens av dette er at de regionale helseforetakene ikke får finansieringsansvaret knyttet til opphold på rusinstitusjoner, og at dette overføres folketrygdsystemet. Dette vil sikre at det er den enkelte pasients behov som er utslagsgivende for hvor mange senger som til enhver tid er belagt, også hos private og ideelle rusinstitusjoner. Forslagsstillerne vil i denne sammenheng vise til tall som ble gjengitt i ulike medier i 2008, som fastslo at det var 4 000 rusmisbrukere i kø for å få behandling.

4.2.1 Mangfold

Som forslagsstillerne tidligere har understreket, er rusmisbrukere like forskjellige som alle andre individer. Dette betyr at ikke alle har behov eller nytte av de samme tiltakene og behandlingstilbudene. Det er derfor viktig, slik forslagsstillerne ser det, at det eksisterer et mangfold i tilbudene som gis til denne pasientgruppen, dette vil også være gjeldende innenfor ulike typer behandlingsinstitusjoner. Denne mangfoldigheten kan ikke oppnås dersom man lager strømlinjeformede institusjoner som bygger på en konkret modell. Sagt med andre ord, så vil det være en forutsetning for å lykkes at man legger til rette for at også private og ideelle organisasjoner kan opprette og drive behandlingsinstitusjoner. Det er videre viktig, slik forslagsstillerne ser det, å legge til rette for at også institusjoner som av ulike årsaker ikke ønsker å motta personer underlagt LAR-behandling, blir gitt muligheten til å sette slike krav. Forslagsstillerne vil påpeke at formålet må være å gjøre flest mulig pasienter rusfri, og at det derfor må være rom for institusjoner som ikke ønsker å delta i LAR-behandlingskjeden.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen sørge for at private og ideelle rusinstitusjoner likestilles med offentlige institusjoner, og at pengene følger brukeren til den institusjonen som blir benyttet.

4.2.2 Godkjenningsordning

Forslagsstillerne viser til behovet for å etablere en godkjenningsordning for rusinstitusjoner. Som tidligere nevnt så ønsker forslagsstillerne at private og ideelle institusjoner likestilles med offentlige institusjoner, samt at det avsettes forskningsmidler til å kartlegge hvilke tilbud som fungerer og hvilke tilbud som ikke fungerer. Dette vil være viktige faktorer for å kunne gi en godkjenningsordning. Det vil derfor være slik at rusinstitusjoner som over tid ikke kan vise til positive resultater, ikke lenger bør få overført pasienter gjennom folketrygdsystemet, dersom man ikke foretar endringer i behandlingstilbudet som tilfredsstiller den måloppnåelsen som er ønsket. Dette

vil gjelde både private, ideelle og offentlige institusjoner. En godkjenningsordning vil sikre at det er et kvalitetsmessig godt innhold, og at det dermed ikke kan utnyttes av personer/virksomheter som er ute etter å få inntekt fra å drive rusinstitusjoner uten å ha et godt behandlingstilbud til den enkelte rusmisbruker. Kriteriene som gjøres gjeldende for denne godkjenningsordningen må utarbeides i samarbeid med kompetansepersonell på området, og bør omfatte faktorer som behandlingsmetodikk mv. Det understrekes fra forslagsstillerne side at 12-trinnsmodellen må anses for å være en av de modellene som mottar godkjenningsordning der de øvrige kriteriene er tilfredsstillt.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen innføre en godkjenningsordning for rusinstitusjoner.

4.3 Ettervern

Forslagsstillerne er av den oppfatning at ettervernet er en av de viktigste faktorene for å få på plass en helhetlig rusomsorg som fungerer. Signalene som kommer tyder på at det er store kommunale forskjeller, og at det dessverre mange steder er et svært mangelfullt ettervernstilbud. Forslagsstillerne vil gå så langt som å hevde at institusjonsopphold mister store deler av sin verdi, dersom ikke ettervernet er klart fra dag én, etter endt behandling. I dette kapitlet vil forslagsstillerne omhandle behovet for et styrket og helhetlig ettervern i rusomsorgen i Norge.

4.3.1 Avtalefestet ettervern

Det vises til at det i dag ikke er noen form for selvfølghelighet at ettervern i kommunene er forberedt fra dag én etter institusjonsopphold. Dette medfører at rusmisbrukere i mange tilfeller ikke har noen form for oppfølging, og at veien tilbake til gamle rusbelastede miljø er kort. Forslagsstillerne mener dette er en uholdbar situasjon, og at mange rusmisbrukere ville hatt langt større sjanse for å lykkes med å komme ut av rushelvetet, dersom man hadde hatt dette på plass.

Forslagsstillerne viser til tidligere omtalt bruk av individuell plan, samt at pengene må følge brukeren til behandlings- og ettervernskommune. Dette ville vært to tiltak som hadde sørget for at man hadde kunnet planlegge oppfølging og ettervern fra dag én, ved at det økonomiske aspektet ikke hadde vært en utgift for hjemkommunen til den enkelte.

Forslagsstillerne mener det er behov for å få på plass et avtaleverk mellom behandlingssted og ettervernskommune, som må være på plass tidlig i den enkeltes behandlingsforløp, og nedfelt i individuell plan. Dette vil være en garanti og en ansvarliggjøring av den enkelte rusmisbrukers hjemkommune.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det innføres en avtaleplikt mellom behandlingsinstitusjon og den enkelte hjemkommune hva gjelder ettervern fra første dag etter endt institusjonsopphold, alternativt ettervern i institusjonens egen regi.

4.3.2 Opplæring etter rus

Forslagsstillerne vil påpeke at rusmisbrukere ofte er i en situasjon som krever mye opplæring. Dette kan være alt fra elementær bo- og hverdagshåndtering, og selvfølgelig utdanningsrettet. Forslagsstillerne mener dette elementet må tilrettelegges på en langt bedre måte enn hva som gjøres i dag. Det vises i denne sammenheng blant annet til frivillighetens bidrag, samt at dette må nedfelles i den individuelle planen. Det vises videre til tidligere omtale om arbeidsrettet rehabilitering. Forslagsstillerne mener videre det er viktig at rusmisbrukere i et ettervernsperspektiv må ha noe å gå til. Dette bør vektlegges sterkt. Forslagsstillerne er videre av den oppfatning at det må stilles strenge krav til deltagelse fra rusmisbrukerens side.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen legge til rette for bedre muligheter knyttet til sosialisering i ettervernsforløpet for rusmisbrukere, herunder bruk av sponsorvirksomhet.

Stortinget ber Regjeringen iverksette tiltak som sørger for økte forpliktelser for rusmisbrukere til å delta i hverdagsaktiviteter i ettervernsforløpet.

4.3.3 Anonyme alkoholikere og anonyme narkomane

Forslagsstillerne vil understreke at et velfungerende ettervern er en forutsetning for å lykkes i rusomsorgen. Ettervern omhandler ikke et konkret tiltak som kan iverksettes. Det må derfor et bredt spekter av tiltak på plass, for å sikre det nødvendige ettervernet fra dag én, etter endt behandling i institusjon. Forslagsstillerne vil påpeke at AA (Anonyme Alkoholikere) og NA (Anonyme Narkomane) utgjør en betydelig faktor i ettervernsperspektivet. Det må derfor sørges for at det offentlige helsevesenet informerer om disse gruppene til alle pasienter som er i kontakt med helsetjenesten grunnet rusrelaterte problemer.

FORSLAG

Stortinget ber Regjeringen iverksette tiltak som sørger for at pasienter med rusdiagnoser blir gitt informasjon om eksisterende NA- og Aa-grupper.

5. OPPSUMMERING OG FORSLAG

Forslagsstillerne viser til de forslag til tiltak som er gjengitt i dokumentet. Det er videre viktig at samtlige tiltak som igangsettes underlegges en kontinuerlig evalueringsprosess, som sikrer at måloppnåelsen er adekvat og hensiktsmessig.

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

"Stortinget ber Regjeringen utarbeide en helhetlig og verdig rusplan, med enkeltindividet i fokus, som skal inneholde følgende punkter:

- Innføring av et helhetlig finansieringssystem i rusomsorgen, som gjør at pengene følger den enkelte pasient til de steder som behandling og ettervern forekommer, og at finansieringsansvaret for hele behandlings- og ettervernsløpet tillegges staten.
- Det opprettes en egen tilskuddsordning for bygging av boliger for rusmisbrukere, etter modell fra tilskuddsordningen for omsorgsboliger.
- Det igangsettes prøveprosjekt knyttet til forebyggende programmer etter modell fra Supra-F-prosjektene i Sveits.
- Det igangsettes prosjekter rettet mot mødre etter modell fra FemmeTICH-prosjektene i Sveits.
- Det igangsettes en evaluering av det forebyggende arbeidet knyttet til rus, samt iverksettes tiltak for å heve debutalderen for bruk av rusmidler. Herunder lage et eget undervisningsopplegg for ungdomsskolen for å øke kompetansen knyttet til skadevirkningene av rus.
- Organisasjoner som jobber målrettet med rusproblematikk blant barn og unge, blir gitt gode økonomiske rammevilkår gjennom en tilskuddsordning.
- Det innføres tiltak som hever kompetansen knyttet til rusmisbruk på arbeidsplassen.
- Det innføres tiltak som øker bevisstgjøringen knyttet til sykdommen alkoholisme.
- Det igangsettes tiltak som sørger for at fastlegene og andre deler av primærhelsetjenesten øker sin kompetanse når det gjelder å avdekke rusproblemer blant pasientene.
- Det igangsettes tiltak som sørger for økt bruk av lavintensive intervensjoner knyttet til alkoholismeproblematikken.
- Det innføres et takstsystem på offentlige ettervernstjenester, som også utløser finansiering for tjenester som frivilligheten bidrar med, etter avtale med Nav.
- LAR gjøres lettere tilgjengelig for de som oppfyller kravene
- LAR bør ikke ha for rigide og strenge krav til sidemisbruk av mildere rusfrimidler.

- Det er den enkeltes rushistorie som er avgjørende for hvorvidt man kommer inn i LAR-systemet.
- Ventetidene både på søknad og behandling i LAR reduseres til et minimum
- At det eksisterer en helhetlig rehabiliteringsplan gjennom obligatorisk bruk av individuell plan.
- Pasientrettighetene gjøres gjeldende for pasienter omfattet av LAR.
- Det foretas en vurdering knyttet til å utvide praksisen med å bruke behandlingsdommer, både hva gjelder omfang og grupper.
- Det innføres en plikt for politiet til å følge berusede/rusede mindreårige hjem til vedkommendes foreldre.
- Kapasiteten ved psykiatriske sikkerhetsavdelinger i alle landets helseregioner økes, slik at man på kort varsel kan ta imot psykisk syke innsatte fra fengselsvesenet.
- Det iverksettes tiltak som sørger for at pasienter med rusproblemer blir gitt den behandlingen de har krav på i henhold til pasientrettighetsloven.
- Retten til individuell plan gjøres obligatorisk, og det iverksettes tiltak som gjør at individuell plan blir utarbeidet tidlig i behandlings/tiltaksforløpet.
- Det foretas en vurdering knyttet til tvangsbehandling av rusmisbrukere, og det fremmes en sak for Stortinget om dette innen utgangen av 2009
- Det igangsettes tiltak som sørger for at primærhelsetjenesten og skoleverket får økt kompetanse knyttet til problematikken rundt barn av rusmiddelmisbrukere.
- Det iverksettes tiltak som hever kapasiteten og omfanget av tilbud til barn av rusmiddelmisbrukere.
- Stortinget ber Regjeringen sørge for en evaluering knyttet til det statlige og kommunale barnevernets håndtering av barn i familier med rusproblematikk.
- Det igangsettes nødvendige tiltak for å heve kompetansen knyttet til problematikken rundt barn av rusmiddelmisbrukere i barne- og ungdomspsykiatrien.
- Det legges til rette for at alle landets innbyggere har tilgang til familievern, uavhengig av den enkeltes bostedsadresse.
- Det sørges for at rusmisbrukere får én saksbehandler og forholder seg til vedrørende hele behandlings- og ettervernsforløpet.
- Det økonomiske finansieringsansvaret for forebygging, ettervern og behandling av rusmisbrukere overføres til Nav.
- Det opprettes en egen koordinator i Nav med ansvar for utarbeidelse av individuelle planer for innsatte før løslatelse og med oppfølging etter løslatelse. Det vil være viktig at slik oppfølging skjer i god tid før løslatelse.
- Det fremlegges forslag om mer langsiktig og forutsigbare finansieringsordninger for å sikre et bredere og bedre tilbud innen yrkesrettet rehabilitering for rusmisbrukere.
- Det sørges for å gi unge med tiltak etter barnevernsloven rett til tiltak fram til fylte 23 år.
- Det fremmes lovforslag slik at ansvaret for økonomisk sosialhjelp overføres fra kommunen til staten, og at det innføres normerte satser likt for hele landet som er høyere enn dagens anbefalte satser, og at ansvares legges inn under Nav.
- Det foretas en helhetlig gjennomgang av tilskuddsordningene til arbeidsgiverne, med sikte på å utarbeide bedre og mer treffsikre tilskuddsordninger.
- Det foretas nødvendige endringer i dagens regelverk slik at arbeidsgivere sikres lønn fra Nav fra første fraværsdag slik tilfellet er for andre med kronisk sykdom.
- Det foretas en gjennomgang av dagens regelverk med sikte på å kunne tilpasse bruken av arbeidsmarkedstiltak rettet mot rusmisbrukere som er under LAR-behandling.
- Det sørges for at tidligere rusmisbrukere gis samme ordninger som psykisk syke.
- Det sørges for at det iverksettes nødvendig kompetanseheving innen rehabiliteringssystemet, slik at hjelpeapparatet sikres nødvendig kunnskap og kompetanse for å hjelpe rusmisbrukere med gjeldsproblemer.
- Det foretas en gjennomgang av det offentlige rutiner og opptreden som kreditor, med sikte på å skape bedre, ensartede og mer humane rutiner.
- Det foretas en gjennomgang av de tilfeller der det offentlige har forrang som kreditor eller panthaver, vurdere hensiktsmessigheten og på bakgrunn av dette fremme nødvendige forslag om endringer.
- Det foretas en vurdering av mulige forbedringer ved sentralisering av namsmannsoppgaven, med sikte på bedret kompetanse og mer effektiv saksbehandling, både i tid og kostnad.
- Det sørges for at frister i forbindelse med behandling av gjeldsordning overholdes i forhold til lov og dagens fastsatte krav, slik det også ble påpekt i Riksrevisjonens rapport Dokument nr. 5:3 (2005–2006).
- Det foretas en vurdering av hensiktsmessigheten av å slå sammen de ulike trekkinstanter i gjeldsforhold til én trekkinstans.
- Det avsettes forskningsmidler til å kartlegge måloppnåelse knyttet til ulike institusjonsmodeller og forebyggingstiltak innenfor rusomsorgen.
- Det iverksettes tiltak for å sikre adekvate og riktige ventelistedata for rusbehandling.
- Kapasiteten knyttet til avrusning/avgiftning økes, slik at ventetiden reduseres.

- Pasienter som kommer til akuttinnleggelse, blir gitt muligheten til behandlingstilbud umiddelbart etter endt opphold ved rusakuten.
- Det sørges for at private og ideelle rusinstitusjoner likestilles med offentlige institusjoner, og at pengene følger brukeren til den institusjonen som blir benyttet.
- Det innføres en godkjenningsordning for rusinstitusjoner.
- Det innføres en avtaleplikt mellom behandlingsinstitusjon og den enkeltes hjemkommune hva gjelder ettervern fra første dag etter endt institusjonsopphold.
- Det legges til rette for bedre muligheter knyttet til sosialisering i ettervernsforløpet for rusmisbrukere, blant annet ved å innføre en takstordning for frivillige sponsorer/støttekontakter.
- Det iverksettes tiltak som sørger for økte forpliktelser for rusmisbrukere til å delta i hverdagsaktiviteter i ettervernsforløpet.
- Det iverksettes tiltak som sørger for at pasienter med rusdiagnoser blir gitt informasjon om eksisterende NA- og AA-grupper.
- En kontinuerlig evalueringsprosess av tiltakene, som sikrer at måloppnåelsen er adekvat og hensiktsmessig.

1. april 2009

