



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

**N. A. Bergsgard, S. Fjær, S. I. Nødland,
B. Ravneberg og J. Thygesen**

**Kartlegging av mottakerne
av den statlige
tilskuddsordningen til
frivillige rustiltak
- Delrapport**

Rapport IRIS - 2009/132

Prosjektnummer: 7252221
Prosjektets tittel: Evaluering av tilskuddsordning til frivillig rusarbeid mv
Oppdragsgiver(e): Helsedirektoratet
ISBN: 978-82-490-0631-1
Gradering: Åpen

Stavanger / Bergen, 02.07.09

(Fornavn, etternavn)
Prosjektleder

Sign.dato

(Fornavn, etternavn)
Kvalitetssikrer

Sign.dato

(Fornavn, etternavn)
Senterleder
(Samfunns- og næringsutvikling)

Sign.dato



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Forord

Høsten 2008 ga Helsedirektoratet IRIS sammen med Røkkansenteret oppdraget med å evaluere den statlige *Tilskuddsordning til frivillig rusarbeid mv* (kap. 671, post 70). Evalueringen skal gå fram til mars 2010, og avsluttes med en sluttrapport. I denne delrapporten presenterer vi funnene fra dokumentanalysen av og telefonsurveyen til mottakerne av ordningen i 2007 og 2008. Hovedrapporten kommer i mars 2010.

Vi vil takke de involverte i virksomhetene som har svart på vår telefon-survey. Vi vil også takke Helsedirektoratet for velvillig framskaffing av dokumentasjon. Det ble satt ned en referansegruppe for evalueringen, og denne har møttes to ganger. I møtene har det kommet fram konstruktive innspill til utformingen av undersøkelsen og til innholdet og analysen i delrapporten. Tusen takk til medlemmene i referansegruppa. En takk også til Helsedirektoratet for kommentarer på rapportutkastet.

Stavanger 01. juli 2009



Nils Asle Bergsgard, prosjektleder

Innhold

Sammendrag	6
1 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn og formål	9
1.2 Avgrensning av og tema for rapporten.....	10
1.3 Metode.....	12
2 FELTET SIVILT RUSARBEID	14
2.1 Det offentlige og frivillig velferdsproduksjon	14
2.2 Tjenestefeltet rusarbeid og frivillige aktørers rolle	15
2.3 Dimensjoner og definisjoner	18
3 FORVALTNINGEN AV TILSKUDDSORDNINGEN.....	21
3.1 Bakgrunn for og politisk debatt om ordningen	21
3.2 Mål og regelverk for ordningen	23
3.3 Vurdering av Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning	24
3.4 Tilskuddsstruktur og økonomi	26
3.5 Kort oppsummering.....	33
4 MØNSTRE KNYTTA TIL TILTAKENE OG VIRKSOMHETENE	35
4.1 Behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner med et ”for-andre- perspektiv” (A).....	35
4.2 Prosjekter og tiltak med et ”for-andre-perspektiv” (B).....	36
4.3 Brukerdrevne/brukerstyrte behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner (C).....	38
4.4 Prosjekter og interesseorganisasjoner av og for brukerne (D).....	38
4.5 Geografisk fordeling	39
4.6 Kort oppsummering.....	42
5 FRIVILLIG TJENESTEPRODUKSJON – KJENNETEGN OG KARAKTERISTIKA	43
5.1 Typer av tiltak.....	43
5.2 Bidrag til tjenestefeltet.....	45
5.2 Fagtradisjoner	46
5.3 Formalisering av drift og bruk av målstyringsinstrumenter	47
5.4 Brukermedvirkning.....	47
5.5 Profesjonalisering som utfordring for frivillighet	48

5.6 Samarbeid med andre	50
5.7 Vurdering av forvaltningen og effekt	50
6 OPPSUMMERING	52
6.1 Om forvaltningen av ordningen	52
6.2 Om det sivile rusfeltet	53
6.3 Om mottakerne av tilskudd	53
6.4 Alternativer på rusfeltet?	54
7 REFERANSER.....	56
VEDLEGG	58
Forholdet mellom problemstillingene og metode for datainnsamling.....	58
Telefonintervju - Spørreundersøkelse til mottakere av tilskudd fra post 70	62
Oversikt over alle tilskuddsmottakere	65

Sammendrag

Høsten 2008 ga Helsedirektoratet IRIS sammen med Røkkansenteret oppdraget med å evaluere den statlige *Tilskuddsordning til frivillig rusarbeid mv.* (kap. 671, post 70). I Helsedirektoratets konkretisering av oppdraget ble det vektlagt at evalueringen skulle bidra til en *dokumentasjon* av tilbudet som drives av frivillige og private virksomheter, ved blant annet belyse kvaliteten på tilbudet, økonomiske rammebetingelser, brukernes oppfatning av tilbudets egenart og frivillighet som egenverdi. Følgende fire hovedtemaer inngår i evalueringen: 1) kjennetegn ved virksomhetene/tiltakene som mottar tilskuddet, 2) brukerperspektiv- og medvirkning i virksomhetene, 3) forholdet mellom frivillig og profesjonelle i virksomhetene, og 4) helsedirektoratets forvaltning av ordningen.

Dette er den første av to rapporter fra evalueringen, og er primært en dokumentasjonsrapport som presenterer kjennetegn ved mottakerne, så som størrelse, formål, organisering, økonomi, geografisk lokalisering, type tiltak man får støtte til og type metodikk man jobber etter. Rapporten viser også hvordan virksomhetene sjøl ser på brukermedvirkningen og på forholdet mellom frivillighet og profesjonalisering. Dessuten drøftes forholdet mellom sivile virksomheter og offentlige aktører, samt forvaltningen av ordningen. Gjennomgangen i delrapporten baserer seg på en dokumentanalyse av og telefonsurveyen til alle mottakerne av ordningen i 2007 og 2008.

I 2008 ble det bevilget omkring 121 mill. kr over ordningen, og i 2009 er det innstilt på omkring 132 mill. kr. Årlig antall mottakere har vært mellom 80 og 90 de siste årene. Totalt har omtrent 130 mottakere fått støtte over ordningen siden 2005, med et samla beløp på ca 570 mill. kr. Det er noen større behandlings-/rehabiliteringsinstitusjoner som siden 2005 har fått en stor andel av bevilgningen; i 2008 mottok de syv største mottakerne nesten 67 mill. kr, altså over halvparten av det totale tilskuddet dette året.

Tilskuddordningen har de siste fem åra til dels endra karakter; den har gått fra en mer lukket driftstøtteordning til en mer åpen prosjektstøtteordning. Endringer på rusfeltet har likevel medført at en del organisasjoner og institusjoner i praksis mottar driftstøtte. Som følge av rusreformen var det en del virksomheter som ikke fikk/ikke ville ha avtale med de regionale helseforetakene. Fra politisk hold har man ønsket å sikre disse økonomisk, og de er følgelig inkludert i post 70-ordningen. Satt på spissen kan en således si at tilskuddsordningen har to ulike formål: - å støtte opp under de private institusjonene som ikke kan få/vil ha avtale med helseforetakene, og - å støtte opp under utviklingsprosjekter og alternative tiltak som kan bidra til nyskaping og mangfold på rusfeltet.

Det er et rimelig stort sammenfall mellom politiske mål, som kommer til uttrykk i statsbudsjettet og stortingskomiteens innstilling til budsjettet, Helsedirektoratets retningslinjer og direktoratets tilskuddsforvaltning. Tilskuddsordningen er relativt åpen uten klare føringer og rigid regelverk, og den oppfattes som lite styrende av tilskuddsmottakerne. Også rapporterings- og søknadskravene sees som rimelige. Dessuten blir kontinuiteten i og forutsigbarheten ved forvaltningen av ordningen

oppfattet som en viktig verdi. Tilskuddsordningen har vokst betydelig når det gjelder de økonomiske rammene og fanger opp et økende antall aktører over tid. Post 70 representerer en ordning som oppfattes som sjenerøs, ubyråkratisk og relativt forutsigbar sammenlignet med de fleste andre ordninger.

Støttmottakerne utgjør et sammensatt og i økende grad mangfoldig bilde. Flesteparten av virksomhetene, over halvparten, befinner seg innenfor kategorien prosjekter/tiltak drevet av virksomheter som har et for-andre perspektiv, dvs. der den frivillige/ideelle innsatsen er rettet mot målgrupper utenfor organisasjonen. Drøyt en fjerdedel av virksomhetene er større og middels store rusbehandlende institusjoner. Blant disse har mange tilknytning til kirken eller kristne organisasjoner. En annen stor gruppe tilskuddsmottakere i denne kategorien er de alternative behandlingsinstitusjonene, så som kollektivene, brukerstyrte tiltak, terapeutiske samfunn og lignende. De resterende er virksomheter drevet av og for brukere, både mer behandlingsorienterte tiltak, prosjekter og interesseorganisasjoner.

Geografisk er tiltakene spredt rundt i landet, men likevel med en betydelig konsentrasjon i Oslo/Østlandet, Sørlandet og Vestlandet (utenom Sogn- og fjordane som er det eneste fylket uten tilskuddsmottakere). Sjøl om den geografiske fordelingen avviker noe fra befolkningsmønsteret generelt, så synes likevel konsentrasjonen av tiltak og tilskudd å være rimelig all den tid mange av rusmisbrukerne og flere av de store behandlingsinstitusjonene er lokalisert i Oslo (og de andre store byene).

I underkant av halvparten av virksomhetene har definert *målgruppen* ganske generelt: voksne rusmisbrukere (ofte med psykiske problemer) av begge kjønn over 18 år som kommer fra stedet virksomheten er lokalisert. Videre er unge en særskilt målgruppe i noen tiltak, LAR-brukere i andre og rusmisbrukere som er, eller tidligere har vært, under soning i ytterlige andre virksomheter. Omkring en tittel av virksomhetene er rettet mot hver av disse tre målgruppene. I underkant av ett av tjue tiltak retter seg mot prostituerte. Det er i snitt 18 deltakere på hvert tiltak. Brukermedvirkningen forstås noe ulikt og tar ulike former, men den synes gjennomgående å være vektlagt i alle typer virksomheter.

Flertallet av tiltakene i vårt utvalg har et visst innslag av frivillige. Antall frivillige er i gjennomsnitt omkring 15 ved virksomhetene, og det er 1,5 frivillig per ansatt. Bakgrunn og motivasjon til de frivillige varierer, og er også bestemt av motivet for virksomheten. Økende profesjonalisering er likevel et klart kjennetegn ved samtlige av virksomhetene, og kan blant annet sees i lys av økt grad av kontakt med det offentlige, herunder støtteordningen som evalueres her. Profesjonaliseringen drives imidlertid også i høy grad fram av organisasjonene selv. Det er liten grad av profesjonaliserings skepsis blant det store flertallet av tilskuddsmottakerne. Samtidig er organisasjonene bevisste på sin egenart og markerer sin forskjellighet fra det offentlige. Frivillighetsaspektet framtrer som en sentral verdi.

Det gjennomsnittlige tilskuddsbeløpet til mottakerne har økt over tid. For flertallet er imidlertid ikke tilskuddet fra Helsedirektoratet den eneste inntektskilden; i snitt utgjør det omkring halvparten av inntektene. De større virksomhetene er minst avhengig av tilskuddsordningen, og er således mer robuste i forhold til bortfall av tilskudd fra

ordningen. For en del av de mindre virksomhetene og tiltakene/prosjektene utgjør tilskuddsordningen tilnærma hele inntektsgrunnlaget.

Samarbeidsflaten mellom det offentlige og de frivillige organisasjonene i dette tjenestefeltet, kan beskrives som rik og omfattende. Over halvparten av virksomhetene oppgir at de samarbeider med offentlige innstanser, særskilt kommunen, men også NAV, og mange har formaliserte avtaler.

Mange av virksomhetene ser seg sjøl som et alternativ og viktig supplement til det offentlige tilbudet på rusområdet. Dette gjelder både det at tiltakene i større grad vektlegger det sosialfaglige, og det at de har en lavere inngangsterskel, enn i spesialisthelsetjenesten. Det skjer dessuten endringer i feltet. Tendensen er at virksomhetene som er organisert av og for brukere, både med høy og lav inngangsterskel, vokser fram, og der noen av disse etter hvert beveger seg over mot den mer profesjonaliserte (for-andre-perspektiv) delen av rusfeltet. Det synes imidlertid også å skje nyskaping innenfor de gamle tradisjonelle filantropiske eller diakonale organisasjonene. En første konklusjon er at virksomhetene alt i alt framstår som et alternativ til det offentlige med et frivillig og/eller ideelt utgangspunkt.

1 Innledning

Høsten 2008 ga Helsedirektoratet IRIS sammen med Rokkansenteret oppdraget med å evaluere den statlige *Tilskuddsordning til frivillig rusarbeid mv.* (kap. 671, post 70). Evalueringen skal gå fram til mars 2010. I denne delrapporten presenterer vi funnene fra dokumentanalysen av og telefonsurveyen til alle mottakerne av ordningen i 2007 og 2008. Hovedrapporten kommer i mars 2010.

1.1 Bakgrunn og formål

Om målsettingen med tilskuddsordningen:

I regelverket for ordningen står det at: ”Formålet med ordningen er å styrke tiltak for rusmiddelmissbrukere ogprostituerte i regi av frivillige organisasjoner og private virksomheter.” Det understrekes at tiltakene skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet og styrke den samla innsatsen overfor målgruppen. I statsbudsjettet trekker Helse- og omsorgsdepartementet i dessuten fram selvhjelp/interessegruppers arbeid, samt tilskudd til Gatehospitalet i Oslo, som viktig målgrupper (St.prp 1 2007-2008 og 2008-2009). Departementet peker videre på behovet for omstilling i forbindelse med rusreformen, samt at det anses som viktig å sikre langsiktighet og en videreutvikling av frivillige og private institusjoner sitt tilbud. Dessuten vektlegges det at man gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet skal styrke og videreutvikle samarbeidet mellom frivillig og offentlig sektor (i kapittel 3 kommer vi nærmere inn på mål og retningslinjer). I 2008 ble det til sammen fordelt 123 mill. kr over tilskuddsordningen, og i 2009 er tilsagnet på 132 mill. kr.

Om målsettingen med evalueringene

I statsbudsjettet for 2008 skriver Sosial- og helsedirektoratet at de ”vil foreta en evaluering av tilskuddsordningen for å få en bedre dokumentasjon av tilbudet og innsatsen i det frivillige feltet og for på den måten å vurdere om ordningen er tilstrekkelig målrettet” (St. prp. nr. 1, 2007-2008: 225). I kravspesifikasjonen for evalueringen refererte dessuten Helsedirektoratet til økonomireglementet fra staten, som påpeker at det skal gjennomføres evalueringer av ulike tilskuddsordninger for å belyse deres effektivitet i forhold til ressursbruk, organisering og fastsatte mål. I Helsedirektoratets konkretisering av oppdraget ble det vektlagt at evalueringen skulle bidra til en *dokumentasjon* av tilbudet som drives av frivillige og private virksomheter enten i samarbeid med kommunen eller på eget initiativ. ”Evalueringen bør blant annet belyse kvaliteten på tilbudet, økonomiske rammebetingelser, brukernes oppfatning av tilbudets egenart og frivillighet som egenverdi. Videre skal evalueringen også peke på utfordringer på området og om mulig foreslå forbedringspunkter for samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører.” Man ønsket i liten grad å måle utfallseffekter i form av flere rusfrie brukere osv. Det er gode grunner til denne avgrensningen, gitt det komplekse feltet av organisasjoner, tiltak og målsettinger. Muligheten til å etterspore spesifikke resultater om rusfrihet er relativt marginale.

Følgende fire hovedtemaer inngår i evalueringen og delrapporten: 1) kjennetegn ved virksomhetene/tiltakene som mottar tilskuddet, 2) brukerperspektiv- og medvirkning i virksomhetene, 3) forholdet mellom frivillig og profesjonelle i virksomhetene, og 4) helsedirektoratets forvaltning av ordningen.

1.2 Avgrensning av og tema for rapporten

Delrapporten er i all hovedsak beskrivende. Den inneholder en grundig gjennomgang av kjennetegn ved mottakerne som størrelse, formål, organisering, økonomi, geografisk lokalisering, type tiltak man får støtte til, type metodikk man jobber etter, involvering av brukerne osv. I rapporten drøfter vi også forvaltningen av ordningen, herunder sentrale mønstre i Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning.

Mer analyserende og vurderende spørsmål om resultatene av tilskuddsordningen, kvaliteten på tilbudet som gis, om tilskuddsmottakernes rolle og posisjon på rusfeltet, og om tilskuddsordningens hensiktmessighet, berøres i mindre grad. Det samme gjelder spørsmålet om tilskuddsordningens grenseflate i forhold til andre offentlige tilskudd på rusfeltet, som ordninger med Statlig tilskudd til kommunale rustiltak (for 2009 om lag 260 mill. kr)¹, helseforetakenes avtaler om kjøp av behandlingsplasser og kommunenes kjøp av plasser ved ulike institusjoner. Disse spørsmålene, sammen med prinsipielle vurderinger av forholdet mellom det offentlige og frivillige organisasjoner og private, ideelle virksomheter, blir i større bredde tatt opp i sluttrapporten.

I delrapporten gis det følgelig en gjennomgang av *forvaltningen av ordningen og en oversikt over mottakerne av tilskuddsordningen, og en beskrivelse av kjennetegn ved virksomhetene og av det tilbudet som gis.*

For å besvare problemstillingene for evalueringen har vi foretatt en dokumentanalyse av innkomne søknader og rapportering fra mottakerne av tilskudd for 2007 og 2008, samt gjennomført en analyse av direktoratets tilsagns-/avslagsbrev. Vi har også gjennomført en brei spørreundersøkelse over telefon til mottakerne av tilskudd fra 2007-2008 (jfr. metodedel). I Vedlegg 1 gis en oversikt over hvilke konkrete spørsmål Helsedirektoratet ønsker å få svar på, og hvilke metoder som dekker de ulike spørsmålene.

1.2.1 Offentlig støtte til virksomheter og tiltak på rusfeltet mv

Rusfeltet har tradisjonelt hatt et stort innslag av sivile aktører, både i form av frivillige organisasjoner, stiftelser eller som AS-er, om enn med ideelle formål og uten profitt for øye (det finnes også noen profitorienterte aktører i rusfeltet, men disse inngår ikke i denne evalueringen). De har følgelig hatt en sentral plass i behandlingsskjeden, enten som et supplement til det offentlige tilbudet eller som et alternativ. Men skjer det nå en dreining bort fra frivillighet som følge av rusreformen? Og hvordan er forholdet mellom

¹ Denne støtteordningen blir evaluert av Rambøll Management (se for eksempel Rambøll Management 2008)

langsigtig driftstøtte og prosjektorganisering i tilskuddsordningen? Hvor mye av omsetningen som kommer fra staten og tilskuddsordningen, og hvor mye som kommer fra tilskuddsposter som NAV, kommune, Husbanken, fra helseforetakene osv., er av betydning for mottakerne. Flere pengestrømmer indikerer større mangfold. Dessuten: Hva er forholdet mellom store kontra små mottakere? Og hva med tydelige behandlings-/etterverntilbud kontra lavterskel væresteder?

1.2.2 Brukerperspektiv og -medvirkning

Innenfor dagens velferdspolitikker står prinsippet om brukermedvirkning sentralt. En grunnleggende forutsetning for brukermedvirkning, er at brukeren er i stand til, eller er kompetent til å gjøre vurderinger og ta beslutninger som er sentrale for ivareta egne interesser. For noen kan et slikt krav oppfattes som et gode de har rett til, mens for andre vil fortone seg som et vanskelig krav å skulle imøtekomme. Sjøl om involvering i beslutninger som angår en sjøl av de fleste oppfattes som positivt, er faren at prinsippet om brukemedvirkning fører til en todeling av brukerne: mellom de som klarer å nyttiggjøre seg mulighetene medvirkning gir, og de som opplever kravet om medvirkning som en ekstra belastning (se for eksempel Ørstavik 1996 og Bergsgard og Løyland 1998). Bruk av individuell plan er et aktuelt verktøy for brukerinnsflytelse i spesialisthelsetjenesten, og bør også omfatte frivillige og ideelle virksomheter på feltet, i følge Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet ønsker å få kartlagt hvem brukerne av tiltakene er, og i hvilken grad det legges til rette for brukermedvirkning, herunder hvilke kjennetegn brukerorganisasjonene som mottar tilskudd fra ordningen, har. Brukernes egenvurdering blir dekket opp av kasusstudien som rapporteres i sluttrapporten.

1.2.3 Frivillig versus profesjonelle innsats

Direktoratet ønsker at vi retter et særskilt blikk på den frivillige innsatsen blant tilskuddsmottakere, herunder forholdet mellom frivillige og profesjonelle. Frivillige organisasjoner i Skandinavia har tradisjonelt sett ikke vært like sentrale tjenesteleverandører for det offentlige som frivillige organisasjoner en del andre vestlige land; den ekspansive skandinaviske velferdsstaten er noe av forklaringen her. Den frivillige sektor har imidlertid vært sentral på rusområdet, samtidig som det offentlige etter hvert i større grad har sett de frivillige som en ressurs. I NOUen om styrking av folkehelsearbeidet i Norge, *Det er bruk for alle (1998:18)*, blir den frivillige innsatsen trukket fram:

”Frivillig innsats har også en egenverdi gjennom å skape identitet og tilhørighet i et sosialt nettverk. Deltakelse i frivillig arbeid representerer for mange sammenhenger der de får delta og blir tatt på alvor, der de kan realisere ulike sider ved seg selv og være til nytte for andre.” (s. 228)

Frivillig innsats har altså en egenverdi. Samtidig som frivilliges innsats ofte har særskilte kvaliteter også for mottakerne av hjelpen (se for eksempel Flermoen 2006: 87ff). Og fra politisk hold understrekes viktigheten av å ivareta det frivillige engasjement og mangfoldet i frivillighetsfeltet. I denne delrapporten er det omfanget og

virksomhetenes vurdering av den frivillig innsatsen som drøftes; de frivilliges egenrevisning tas opp i sluttrapporten.

1.2.4 Forvaltningen av ordningen

Ordningsens policy formulering og policy utforming kan antas å virke inn på mottakernes tilpasning til ordningen, og i forhold til hvem som blir inkludert i ordningen, og hvem som eventuelt ikke blir det. Nyinstitusjonell organisasjonsteori fokuserer nettopp på hvordan organisasjoner med en sterk avhengighet av en finansierende og regulerende aktør på et felt, ofte tilpasser seg denne aktørens formelle og uformelle forventninger (se for eksempel DiMaggio og Powell 1991). Her vil vi spørre hvordan direktoratets forvaltning av ordningen samsvarer med de overordna målene, og hvordan tilskuddsforvaltningen virker inn på organisatoriske trekk ved mottakerne.

1.3 Metode

1.3.1 Dokumentanalyse

Vi har gått igjennom søknadene og rapportene fra tilskuddsmottakerne for 2007 og 2008 (rapportene fra 2008 hadde ikke kommet til Helsedirektoratet innen dokumentfila ble oversendt til oss). I følge regelverket skal søknadene være kortfattet og med relevante vedlegg, og inneholde: Planlagt aktivitet, innholdet i tiltaket, målgruppe, antall mottagere, metodikk, antall ansatte/frivillige, forventet resultatmål, budsjett med inntekts- og utgiftsdel. Det kreves dessuten revisorattestert årsregnskap, årsrapport/sluttrapport om resultatene i forhold til prosjektets målsettinger, og for flerårige prosjekter i tillegg en statusrapport med beskrivelse av resultater sett i forhold til målsettingene, og med foreløpig regnskap. Rapporteringen fra tilskuddsmottakerne er imidlertid av varierende kvalitet, særskilt med hensyn til regnskapene. Gjennomgangen av dokumentene har likevel gitt oss en oversikt over feltet. I kapittel 4 presenterer vi noen sentrale mønstre fra denne gjennomgangen.

Vi har også gått gjennom tilsagnene og særskilt avslagsbrevene for å få en forståelse av Helsedirektoratets forvaltning av ordningen. Denne analysen, sammen med en gjennomgang av offentlige dokumenter om, og regelverket for, tilskuddsordningen, presenteres i kapittel 3.

Tilbakerapporteringen i forhold til regnskapet for 2007, er noe mangelfull. Vi har basert vår gjennomgang på regnskap fra omkring 1/3 av mottakerne. Denne gjennomgangen, sammen med analysen av oversikten over tilskudd fra Helsedirektoratet, utgjør kapittel 3.4, Tilskuddsstruktur og økonomi.

Via dokumentanalysen har vi følgelig for det første fått besvart en del av faktaspørsmålene som er listet opp i vedlegget. For det andre har dokumentanalysen dannet grunnlaget for telefonsurveyen.

1.3.2 Intervju over telefon

Vi har gjennomført en telefonsurvey rettet mot de som fikk støtte i 2007/2008. Intervjuskjemaet ble utarbeidet på bakgrunn av spørsmålene som ble reist i kravspesifikasjonen og informasjon som kommer fram i dokumentanalysen. Intervjuene varte mellom en halv til en time og ble gjennomført relativt standardisert ut fra intervjumalen (vedlagt). Telefonintervju gir likevel mulighet til noen tilpasninger underveis i møte med relativt ulike typer av mottakere av tilskudd.

Dokumentasjonen fra Helsedirektoratet ga en oversikt på 151 enkeltmottakere av stønad for årene 2007 og 2008. Vi bygde opp adresselister ut fra oversikten i dokumentstudien og søk på internett. Etter den første fasen med intervjuing gikk vi gjennom den opprinnelige listen og tok bort adressater som vi regnet som lite relevante i forhold til dagens bevilgningssituasjon, og som vi heller ikke hadde oppnådd kontakt med. Dette var adressater som ikke hadde levert rapporter de siste to år og heller ikke fått bevilgninger i 2009, det var kommuner eller bydeler som av ulike årsaker hadde havnet på listen, og det var dobbeltføringer. Dette utgjorde 29 føringer. Det totale utvalget besto da av 122 mottakere.

Vi gikk videre inn og vurderte i hvor stor grad enkeltintervjuer dekker flere mottakere. Røde Kors var eksempelvis ført opp med totalt 17 enkelttiltak. De aller fleste dreier seg om nettverksarbeid. Vi vurderte det slik at alle disse er dekket gjennom intervjuer med Røde Kors sentralt og fem lokale lag. Flere intervjuer ble også gjort med forutsetning om at man snakket for flere enkelttiltak som i vår oversikt representerer en enhet.

Som et siste trinn for å sikre representativiteten, har vi henvendt oss per telefon direkte til en gruppe av mottakere som vi mener var nødvendig å inkludere for å sikre bredden i undersøkelsen. Disse ble valgt ut med utgangspunkt i størrelse på tilskuddet og ulike temaområder. Med 40 intervjuer som dekker 62 mottakere, mener vi at vi har en rimelig bredde i utvalget. Funnene fra telefonsurveyen presenteres i kapittel 5.

2 Feltet sivilt rusarbeid

2.1 Det offentlige og frivillig velferdsproduksjon

Frivillige aktører i Skandinavia har tradisjonelt sett ikke vært en like sentral tjenesteleverandører for det offentlige som frivillige organisasjoner i mange andre vestlige land som for eksempel Nederland, Tyskland eller USA. Den ekspansive skandinaviske velferdsstaten er en viktig forklaring her; inklusjonen av flere og flere områder i det som kan kalles velferdsstatens kjerneoppgaver, har begrenset rommet for sivile aktører (Lorentzen, 1994; Lundström & Svedberg, 2003; Olsson, 1998; Skov Henriksen og Ibsen, 2001; Stryjan & Wijkstrom, 1996; Sivesind 2008). Det er likevel ikke i de liberale landene med liten velferdsstat at andel ikke-kommersiell velferd er høyest, men derimot i land der de religiøse organisasjonen har en dominerende posisjon på velferdsfeltet, som for Irlands og Nederlands del, i følge Sivesind (2008). Begge typene systemene – liberale og konservative velferdsregimer for å bruke Esping-Andersens (1990) kjente kategorisering – har likevel klart høyere andel innsats fra de sivile aktørene enn de nordiske landene.

I de siste tiårene har interessen fra politisk hold for aktiviteten i sivil sektor økt (Lorentzen, 1994; Sivesind, Lorentzen, Selle, & Wollebæk, 2002; Skov Henriksen og Ibsen, 2001). Særskilt frivillige virksomheter, men også andre aktører (for eksempel ideelle stiftelser) har blitt trukket inn. Dessuten ser vi en økende bruk av private, kommersielle virksomheter på ulike felt innen velferdsforvaltningen (atføring, rehabilitering, barnevern). Vi har gått fra en velferdsstat til et velferdssamfunn der velferden ivaretas av flere ulike aktører. Skov Henriksen (1999) forklarer denne økte tilliten til den frivillige innsatsen med et stadig økende press på de offentlige velferdssystemene. En utvidet og fragmentert velferdsstat har hatt behov for nye løsninger i forhold til sentrale arbeidsoppgaver.

I frivillighetsmeldingen "Om statens forhold til frivillige organisasjoner" deles samkvemmet mellom det offentlig og frivillig sektor i tre: a) fortjenestefri velferdsproduksjon for å få et utvidet tjenestetilbud og en effektiv velferdsproduksjon, b) verdibasert samvirke for å realisere felles mål og utløse frivillige ressurser, og c) medlemsbasert virke ut fra begrunnelser knyttet til mening, tilhørighet og lignende for å styrke lokal deltakelse og aktivitet (St. meld. nr. 27, 1996-97). Tilskuddsordningen som her evalueres, favner både a og b, dvs. det handler både om støtte til velferdsproduksjon i form av behandling, rehabilitering osv. av rusmiddelmissbrukere, og å realisere felles mål mellom det offentlig og frivillige organisasjoner, som for eksempel ved støtten til brukerorganisasjoner og til ulike prosjekter og tiltak i regi av frivillige organisasjoner.

Disse to typer relasjoner innebærer ulik tilnærming: Som nevnt omfatter verdibasert samvirke ulike prosjekter og tiltak, ofte av temporær karakter, men også mer permanente tiltak som informasjonsarbeid, servicetilbud og institusjonsdrift. I så tilfelle kan det av og til være vanskelig å skille denne relasjonen fra den fortjenestefrie velferdsproduksjonen. Det som imidlertid er viktig med verdibasert samvirke, er at det

ofte handler om ny og annerledes velferdsproduksjon, som springer ut av organisasjonene selv, og som utløser organisasjonen egenart som frivillig sammenslutning slik at staten og organisasjoner realiserer felles mål. En viss form for avtale og dokumentasjon kreves av staten ved et slikt samvirke, men generelt ”bør ikke offentlige kontrolltiltak være utformet slik at de på sikt svekker den egenarten som var utgangspunktet for prosjektet” (St. meld. nr. 27, 1996-97: 38).

Den fortjenestefrie velferdsproduksjoner omfatter stiftelser, korporative tiltak, sameier og ideelle foreninger, og baserer seg med avtaler med det offentlige. Slikt samvirke synes særskilt relevant der kvaliteten på tjenesten som produseres til dels kan være vanskelig å kontrollere, og/eller der organisasjonene representerer en alternativ kanal i forhold til det offentlige når det gjelder å yte tjenester overfor målgruppen. Begge disse momentene synes delvis å være relevant for rusområdet. Videre skiller man mellom fortjenestefri velferdsproduksjon der egeninnsatsen og/eller organisasjonens verdigrunnlag er sentral del av arbeidet, og der velferdsproduksjonen primært er rettet inn mot å tilføre hovedorganisasjonen midler. Den siste typen kan sees som utkontraktering av offentlige oppgaver, og bør i følge staten underlegges de samme kontrollrutinene som kommersielle eller offentlige tilbud.

Frivillige organisasjoner og private, ideelle virksomheter, særskilt de som inngår i fortjenestefri velferdsproduksjon, herunder utkontrakterte velferdssoppgaver, er ofte avhengig av offentlig finansiering. Følgelig er muligheten for en høy grad av kooptering med det offentlige tilstedet, dvs. at de overtar de statlige målsettingene på feltet med risiko for å miste sin egenart som et alternativ til den offentlige velferdsproduksjonen (Klausen 1989). Habermann og Ibsen (2005) peker på at det kan være vanskelig leve opp til de store forventningene som stilles til frivillig sektor fra det offentlige. Økt offentlig engasjement vil kunne kreve en økt profesjonalisering av organisasjonen, noe som i neste omgang kan gå på bekostning av de særskilte kjennetegnene knytta til disse organisasjonene. Særlig anbudsregimet knytta til Lov om offentlige anskaffelser kan virke likedannende på organisasjonene. Nyinstitusjonell organisasjonsteori fokuserer nettopp på hvordan organisasjoner med en sterk avhengighet av en finansierende og regulerende aktør på et felt, ofte tilpasser seg denne aktørens formelle og uformelle forventninger (se for eksempel DiMaggio og Powell 1991). Både svekka autonomi og svekka frivillighet kan således bli resultatet av økt interaksjon med det offentlige. I Soria Moria-erklæringen til regjeringen (StoltenbergII) er en opptatt av å skjerme organisasjonene slik at deres egenart ikke blir svekket, blant annet ved at mindre av tilskuddene skal komme som prosjektstøtte og mer som grunnstøtte. Samtidig skal det legges til rette for at frivillig sektor fortsatt skal ha gode vilkår for å kunne yte ikke-kommersielle tjenester.

2.2 Tjenestefeltet rusarbeid og frivillige aktørers rolle

Innslaget av frivillige organisasjoner i rusfeltet har alltid vært svært stort, både innen det forebyggende arbeidet og i form av tilbud til rusmiddelmissbrukere og deres pårørende. Historisk sett var det de ulike organisasjonene innen avholdsbevegelsen som engasjerte seg i dette arbeidet. Arbeidet sprang dermed ut av en sterk folkelig, motkulturell

bevegelse som i en historisk periode hadde stor innflytelse på den offentlige politikken på rusfeltet.

Innen det forebyggende arbeidet er det fremdeles avholdsorganisasjonene, eller de ruspolitiske organisasjonene som de nå foretrekker å kalles, som dominerer. Her finner vi fremdeles en debatt om i hvilken grad de frivillige organisasjonene skal kunne få statlige tilskudd til sin virksomhet på et motkulturelt, ideologisk eller et profesjonelt helse- og sosialfaglig grunnlag.

I forhold til tilbud til rusmiddelmissbrukere og pårørende, er det i dag stort sett Blå Kors blant de tradisjonelle avholdsorganisasjonene, som er igjen som en stor og landsomfattende tjenestetilbyder. Og selv Blå Kors har kraftig nedtonet sin tradisjonelt tydelige avholdsprofil. Blå Kors er i dag en sterkt profesjonalisert organisasjon som for de fleste av sine tilbud, har avtaler med de regionale helseforetakene og ledes og drives av profesjonelle helse- og sosialfaglig utdannet personell.

Den andre dominerende typen av frivillige organisasjoner, som er sterkt engasjert i å yte tilbud til rusmiddelmissbrukere og deres pårørende, er de kristne organisasjonene. En av disse, Kirkens Bymisjon, har utviklet seg på samme måte som Blå Kors. Fra å være en organisasjon sterkt preget av en ideologisk forankring i kirkelig diakoni, har den blitt betydelig sterkere dominert av et profesjonelt helse- og sosialfaglig personell som leder og driver flere store behandlingsinstitusjoner og sentra med avtaler med de regionale helseforetakene og store kommuner. I noen grad gjelder dette også for Frelsesarmeen, selv om denne organisasjonen driver et større mangfold av tilbud, med ulike innslag av uttalt kristen profil og profesjonelt helse- og sosialpersonell. Men både Blå Kors, Kirkens Bymisjon og Frelsesarmeen er også organisasjoner som stadig utvikler nye tilbud og som søker statlige tilskudd for å etablere slike tilbud. Ofte er målsettingen å bruke statlige tilskudd for å gjennomføre prosjekt eller etablere tilbud som etter en viss tid blir en del av det tilbudet som finansieres gjennom avtaler med helseforetak og kommuner. Vi ser altså at disse organisasjonenes tilbud både faller inn i kategori a) – fortjenestefri velferdsproduksjon – og i kategori b) – verdibaserte samvirke – der organisasjonene utvikler nyskapende prosjekter.

For de fleste av de andre kristne organisasjonene som driver tilbud til rusmiddelmissbrukere, herunder Evangeliesenteret og Kraft-organisasjonene, har utviklingen vært en annen enn for Kirkens Bymisjon og Blå Kors. Deres virksomhet er fremdeles sterkt preget av en kristen ideologisk og diakonal profil. Nettopp fordi de ikke har ønsket å utvikle seg som profesjonelle helse- og sosialfaglige organisasjoner, kunne heller ikke deres mange tilbud bli en del av spesialisthelsetjenesten gjennom rusreformen. De er dermed av de organisasjonene som i stor grad baserer sin virksomhet på drifts- og prosjekttilskudd fra staten. Det er stadig en diskusjon om hvilken rolle disse virksomhetene bør ha i et offentlig finansiert eller del-finansiert tilbud til rusmiddelmissbrukere. Etter hvert som rusmiddelmissbrukere har fått rettigheter og omtales som pasienter på linje med andre pasientgrupper, stilles det spørsmål om det offentlige kan og bør gi tilskudd til organisasjoner som langt på vei avviser behovet for profesjonell helsefaglig kompetanse i sine tiltak. Dessuten støter til dels disse virksomhetenes tenkning mot en behandlingsorientert forståelse, som legger til grunn kontinuitet, standardisering og målbare kvalitetskriterier.

Det er likevel andre sider ved innholdet i tjenesten til de sivile aktører som er viktig å trekke fram. Det at det er en frivillig organisasjon som driver tiltaket, vil innvirke på tjenesteutøvelsen, sjøl om tjenesteproduksjon i all hovedsak gjennomføres av ansatte fagfolk. Den anses for eksempel som etisk og moralsk et bedre alternativ enn private for-profit aktører, samtidig som den er mindre byråkratisk (Johansson, 2005). Det er også klart at den innsatsen som legges ned ut fra et frivillig og/eller ideelt grunnlag, har andre kvaliteter enn offentlig behandling, bl.a. knytta til nærhet til brukerne, tidsbruk osv.

De mange ulike virksomhetene på rusfeltet kan knyttes til det sterke politiske ønske om å sikre frivilligheten og det store mangfoldet som her kommer til uttrykk (i hvert fall om de er frivillige organisasjoner eller baserer seg på frivillig innsats).² I den siste frivillighetsmeldingen understrekes det at frivillig organisasjoner ivaretar viktige samfunnsoppgaver og at staten ikke skal legge en ren instrumentell tenkning til grunn for samarbeidet med frivillig sektor (St. meld. nr. 39 (2006-2007: 11). Tilskuddsposten som her evalueres, faller således inn i denne tenkningen. Spørsmålet er da om virksomhetene støttes fordi de representerer et verdibasert samvirke der virksomhetens egenart er en viktig begrunnelse for støtte, eller om støtten mest av alt innebærer en form for kontraktering av velferdsoppgaver, og følgelig bør være underlagt sterk statlig styring.

Det er først de senere årene vi har sett et større innslag av organisasjoner på rusfeltet uten en markert kristen og/eller avholdstradisjon og profil. Den ene typen av slike organisasjoner har sin faglige og ideologiske forankring i alternative faglige tilnærminger til rusmiddelmisbruk og avhengighet som fenomen, og til hvilke behandlingsformer som bør anvendes. Kollektivbevegelsen (for eksempel Tyrelil-kollektivet, Hiimsmoen-kollektivet) og terapeutiske samfunn er sentrale her, i den forstand at den representerer en innovasjon i rusbehandlingen med sin sterke vektlegging av brukermedvirkning og alternative behandlingsopplegg.

I tillegg har vi tiltak eid av private ideelle organisasjoner som er helt finansiert gjennom salg av plasser eller enkeltopphold. De såkalte Minnesota-institusjonene kan nevnes her. De finansieres både av pasienter selv eller fra arbeidsgiver, og i noen tilfeller kommuner. I hvilken grad disse organisasjonenes ”primære formål med virksomheten er å ivareta et ideelt formål”, slik det står i retningslinjene for tilskuddsordningen (post 70), og følgelig faller inn under denne, må avgjøres i hvert enkelt tilfelle. En del av virksomheter har satsset på å utvikle sine tilbud på et reint kommersielt grunnlag, og har derfor sjelden vært aktuelle for statlige tilskudd. Disse faller *ikke* inn under tilskuddsordningen, og omfattes heller ikke av denne evalueringen.

Den siste tilveksten av frivillige organisasjoner på rusfeltet har vært brukerorganisasjonene. De første var ulike organisasjoner for pårørende av rusmiddelmisbrukere, særlig foreldre av misbrukere av illegale rusmidler. Flere av disse har utviklet et betydelig antall tilbud som har vært aktuelle for statlige tilskudd. Det er

2 Jfr. her de to siste frivillighetsmeldingene, St. meld. nr. 27 (1996-1997) og St. meld. nr. 39 (2006-2007).

først de aller siste årene vi har fått mer tradisjonelle pasientorganisasjoner på rusfeltet. Det har nok eksistert lokale men ganske kortlivede brukerorganisasjoner av rusmiddelmissbrukere/eks-misbrukere, men det er først de seinere år man synes å ha klart å etablere mer robuste nasjonale organisasjoner som RIO og Lar-nett. Disse organisasjonene har vært aktuelle både for tilskudd til sin organisatoriske kjernevirksomhet og til ulike tilbud som disse organisasjonene har etablert.

Vi kan utmeisle følgende ulike roller som virksomhetene har på rusfeltet: 1) som økt kapasitet/buffer for det offentlige, 2) for å ivareta bredde/mangfold av tilbud på feltet, 3) for å bidra til nyskaping/utvikling på feltet og 4) som bruker-/interesseorganisasjonene. I forhold til de to formene for samkvem mellom det offentlige og frivillig velferdsproduksjon vi diskuterte ovenfor, er det særlig den første rollen som innebærer fortjenestefri velferdsproduksjon og som således kan underlegges sterk statlig styring og kontroll. Når det gjelder de tre andre rollene innebærer samkvemmet klare avtaler som spesifiserer prosjektet og tiltaket og dokumentasjonskrav fra statlig hold, men ikke slik at det går på bekostning av organisasjonenes egenart og autonomi. Spørsmålet blir da hvilke resultat- og kvalitetskriterier man kan legge til grunn for å vurdere mangfoldet av tilskuddsmottakere. Både strukturelle kjennetegn ved aktørene, som finansieringskilder, samarbeid med andre, avtaler med det offentlige, rapporterings- og evalueringsrutiner, og mer innholdsmessige kjennetegn er her aktuelle som vurderingskriterier.

2.3 Dimensjoner og definisjoner

Både *kjennetegn ved virksomhetene*, ved *tilbudene de gir* og hvordan tilbudene *oppfattes av brukerne*, er viktige dimensjoner for å beskrive særtrekk ved feltet. Brukernes vurdering vil vi imidlertid komme tilbake til i sluttrapporten, og i denne rapporten konsentrere oss om kjennetegn ved virksomhetene og de tilbudene som gis.

Wollebæk trekker fram to skillelinjer i synet på frivillige organisasjoner, nemlig vektleggingen av konflikt versus konsensus og av medlemsretta versus samfunnsorientering (NOU 2006: 13, Vedlegg 4). Disse skillelinjene sammenfaller til dels med to andre perspektiver man kan ha når man studerer organisasjonssamfunnet og organisasjonenes tilknytning til det offentlige: frivillighetsperspektivet og interessehevdingsperspektivet (Rommetvedt 2002). Uten å trekke skillelinjen mellom konsensus og konfliktorientert for langt her, kan vi si at frivillighetsperspektivet innebærer man i større grad er konsensusorientert og samfunnsorientert, mens interessehevdingsperspektivet at man i større grad er konfliktorientert og medlemsretta. Begrepene bør likevel klargjøres noe når det gjelder virksomhetene på rusområdet. Den ene typen virksomheter er samfunnsorienterte ut fra et *”for-andre-perspektiv”*, dvs. der den frivillige og ideelle innsatsen retter seg mot målgrupper utenfor organisasjonen, i vårt tilfelle rusmisbrukere. Den andre typen virksomheter drives i all hovedsak av brukerne selv og/eller er brukerstyrte, og omfatter enten egenorganiserte tiltak eller aktiviteter rettet mot offentligheten og myndighetene på vegne av brukerne/medlemmene. Vi finner begge perspektivene til stedet blant mottakerne av tilskuddsordningen.

Den andre dimensjonen vi kan bruke for å kategorisere mottakerne, er kjennetegn ved det tilbudet som gis. Om vi tar utgangspunkt i de to kategoriene samkvem mellom staten og frivillige organisasjoner, som vi diskuterte ovenfor, er en mulighet å kategorisere mottakerne ut fra om de gir et permanent behandlings og rehabiliteringstilbud eller har temporære prosjekt og tiltak. Tidsdimensjonen er imidlertid noe problematisk all den tid de fleste av prosjektene og tiltakene har målsettinger om mer eller mindre permanent aktivitet. Grad av institusjonalisering av tilbudene er derimot en aktuell dimensjon. Denne dimensjonen spenner fra døgninstitusjoner som gir rehabilitering og behandlingstilbud, og som har rimelig høy inngangsterskel – rusfrihet eller målsetting om rusfrihet – til mindre formelle tiltak, kafeer, væresteder, aktivitetsprosjekter og lignende, der inngangsterskelen er lav. Dette er jo selvfølgelig en grovkornet inndeling, men den kan gi en forståelse av feltets virkemåte, og er synliggjort i følgende firefeltstabell:

Tabell 1: Kategorisering av mottakerne

<i>Kjennetegn ved virksomheten</i>	Virksomheter av og for brukerne/medlemmene	Samfunnsorienterte virksomheter med "forandre-perspektiv"
<i>Kjennetegn ved tilbudet</i>		
(Døgn)institusjon som gir behandling/rehabilitering med høy inngangsterskel		
Mindre formelle tiltak, væresteder, aktivitetsprosjekter med lav inngangsterskel		

Hvordan kan vi betegne de ulike aktørene på rusfeltet? "Frivillig sektor" er blitt brukt, men er noe misvisende all den tid flere av virksomhetene er stiftelser, sameier og lignende uten verken frivillig innsats eller tradisjonelle medlemmer. Samtidig er en del av de frivillige medlemsorganisasjonene fullt ut profesjonalisert når det gjelder det operative arbeidet. Heller ikke betegnelsen "frivillige organisasjoner" er entydig. Lorentzen (1994) trekker fram at man i Norge forstår de åpne, frivillige og individuelt medlemsbaserte organisasjoner med et visst allmennyttig formål, som frivillige organisasjoner, og avgrenser kategorien i forhold til yrkesorganisasjoner, kooperative ordninger og lignende. At det foregår frivillig innsats er imidlertid ikke noe definatorisk kjennetegn ved frivillige organisasjoner. I vår sammenheng vil alle de organisasjonene som har frivillig og individuelt medlemskap, sjøl om tilnærma all rusbehandling håndteres av profesjonelle, følgelig betegnes som frivillige organisasjoner. Private, ikke medlemsbaserte virksomhet, sjøl om de *ikke* har profitt som siktemål, er ikke frivillige organisasjoner, men ideelle private virksomheter.

I så måte kan en si at rusfeltet og virksomhetene der, kan fanges inn av de internasjonale begrepene "non-governmental organisations" (NGOs) og "ikke-for-profit"-

organisasjoner (nonprofit). "Ikke-kommersielle" organisasjoner blir for eksempel brukt av Sivesind (2008) for å beskrive de velferdstjenestene som ytes mellom marked og stat. Også "ideelle organisasjoner" er overlappende begrep i følge Sivesind. Dette fordi man antar at virksomheter som ikke viderefordeler fortjeneste, bidrar til samfunnsmessig goder slik dette forstås av deltakerne selv, siden de ellers ikke ville investert ressurser i slik aktivitet. På den andre siden kan en tenke seg virksomheter uten fortjeneste som formål, men der en viktig drivkraft har vært å etablere egen (og andres) arbeidsplass, særskilt i distrikter med få jobbmuligheter. For å få støtte av den statlige tilskuddsordningen må imidlertid virksomheten sitt primære formål være ideelt. Om hensikten også har vært å etablere egen arbeidsplass, framstår som mindre viktig all den tid virksomheten ikke har profitt som siktemål.

Både frivillige organisasjoner og private og ideelle virksomheter omfattes følgelig av ordningen, mens kommersielle virksomheter ikke inkluderes. "Sivil" kan her være en samlebetegnelse. Riktignok har en slik betegnelse medbetydninger knytta til sivile sammenslutningers rolle i samfunnet. Lorentzen (2004: 18) skriver blant annet at kjernen "er det *sivile engasjement*: den enkeltes evne til å engasjere seg i noe utenfor seg selv, til å gløde for noe, bli en ildsjel for et prosjekt, en sak eller en idé som går utover egne private interesser." Dette engasjementet formidles kollektivt gjennom sammenslutninger som så utgjør sivilsamfunnet. Det finnes nok enkelte virksomheter der hele eller deler av virksomheten er i randsonen av en slik forståelse av sivile sammenslutninger. All den tid de ideelle formålene er primære for virksomheten, slik tilskuddsordningen forutsetter, så mener vi likevel at sivile virksomheter og det sivile rusfeltet er rimelige betegnelser. Det er imidlertid viktig å være klar over at betegnelse ikke er fullt ut overlappende og sidestilte. De er heller ikke nøytrale, men knytter seg til ulike tradisjoner for å forstå organisasjoner utenfor statsapparatet (Lorentzen 1994). Bruken av betegnelsen "sivilsamfunnet" åpner nettopp for flere teoretiske tilnærminger til sektoren, i følge Lorentzen (2004).

Diskusjonen ovenfor har forholdt seg til kjennetegn ved virksomhetene og ikke ved brukerne som sådan. Hvem som faller inn under betegnelsen "rusmisbruker" har vi ikke drøftet. Satt på spissen kan vi si at alle som gir et tilbud til personer som sjøl eller helsevesenet anser å ha et rusmisbruk, inkluderes. En kan selvfølgelig diskutere om enkelt tiltaks målgrupper i realiteten faller inn under betegnelsen rusmisbruker; i denne rapporten har imidlertid dette ikke vært hensikten.

3 Forvaltningen av tilskuddsordningen

3.1 Bakgrunn for og politisk debatt om ordningen

I 2002 ble tilskuddsordningen overført fra Sosialdepartementet til Sosial- og helsedirektoratet. Regelverket tilsa den gang at kun de man anså som aktuelle for videreføring av tilskudd, skulle opplyses om ordningen, og at man skulle basere seg på Stortingets vedtak ved tildeling. Ordningen ble videreført i statsbudsjettet, men den ble også utvidet til å gjelde nye søknader, fortrinnsvis prosjektsøknader, og har fra 2004 vært utlyst på vanlig vis. Ordningen har altså skiftet karakter fra den kan kalle en mer lukket driftstøtteordning til en mer åpen prosjektstøtteordning – i hvert fall på papiret. Helsedirektoratet har understreket det at det ikke er meningen at ordningen skal støtte ordinær drift ved for eksempel at tilskuddene skal følge lønns- og prisveksten. Men, som vi skal se nedenunder, har endringer på rusfeltet medført at en del organisasjoner og institusjoner i praksis mottar driftstøtte.

Rusreformen, iverksatt fra 1. januar 2004, er en viktig bakgrunnsfaktor når vi skal analysere tilskuddsordningen. De overordna målsettingene med rusreformen er at rusmiddelmissbrukere skal få et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, noe som også skal bedre resultatene av behandlingen. Tverrfaglighet, helhetlig tilnærming og individuelt tilpasset behandling er de sentrale stikkordene for den kvalitative forbedringen som skal følge av reformen. Man ønsket å bedre tjenester til pasienter med behov for både rusbehandling, og psykiatriske og somatiske helsetjenester, men også å bedre det helsefaglige tilbudet generelt til rusmiddelbrukere. De institusjonelle endringene som følger av rusreformen, innebærer at ansvaret for pasient-/brukergruppen er overført til de fem helseforetakene, og at tjenestene til rusmiddelbrukere er underlagt det samme regelverket som pasienter i somatikken og psykiatrien (pasientrettigheter).

I strategidokumentet "Bedre behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere" fra 2004 står det at "De regionale helseforetakene må, innenfor sitt "sørge for"-ansvar sikre at det finnes tilstrekkelig spesialisert tverrfaglig behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere" (Helsedepartementet 2004: 9ff). Og videre: "Private behandlingstiltak skal på basis av tidsbegrensede driftsavtaler med de regionale helseforetak, inngå i behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Det skal stilles samme krav om kvalitet, kompetanse, dokumentasjon, rapportering etc. til private som til offentlige behandlingstiltak". Og i statusrapporten for 2008 for Opptrappingsplanen for rusfeltet står det at "det skal legges til rette for at frivillig sektor også kan ta del i kvalitetsløftet for rusfeltet", og at det er "innført internkontroll og tilsyn også for virksomheter på rusfeltet som ikke var omfattet av rusreformen." (Helsedirektoratet 2009: 75).

"Rusreformen innebar et systemskifte som har påvirket de frivillige og private rusinstitusjonenes situasjon", heter det i budsjettproposisjonen for 2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet (St. prp. nr. 1 (2007-2008): 225). Overføringen av ansvaret til spesialisthelsetjenesten samt de skjerpde kravene til private behandlingstiltak, har medført problemer for mange av de frivillige og ideelle tiltakene, problemer som har

skapt politisk debatt. Det har vært et sterkt ønske i det politiske miljøet om å ivareta de frivillige og private behandlings- og rehabiliteringstilbudene. I 2004 fattet Stortinget et vedtak der de ba ”Regjeringen gjennomgå situasjonen til private rusverninstitusjoner som ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med vurdering av tiltak for å sikre dette tilbudet til rusmiddelmissbrukere” (Budsj. Innst. S. nr. 11 (2004-2005), Vedtak 121). Den statlige tilskordningen til frivillige rustiltak har bidratt til å sikre langsiktighet på feltet, ved at flere av institusjonene som ikke har avtale med helseforetakene etter rusreformen, som Evangeliesenteret, Kraft osv., har kommet inn under den statlige støtteordningen til frivillig rusarbeid med betydelig beløp (ordningens rammer har økt fra drøyt 50 millioner kr i 2005 til 120 mill kr i 2008, se nedenfor).

Men fortsatt sliter mange av de frivillige og ideelle institusjonene. Flere av disse er kommet i en skvis, der de medisinsk faglige kravene ved anbud oppleves som uhåndterlige på den ene siden, samtidig som finansieringssystemet gir incentiver for kommunene å henvise rusmiddelavhengige til spesialisthelsetjenesten framfor å benytte private og lokale tilbud på den andre siden. I budsjettinnstillingen for 2009 påpekte således et flertall i helse- og omsorgskomiteen bestående av Frp, Høyre, KrF og Venstre at målsettingen må være ”å etablere finansieringsordninger som stimulerer kommunen til å benytte tjenester på kommunalt nivå når det er hensiktsmessig for pasienten. Videre bør det legges til rette for et mangfold av tilbud i både offentlig og privat regi.” (Budsj. Innst. S. nr. 11 (2008-2009): 82). KrFs representant i komiteen vil øke rammen på post 70 med 53 mill. kr, herav 50 mill. kr til rusarbeid i regi av frivillige og ideelle organisasjoner. Situasjonen for de private tilbudene som etter rusreformen ikke har avtale med helseforetakene, og heller ikke støtte over post 70-ordningen, vil vi drøfte mer inngående i sluttrapporten. Her inngår de private institusjonene uten avtale men med støtte fra tilskuddsordningen, som en viktig gruppe mottakere.

Sjøl om Evangeliesenteret har kommet inn under ordningen, har det stått politisk strid om tilbudet (ved søkeordet ”Evangeliesenteret” i Stortingets saksregister kom det fram hele 28 treff). I 2007 gjennomførte Helsedirektoratet en gransking av Evangeliesenteret som konkluderte med flere kritikkverdige forhold. I 2008 ble støtten redusert fra 25 til 19 millioner kr, fordi det gjenstod forhold som ikke var godt nok fulgt opp etter gransking. Stortingsrepresentant Dávøy fra KrF tok saken opp i Stortingets spørretime i mai 2008. I Finanskomiteens innstilling om tilleggstilskudd og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2008, ønsket komiteens medlemmer fra Frp og KrF å øke Evangeliesenterets tilskudd til samme nivå som fjoråret (Inst. S. nr. 270, (2007-2008): 162).

Andre eksempler på politikernes engasjement finner vi i budsjettinnstillingen fra Helse- og omsorgskomiteen. Både i 2008 og i 2009 blir for eksempel prosjektene ”Senter for Livsmestring” og ”Svanviken” (Kristen Sosialtjeneste) trukket fram (Budsj. Innst. S. nr. 11 (2007-2008): 68 og (2008-2009): 82ff). Disse har hatt utviklingsmidler de foregående år, og gjennomgående ber en om at støtten til prosjektene videreføres. De borgerlige partiene synes likevel noe ”rausere” og angir videreføringen med konkrete beløp, mens komiteens medlemmer fra regjeringspartiene, SV, Senterpartiet og Ap, kun ber om at det bevilges midler videre slik at utviklingsarbeidet kan avsluttes. Samtidig forutsettes det at prosjektene fra 2010 finansieres med avtaler med helseforetakene og

kommunene. I et annet tilfelle er det medlemmene fra AP, Frp, SV og Senterpartiet som går sammen og ber om at prosjektet "Sammen om nøden" prioriteres spesielt i 2009. Kirkens Sosialtjeneste, som blant annet driver på Hamar, får støtte av regjeringspartiene som vil øke støtten med 1,5 mill kr i 2009, herav 1 mill. til Hamartiltakene, mens SV og Senterpartiet trekker fram fotballaget "FC Veita United".

Tilskuddsordningen er således en relativt politisert ordning, der enkeltpolitikere og politiske partier ønsker å øve innflytelse på hvem som skal inkluderes i ordningen, og i noen tilfeller også stønadsbeløp. Nær innpå halvparten av de midlene som ble fordelt i 2008, kan sies å ha en politisk føring knyttet til seg, enten fra departementet eller fra Stortinget (herunder inkludert Evangelisenteret og Frelsesarmeens Gatehospital). Det er likevel rimelig å si at det råder en i all hovedsak positiv innstilling fra hele det politiske spekteret til sivil sektors rolle på rusfeltet.

3.2 Mål og regelverk for ordningen

Som nevnt innledningsvis, er formålet for ordningen (i følge regelverket godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet 01.04.2008) følgende: "Formål med ordningen er å styrke tiltak for rusmiddelmissbrukere og prostituerte i regi av frivillige organisasjoner og private virksomheter. Tiltakene skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet for målgruppene og bidra til styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene."

I Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for 2009 (St. prp nr. 1 (2008-2009) presiseres målsettingen for bevilgningen over Kap 761 post 70:

- Oppfølging, omsorg og rehabilitering i regi av frivillige organisasjoner og private virksomheter med ideelt formål
- Selvhjelps- og interessegrupper og pårørendearbeid
- Tiltak for prostituerte
- Gatehospitalet i Oslo

Frelsesarmeens Gatehospitalet er i en spesiell situasjon. Dette er et tiltak som Frelsesarmeen, i samarbeid med Oslo kommune, etablerte etter oppfordring fra Sosial- og helsedepartementet. Tilbudet er en klinikk for rusmiddelavhengige som ikke er i behov av ordinær sykehusinnleggelse, men som bør få omsorg og medisinsk døgnpleie ved langvarig sykdom. Prosjektet er statlig fullfinansiert og har vært i drift i en prosjektperiode fra 2005-2008, og inkludert i tilskuddsordningen fra 2007. Tilskuddet til Gatehospitalet blir i statsbudsjettet for 2009 foreslått økt med 8 mill. kr for å styrke kapasiteten, særlig retta mot kvinner.

I statsbudsjettet står det videre "Det ytes støtte til omsorgs- og døgnbaserte tjenester, individretta bistand, møtesteder, gatenære tiltak, kvalifiserings- og nettverksarbeid." Og i retningslinjene er kategorien av aktuelle virksomheter nærmere presisert: "Frivillige organisasjoner og private virksomheter som utfører arbeid for rusmiddelmissbrukere og prostituerte. Uavhengig av selskapsform skal det fremgå av selskapets vedtekter at det

primære formål med virksomheten er å ivareta et ideelt formål, og ikke en virksomhet med sikte på å skape overskudd.” Det siste momentet, at støtten kan gå til alle typer virksomheter så lenge formålet er ideelt, ble innført av Helse- og omsorgsdepartementet for 2008.

Dessuten formuleres det mer spesifikke kriterier for å få støtte i regelverket:

- Arbeid med lokale rehabiliterings-, etterverns-, nettverks- og boligtiltak prioriteres ved tildelingen.
- Det legges vekt på at private virksomheter har etablert et samarbeid med kommunen.
- Institusjonen/virksomheten skal utarbeide en serviceerklæring for sin virksomhet som tydeliggjør innholdet i tilbudet.
- Institusjonen/virksomheten skal etablere et system for brukermedvirkning.

I tilskuddsforvaltningen legges det i tillegg vekt på at virksomhetene har internkontrollsystem og økonomistyring i samsvar med regelverket.

3.3 Vurdering av Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning

Vi skal i denne delen ta for oss direktoratets behandlingspraksis. Siktemålet er både å se denne praksisen i forhold til sentrale mål, regelverk og føringer, og å drøfte hvorvidt direktoratets praksis legger føringen for feltet av sivile rustiltak.

Tilsagnsbrevene fra direktoratet er rimelig standardiserte. En gjennomgang av tilsagnsbrevene for 2006 gir lite konkrete forklaringer på tilsagnet, evt. på reduksjonen i beløp, med unntak av generelle formuleringen som at det samla ble søkt om mer enn det som var tilgjengelig.

I tilsagnene blir følgende generelle føringer vektlagt:

- Mulighet for videreføring av tidligere års tilskudd
- Tilskudd til nye søkere på grunnlag av en faglig vurdering av søknaden
- Søkere som har samarbeidsavtaler med kommuner
- At søkere har utarbeidet serviceerklæring og system for brukermedvirkning

Ettersending av serviceerklæring ble også krevd ved mange av svarbrevene. Ellers inneholdt tilsagnsbrevene fra direktoratet ”generelle opplysninger” og generell informasjon om ”evaluering”, ”rapportering”, ”andre vilkår”, ”forbehold om feilutbetaling” og ”klageadgang”.

For 2007/2008 ble to nye punkter lagt til i tilsagnsbrevene:

- Arbeid med lokale rehabiliterings, etterverns-, nettverks- og botiltak.
- At føringer gitt i stortingsdokumenter og departementets tildelingsbrev til Sosial og helsedirektoratet blir fulgt.

I 2006 var det 59 søknader på totalt 136 mill. kr, og 57 av disse fikk en samlet støtte på 86,6 mill. kr, dvs. en tilskuddsandel på 64 prosent av samla søkt beløp. De tilsvarende tallene for 2007 var 88 prosjektsøknader på 156 mill. kr, og 84 innvilga prosjekter med en samla ramme på 121 mill. kr, en andel på 78 prosent. I 2008 var tilsagnet på omkring 117 mill kr fordelt på 83 prosjekter, og søknadssummen på 177³ mill. kr fordelt på 120 prosjekter, noe som gir en tilsagnsandel litt under 70 prosent.

Om vi tar ut de som fikk avslag i 2007, og i tillegg de tre prosjektene der det ikke er oppgitt søknadsbeløp, men som fikk et samla støttebeløp på omkring 15,5 millioner, gir det en innvilga andel i forhold til søkt beløp for de prosjektene som fikk tilskudd, på 74 prosent. Hvor mye som avkortes fra søkt beløp på den enkelte prosjekt, varierer. Som nevnt gis det få spesifikke begrunnelser for reduksjon av beløp, men det understrekes at man ikke nødvendigvis kompenseres for lønns- og prisvekst: ”Det har derfor ikke vært etablert noen praksis med generell lønns- og prisvekstkompensasjon for tiltakene som mottar tilskudd over denne posten”, heter det i en kommentar til en klage på tilskuddsbeløpet. Hovedbegrunnelsen er imidlertid at søknadsmassen er så stor at man ikke kan innfri alle søknader fullt ut.

Det var 22 søknader som fikk avslag på hele eller deler av søknaden i 2008, en klar økning fra de foregående årene (med to og fire avslag). Økningen i antall søkere tyder på at ordningen har blitt mer populær. Det økte antall avslag, samtidig som rammene for ordningen økte, indikerer likevel at tilskuddsbeløpet per prosjekt ikke har endret seg nevneverdig. En ordning der fem av seks søknader går inn (i 2008), og der tilskuddet er i snitt omkring $\frac{3}{4}$ av søknadssum, må i all hovedsak anses som en romslig og omfattende støtteordning.

Men hva begrunner direktoratet avslagene med? Tilskuddene ”fordeles ut fra en skjønnsmessig vurdering på bakgrunn av noen generelle kriterier og formål som er godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet”, trekker Helsedirektoratet fram. Ordningen er følgelig relativt løs og åpen, uten klare, entydige kriterier, og således er det mye opp til direktoratet å foreta den nødvendige grensedragning av ordningens virkeområde. Noen av de avslåtte søknader får for eksempel støtte over andre poster i statsbudsjettet.

En gjennomgang av 24 avslagsbrev fra de siste tre årene, viser da også at avslagene i stor grad handler om søknaden i en eller annen forstand havner utenfor kriteriene for ordningen, enten det er gjelder at man søker om støtte til forebyggingstiltak, driftsstøtte, tilskudd til investeringer eller at søknaden faller utenfor målgruppen for tilskuddsordningen. Det vises blant annet til retningslinjene, og mange av avslagene begrunnes med setningen: ”Videre har SHdir i vurderingen av søknadene prioritert tiltak som omhandler lokale rehabiliterings, etterverns-, nettverks- og boligtiltak”. Dessuten gis det begrunnelser som: ”Det gis ikke tilskudd til lokale forebyggingstiltak over kap 761 post 70. Tiltaket faller utenom kriteriene for tilskudd og bør finansieres lokalt”.

3 Dette tallet inkluderer også Gatehospitalet, som i Helsedirektoratets oversikt over tilskuddene, blant annet i svarbrevene til søkerne, ikke tas med i søknadssummen, men derimot i tilsagnssummen.

Eller at tiltaket faller utenom målsettingen for tilskuddsordningen om å ”supplere det offentlige hjelpetilbud da vi anser at [kommunen] ivaretar ansvaret for [denne type tiltak] på en tilfredsstillende måte”. Også det at ordningen er en prosjektstøtte trekkes fram når en skal begrunne hvorfor et tiltak som har avslutta prosjektperioden, ikke kan får støtte videre: ”Prosjektet har gått over i ordinær drift med en egen driftsavtale med [kommunen] som innebærer en videreføring av lavterskeltilbudet”.

Mens det gis også mer faglige begrunnelser for å avslå søknader, noe følgende sitater fra avslagsbrevene eksemplifiserer: ”Det skisserte prosjektet virker urealistisk å gjennomføre”; ”Det gis ikke videre tilskudd da tiltaket er for lite til å gi noe kunnskapstilførsel”; ”Tiltaket er ikke godt nok beskrevet for å kunne kvalifiseres som pilotprosjekt med finansiering av midler over statsbudsjettet. Det må foreligge en mer detaljert beskrivelse av innholdet i tiltaket med metode og faglig tilbud”.

Dessuten vurderes behovet for tilbudet i noen tilfeller som lite aktuelt: ”Sosial- og helsedirektoratet kan for øvrig ikke se at det i søknaden er synliggjort et behov for et slikt tilbud i kommunen. Direktoratet har ”lagt vekt på å støtte allerede pågående prosjekter av tilsvarende karakter”.

I tillegg gis det også noen praktiske begrunnelser på avslag som manglende medlemsmasse, manglende regnskap fra årene før, osv.

3.4 Tilskuddsstruktur og økonomi

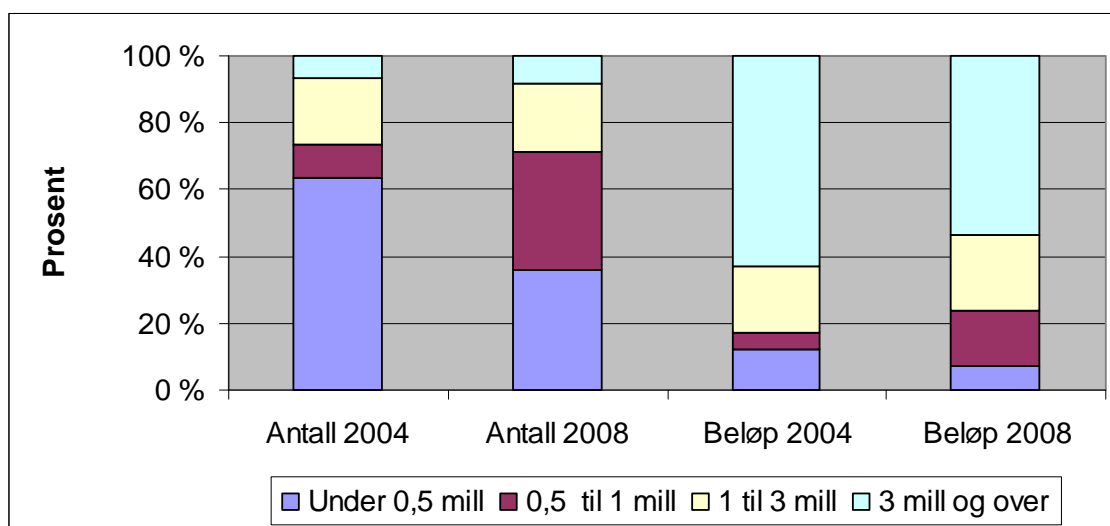
Dette er en etter måten stor tilskuddsordning innen frivillig sektor, og rammen for tilskuddet har økt betydelig de siste årene. I 2008 ble ca. 117 millioner kroner bevilget fordelt på 83 tilskudd.

Tabell 2: Fordeling av tilskudd, 2008

	Antall	Prosent	Beløp	Prosent
3 mill og over	7	8	63.075.000	55
1 til 3 mill	17	22	26.525.000	23
0,5 til 1 mill	29	34	19.574.317	15
Under 0,5 mill	30	36	8.109.000	7
	83	100	117.283.317	100

Tilskudd gis delvis som driftsstøtte, delvis som prosjekt/tiltaksstøtte. Derav følger at en organisasjon kan få flere tilskudd knyttet til ulike aktiviteter eller enheter innen virksomheten. I 2008 ble over halvparten av tilskuddet gitt i form av store tilskudd (større enn 3 millioner kroner) til syv tilskuddsmottakere. Det var videre en rekke andre aktører som mottok fra en til tre millioner kroner i tilskudd. I sum mottok den

fjerdedelen av tilskuddsmottakerne som fikk en million kroner og mer fra tilskuddsordningen, vel tre fjerdedeler av de samlede tilskudd. Den andre siden av dette mønsteret er at en rekke tilskuddsmottakere mottok relativt små beløp. De som mottok tilskuddsbeløp på mindre enn en halv million, utgjorde dette året 36 prosent av tilskuddsmottakerne, men de mottok bare 7 prosent av den totale rammen.



Figur 1: Fordeling av tilskuddsmottakere og tilskuddsbeløp etter tilskuddsbeløpets størrelse, 2004 og 2008

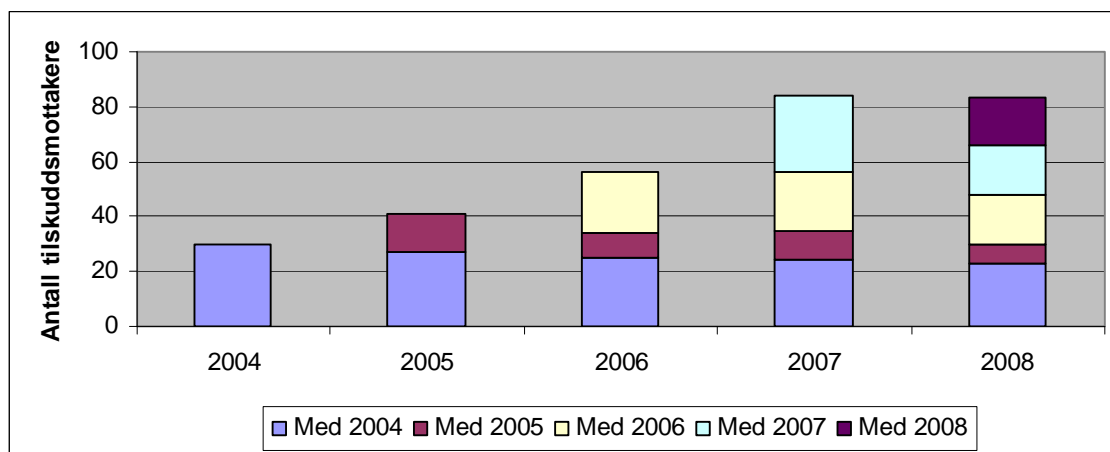
Denne type skjevheter i fordelingen har det vært i hele det tidsrom vi studerer: Noen store virksomheter får vesentlige deler av tilskuddsrammen, mens den øvrige rammen fordeles på en rekke små og mellomstore tilskudd. Fordelingen av antall aktører med tilskudd henholdsvis over og under 1 million kroner og deres samlede andel av tilskuddsrammen, har holdt seg relativt stabil over tid. Den største endringen over tid er at tilskuddsmottakerne som får de laveste tilskuddene, under 0,5 million kroner, har fått redusert sine relative andeler, mens gruppen med tilskudd mellom 0,5 og 1 million kroner har økt sine andeler om lag tilsvarende.

De to tilskuddsmottakerne som får klart mest, mottok nærmere 19 millioner kroner (Evangelisentrene) og 17 millioner kroner (Gatehospitalet ved Frelsesarmeen) i støtte. For øvrig er det også mange av de andre sentrale aktørene på feltet som mottar betydelige beløp til institusjonsvirksomhet, slik som Akuttmottaket P 22 ved Maritastifelsen (som igjen er relatert til Kraft), Kirkens Bymisjon i Oslo, Kirkens Sosialtjeneste og Blå Kors. De fleste aktørene med store tilskudd har tilknytning til kirken eller andre kristne organisasjoner. Røde Kors mottar også betydelige tilskudd.

Av aktører som mottar små og mellomstore tilskudd er bildet mer broket. Mange av de nevnte store kristne aktørene mottar tilskudd til relaterte, men relativt uavhengige enheter. Det gjelder for eksempel Kirkens Bymisjon som ulike fylker/steder er organisert som egne stiftelser. I denne gruppen finner man også ruspolitiske

interesseorganisasjoner, brukerorganisasjoner, støtte til pårørende, sosiale tiltak overfor rusavhengige etc.

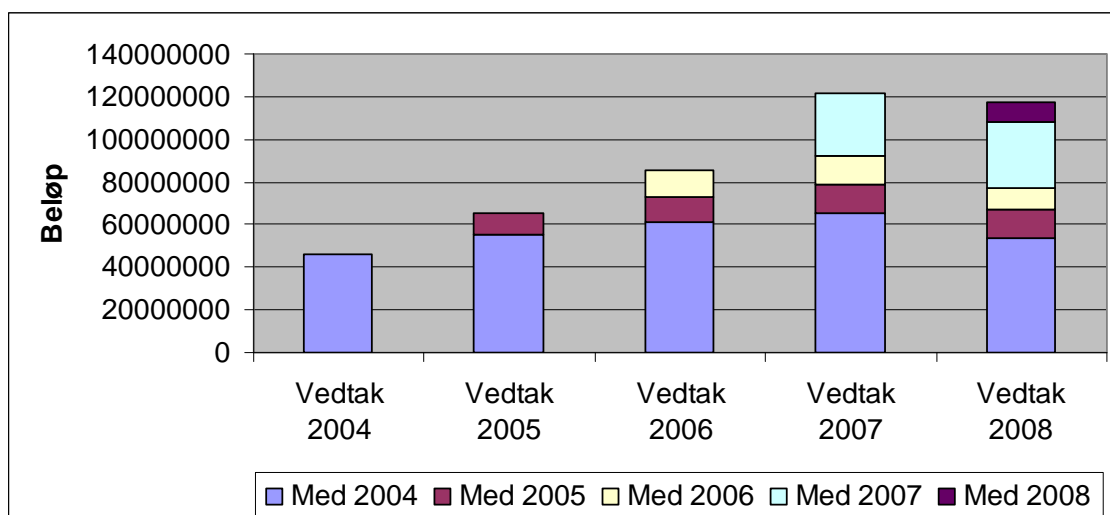
Samlede tilskudd har økt mye over siste femårsperioden, fra 46 millioner kroner i 2004 til omlag 120 millioner kroner i 2007 og 2008. Det samlede beløp har økt om lag 2,5 ganger. Det var betydelige økninger i rammen hvert eneste år frem til 2007.



Figur 2: Antall tilskuddsmottakere fordelt på første år registert i porteføljen i tidsrommet 2004-2008

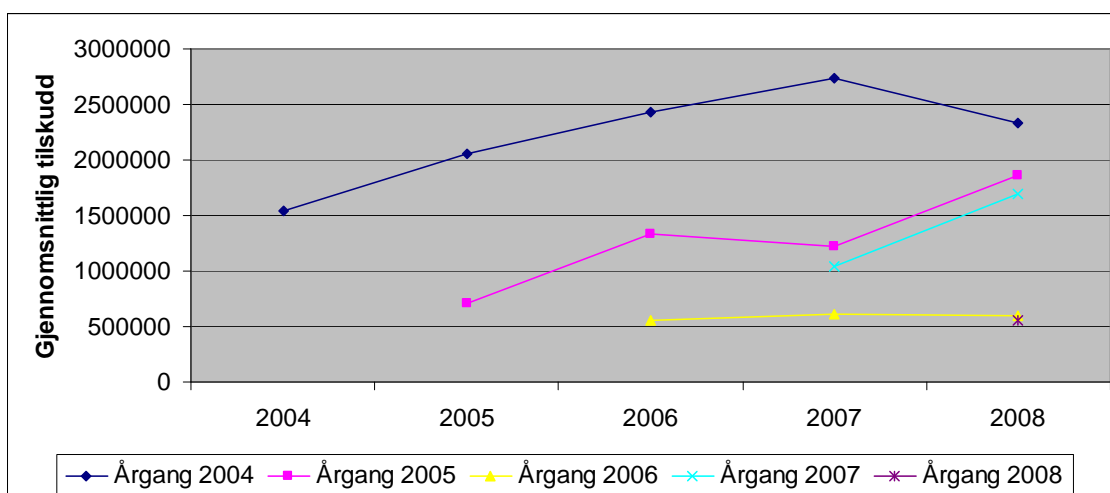
Antallet tilskuddsmottakere har økt gradvis og utgjør mer enn dobbelt så mange i 2008 som i 2004 da 30 aktører mottok støtte fra tilskuddsordningen. Fra 2007 til 2008 gikk antallet støttemottakere ned med én virksomhet. Årsaken til det er imidlertid ikke en reell nedgang i antall støttemottakere. Det som skjedde dette året var at tilskudd til 13 Røde Kors avdelinger som tidligere fikk bevilget støtte hver for seg, fra 2008 av ble integrert i et større sentralt tilskudd. Flertallet av de som kommer inn i tilskuddsordningen, blir værende i ordningen og får også tilskudd de påfølgende år.

Det er imidlertid også en vesentlig andel som er inne i ordningen ett eller flere år for så å falle ut igjen. Således var det 19 støttemottakere (enheter fra Røde Kors ikke medregnet) som ett eller flere år i tidsrommet 2004-2007 hadde mottatt tilskudd, men som ikke lenger var blant støttemottakerne i 2008. Sett i sammenheng med at 66 av de mottakere som fikk støtte dette året også hadde fått tilskudd tidligere, utgjør dette et frafall på 22 prosent. Årsakene til dette frafallet er flere. Til dels handler det om prosjekter av midlertidig varighet, men også om at andre større organisasjoner som for eksempel Frelsesarmeen har endret struktur på tilskuddsporteføljen. Men det finnes også en god del eksempler på virksomheter som bare er inne i tilskuddsporteføljen en kort tid.



Figur 3: Fordeling av tilskudd på "årganger"

Figuren over viser hvor stor del av rammene som ifølge våre tilskuddsdata for tidsrommet 2004-2008, er fordelt på tilskuddsmottakere⁴ etter hvilket år de første gang er registrert. Hovedmønsteret er at de aggregerte rammene for tilskuddsmottakere samlet sett ligger på om lag samme nivå over tid som det første året de er registrert som tilskuddsmottakere.



Figur 4: Gjennomsnittlige tilskuddsbeløp for ulike "årganger" av tilskuddsmottakere

⁴ For et mindre antall tilskuddsmottakere har vi måttet slå sammen tilskudd for å få identisk kategorisering over tid, fordi flere av tilskuddene er knyttet til samme virksomhet og er slått sammen med andre prosjekter.

Ser man på gjennomsnittlige tilskudd øker tilskuddsrammen til dels betydelig over tid for de fleste årganger. Går man bak disse tallene igjen (jfr. oversikt i vedlegg) finner man at for hovedtyngden av tilskuddsmottakerne øker tilskuddsbeløpet over tid. Tilskuddsordningen forblir en permanent del av inntektene for flertallet av støttemottakerne.

Av figuren fremgår også at mange av tilskuddsmottakere med størst tilskudd har vært med det første året av den perioden vi studerer. Det gjelder for eksempel de store organisasjonene som Evangeliesenteret, Stiftelsen Kraft og enheter knyttet til Kirkens Bymisjon. Det finnes imidlertid også eksempler på at store aktører kommer inn i tilskuddsordningen med betydelige beløp seinere år. Det gjelder for drift av P 22 akuttmottaket som fikk støtte fra denne ordningen med 6,5 millioner kroner første gang i 2005, og det gjelder Frelsesarmeens Gatehospitalet som kom inn i tilskuddsordningen med en støtte på 12,4 millioner kroner i 2007. Av aktører som har kommet inn i tilskuddsordningen den seinere tid med tilskudd av mellomstor størrelse (2,5 millioner årlig), skal nevnes Bergen Diakonissehjems Senter for livsmestring i Jølster og Kirkens Sosialtjenestes Prosjekt Svanviken, et attførings- og habiliteringstilbud overfor ungdom.

Hovedmønsteret er det samme også om en ser på medianverdier, dvs. hvor årgangene sammenlignes med utgangspunkt i sentralverdien i årgangen med hensyn til tilskuddsbeløpets størrelse. Støtten øker over tid for de fleste, og de som har mottatt tilskudd lengst mottar jevnt over mer tilskudd enn andre. Særlig støttemottakere som mottok tilskudd i 2004, den første årgang vi har data for, mottar store beløp. I 2004 var medianverdien for mottakere av tilskudd på vel 400.000 kroner. I 2008 var medianverdien økt til 1 million kroner for tilskuddsmottakere fra 2004-årgangen. For støttemottakere av 2005-årgangen lå medianverdien på 800.000 kroner. At beløpet for denne årgangen er så vidt høyt, skyldes til dels en betydelig avskalling av enheter fra denne årgangen, blant annet Røde Kors avdelinger. For øvrig lå medianverdien i 2008 på ca. 500.000 kroner for 2006-årgangen, på 600.000 kroner for 2007 årgangen, og på 300.000 kroner for nye mottakere av tilskudd i 2008.

Tabell 3: Nye tilskuddsmottakere, fordeling av tilskudd, innstilling 2008

	Antall	Prosent	Beløp	Prosent
Over 3 mill	1*	6	3.125.000	33
1 til 3 mill	2	12	2.500.000	27
0,5 til 1 mill	2	12	1.150.000	12
Under 0,5 mill	12	70	2.580.000	28
	17	100	9,505.000	100

* Tilskudd til Røde Kors sentralt

Generelt sett har tilskuddsordningen både kunnet fange opp nye tilskuddsmottakere og øke tilskuddet for mange av de eksisterende ved at rammene for ordningen har økt. Til tross for at rammen økte lite fra 2007 til 2008, har en også det siste året kunne inkludere mange nye tilskuddsmottakere. En betydelig reduksjon av støtten til Evangeliesenterene har gjort en slik utvidelse mulig uten at det har gått ut over mange andre.

Hovedtyngden av nye tilskuddsmottakere det enkelte år mottar tilskudd av moderat størrelse. Av 17 nye aktører innstilt til støtte i 2008, var tilskuddet til 12 aktører lavere enn en halv million kroner. Disse representerer et betydelig mangfold. Foruten enheter/prosjekter knyttet til innarbeidede aktører på feltet slik som Røde Kors, Kirkens Bymisjon, Frelsesarmeen og Stiftelsen Kraft, finner man også aktører som Modum Bad, et fylkeslag av Humanetisk Forbund, et idrettslag, et gatemagasin, mv.

Det finnes også aktører som søker om midler, men som ikke får i det hele tatt. I forrige del så vi litt nærmere på begrunnelsene for avslaget. Her skal vi kort gi en beskrivelse av noen kjennetegn ved de virksomhetene som ikke får innvilga søknaden. I 2008 var det anslagsvis en femtepart som fikk avslag på sin søknad. Av de vel 20 aktørene som stod på søkerlisten i 2008 og som ikke ble innstilt til tilskudd, var det fire som fikk tilskudd i 2007, men som ikke ble innstilt til støtte i 2008.

De som har søkt uten å få støtte, fordeler seg på et betydelig mangfold, slik som AOF-forening, narkotikapolitisk forening, selvhjelpsgrupper, enkeltperson, kristen organisasjon, filmselskap og diverse rustiltak. Enkelte av aktørene som ikke får tilsagn, er dels knyttet til organisasjoner som får annen støtte fra tilskuddsordningen, men ikke til disse prosjektene, slik som Blå Kors, Kirkens Bymisjon og LMS. Hovedtyngden blant de som fikk avslag, får imidlertid ikke annen støtte fra tilskuddsordningen.

Foreløpige tall fra 2009 foreligger⁵. Samlet tilskudd er på ca. 133 millioner. Antallet tilskuddsmottakere var 88. I 2009 har 15 nye søkere samlet fått ca. 7,7 millioner kroner fra tilskuddsordningen.

Hvor viktig er tilskuddsordningen for organisasjonene? I hvilken grad får de eventuelt annen støtte fra offentlige kilder? På grunnlag av regnskapsdata for 32 virksomheter som mottok tilskudd i 2007, har vi sett på noe av dette. På grunn av at rapporteringen ikke har vært standardisert, er det vært vanskelig på grunnlag av regnskapsdata å si systematisk hvordan ulike sider ved inntektsstrukturene henger sammen.

De 32 virksomhetene, som vi har hatt regnskapene til, fordeler seg på ulike kategorier. Et flertall, 18 av de innleverte regnskapene, omfatter selvstendige virksomheter. Mange av disse er stiftelser, men også menigheter og en forening er representert. De øvrige 14 er avdelinger/enheter/prosjekter knyttet til andre virksomheter. En god del av denne gruppen støttemottakere er knyttet til større sentrale virksomheter på rusfeltet som Kirkens Bymisjon og Kirkens Sosialtjeneste, og en del er prosjekter/tiltak eid av andre

5 Dette avsnittet om tilskuddstruktur og økonomi vil bli omarbeidet og oppdatert med nyeste tall i sluttrapporten.

aktører. I denne gruppen finnes det et par eksempler på at tiltak som opprinnelig fikk støtte som prosjekter, omdannes til selvstendige juridiske enheter. Av regnskapene med omsetning over 3 mill. representerer 9 av 11 selvstendige virksomheter. Disse er altså klart overrepresentert blant de større virksomhetene og noe underrepresentert blant de mindre.

Vi ser at tilskuddsfordelingen til de 32 virksomhetene vi har analysert, samsvarer rimelig med fordelingen av alle tilskuddene i 2007, om enn noe færre av de med lavest tilskudd (under en halv million kroner).

Tabell 4: Fordeling av de analyserte regnskapene på tilskuddsbeløpets størrelse, antall og andeler, sammenholdt med totalen for 2007

	Antall m. regnskap	Andel	Alle tilskudds- mottakere 2007, andel
3 mill og over	3	9	8
1 til 3 mill	6	19	18
0,5 til 1 mill	14	44	36
Under 0,5 mill	9	28	38
	32	100	100

Tabell 5: Tilskuddsordningens andel av virksomhetenes inntekter i 2007

Tilskudd fra Helsedirektoratet i andel av inntekter	Antall virksomheter
76-100 %	10
51-75 %	5
26-50 %	7
1-25 %	10
	32

Gjennomsnittlig tilskudsandel for alle de 32 virksomhetene var 50 prosent. Av tabellen fremgår at virksomhetene varierer mye med hensyn til hvor mye tilskuddet fra Helsedirektoratets ordning utgjør av virksomhetenes samlede inntekter, men det ser ut til at flest fordeler seg i øvre – med tilskudsandel over 75 % – eller nedre del – med tilskudsandel under 25 %.

Tabell 6: Tilskuddets andel sett i forhold til samlet omsetning, 2007

Størrelse virksomheten	Antall	Tilskuddsandel Helsedirektoratet
Over 5 millioner	7	25
2- 5- millioner	9	41
Under 2 millioner	16	66
	32	50

Generelt sett kan det konstateres at i små virksomheter/prosjekter utgjør tilskuddet fra Helsedirektoratet i snitt mer enn i de større. Blant annet har dette sammenheng med at mange av de større er behandlingsinstitusjoner hvor man mottar offentlige inntekter på annet vis, slik som gjennom betaling for behandlingsplasser. Enkelte virksomheter får i noen grad også inntekter knyttet til private gaver og bruk av fonds mv. For de flestes vedkommende synes imidlertid denne form for inntekter å være av avgrenset betydning.

I telefonintervjuene med virksomhetene, som ble gjennomført våren 2009, ble det spurt om hvordan inntektene fordelte seg på tilskudd fra Helsedirektoratet og andre inntektskilder. Materialet gir ikke grunnlag for detaljerte statistiske beregninger, men gir støtte til konklusjonene fra regnskapsmaterialet av 2007. Gjennomsnittlig kommer anslagsvis rundt halvparten av inntektene fra Helsedirektoratets tilskuddsordning. Tilskuddsandelens betydning varierer imidlertid langs hele prosentskalaen: fra under 10 prosents inntektsandel til omlag fullfinansiering.

For de fleste virksomheter og prosjekters vedkommende er inntektene fordelt på ulike finansieringskilder. Foruten tilskudd fra Helsedirektoratet oppgis støtte fra kommunen og gaver fra private, næringslivet eller legater/stiftelser som sentrale bidragsytere. Også andre offentlige aktører som fylkeskommuner og Helse og Rehabilitering gir bidrag til enkelte virksomheter/prosjekter. Større organisasjoner bidrar til dels med egne midler.

3.5 Kort oppsummering

Forvaltningen av ordningen kan drøftes i lys av et målhierarki, der politiske målsettinger skal avledes i retningslinjene, og disse igjen skal operasjonaliseres i selve tilskuddsforvaltningen. Vi vil si at det er rimelig stort sammenfall mellom de ulike nivåene når det gjelder forvaltningen av ordningen. Noen unntak finnes, for eksempel ved at de politiske føringene i enkelttilfeller er på virksomhets-/tiltaksnivå, mens retningslinjene er og må være generelle. I all hovedsak er det likevel slik at på hvert nivå så blir tilskuddsordningens formål operasjonalisert og avgrenset i forhold til andre tiltak og støtteordningen.

Det som er klart er at tilskuddsordningen har vokst betydelig når det gjelder de økonomiske rammene og fanger opp et økende antall aktører over tid. Støtttemottakerne utgjør et relativt sammensatt og i økende grad mangfoldig bilde. Større og middels store

rusbehandlingse institusjoner får relativt mye av midlene. Av disse har mange tilknytning til kirken eller kristne organisasjoner, men også et betydelig antall av andre typer aktører som interesseorganisasjoner, gatemagasiner, samt prosjekter/tiltak fra virksomheter som ikke har rusfeltet som sitt primærfelt, får noe støtte.

For gjennomsnittet av tilskuddsmottakerne øker tilskuddet over tid. For de flestes vedkommende er imidlertid ikke tilskuddet fra Helsedirektoratet den eneste inntektskilden. Mange har betydelige inntekter over driften for øvrig. I noen grad synes gaver å ha en betydning, men for de flestes vedkommende utgjør slike inntekter ikke så mye.

4 Mønstre knytta til tiltakene og virksomhetene

Oversikten over bevilgningene i forrige kapittel, viser at det er et stort spekter av tiltak og virksomheter som får støtte. Ut fra firefeltstabellen i kapittel 2 som typologiserte virksomhetene og tiltakene, har vi foretatt en grov inndeling etter funksjon og innhold i tiltaket basert på gjennomgangen av dokumentene. Det er likevel grunn til å understreke at kvaliteten på dokumentasjonen er varierende. I den punktvisse oversikten under presenteres kategoriene. Til slutt i kapitlet summerer vi opp noen hovedtrekk.

- A. Behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner med et ”for-andre-perspektiv”
- B. Prosjekter og tiltak med et ”for-andre-perspektiv”
- C. Brukerdrevne/brukerstyrte behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner
- D. Prosjekter og interesseorganisasjoner av og for brukerne

4.1 Behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner med et ”for-andre-perspektiv” (A)

Innen denne kategorien finner vi flere typer virksomheter. Den ene er de med relativt lang historie. Dette er blant de virksomhetene, eid av frivillige organisasjoner, som ikke ble ”overført” til de regionale helseforetakene ved rusreformen; det vil si tiltak som ikke fikk eller ønsket avtaler med regionale helseforetak, og som det har vært politisk debatt om. Denne gruppen privat eide virksomheter er finansiert dels gjennom betydelige bevilgninger over statsbudsjettet og dels av kommuner (betaler for enkeltopphold). For kommunene fremstår nå de private institusjonene som skjermings- og omsorgsinstitusjoner som brukes ved kriser og i påvente av inntak i behandling i spesialistinstitusjoner. Institusjonene er også et tilbud til rusmiddelmissbrukere i kommunene som venter på plass i spesialisthelsetjenesten, klienter som ikke får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller klienter som kommunene ikke ønsker å henvise til spesialist. Kommunene har til en viss grad redusert sin bruk av disse institusjonene etter rusreformen (Lie & Nesvåg 2006). I denne kategorien finner vi også virksomheter som både har avtale med helseforetakene og får støtte fra tilskuddsordningen, som Blå Kors og Kirkens Bymisjon. En tredje gruppe er store, og til dels innovative tiltak, som er etablert etter rusreformen og som ikke har hatt mulighet til å bli direkte offentlig finansiert fra kommuner eller helseforetak.

Drøyt en fjerdedel av virksomhetene befinner seg innenfor denne første kategorien. Dette er døgninstitusjoner, rusbehandlingssentre og utleieboliger med kapasitet på 5 til 125 brukere, i gjennomsnitt 36 brukere. Brorparten (ca 2/3) av institusjonene har en kristen tilknytning. De fleste institusjonene har et helhetlig tilbud som innbærer behandling, rehabilitering, ulike fritidsaktiviteter og gjerne arbeidstrening. Tilbudet er i mange av virksomhetene rettet mot rusmisbrukere i etterkant av behandling i spesialisthelsetjenesten. Endelig har vi også valgt å plassere Hiimsmoenkollektivene og Tyrilistifelsen innenfor denne kategorien. Driften ved disse to virksomhetene var i

starten i større grad forankra i brukerstyring (av og for brukerne, kategori C nedenfor), men har etter hvert blitt stadig mer profesjonalisert.

Målgruppen er for de aller fleste virksomhetene voksne rusmisbrukere (over 18 eller 20 år) av begge kjønn fra det aktuelle området. Blå Kors Stavanger har imidlertid ungdom mellom 18 og 25 år som kommer fra barneverninstitusjon, som målgruppe for utleie av bolig med ambulerende bo-oppfølging.

Når det gjelder fordelingen mellom *ansatte og frivillige* i virksomhetene, er forholdet i snitt omtrent 1:1, med en liten overvekt på ansatte. Mens det i snitt er 22 ansatte, er det i snitt 17 frivillige i virksomhetene. Om vi tar utgangspunkt i at et sted mellom 80 og 90 virksomheter/tiltak årlig får støtte over ordningen, gir dette et omtrentlig anslag på mellom 350 og 400 frivillige som hvert år blir mobilisert av denne kategorien virksomheter.

Av *metoder* dominerer løsnings- og oppgaveorientert tilnærming (LØFT og OOT), ofte i sammenheng med brukerstyring, og ca 1/5 av virksomhetene refererer til bruk av individuell plan. Av de institusjonaliserte rehabiliterings- og behandlingsvirksomhetene som har fått støtte i 2008, og som det foreligger informasjon om fra dokumentene, oppgir 1/3 å bruke en metode basert på faglige behandlingsprinsipper.

Informasjon om *målsetninger* og oppnåelse av resultatmål er i begrenset grad dekket i dokumentstudien, da dette i liten grad var oppgitt i søknaden, mens statusrapporter og årsrapporter i varierende grad forelå i dokumentene. Blant de virksomhetene hvor denne informasjonen foreligger (13 av de 25 virksomhetene i kategori A), opererer 2/3 med konkrete og evaluerbare målsetninger, som minimum antall brukere eller utvidet omsorgstilbud i forhold til antall plasser. Den siste tredelen benytter mer vage eller analytiske kriterier i sin fastsetting av målsetninger, som kvaliteten på tilbudet, for eksempel ”nye kursbehandlingstilbud”.

I forhold til *geografisk utbredelse* finnes de fleste (over 1/3) av institusjonene i Oslo-Drammensområdet, dernest er Bergen et viktig tilholdssted. Institusjonene er ellers lokalisert ganske spredt i landet fra Aust-Agder til Finnmark.

Endelig oppgir 3/4 av virksomhetene av de samarbeider med kommuner og andre offentlige instanser som helseforetak og NAV der de er lokalisert, mens 1/4 også viser til konkrete/formaliserte samarbeidsavtaler med offentlige instanser.

4.2 Prosjekter og tiltak med et ”for-andre-perspektiv” (B)

En type tiltak som er finansiert helt eller delvis gjennom statlige tilskudd, er mindre tiltak av svært ulik karakter. På lista over tilskuddsmottakere finner vi tiltak som kafeer, væresteder, spesielle aktivitetstiltak, bostøtte og helsebistand. Noen av disse tiltakene har karakter av mindre, faste tilbud drevet av mindre organisasjoner, ved hjelp av ulike kombinasjoner av frivillig og betalt personell. Andre tiltak har mer karakter av tidsavgrensede prosjekt drevet av til dels profesjonelle, kompetente organisasjoner med en omfattende og variert virksomhet.

Innenfor denne kategorien prosjekter og tiltak finner man over halvparten av virksomhetene. Nærmere 2/3 av tiltakene legger vekt på det sosiale knyttet til individuelle samtaler, gruppesamtaler og fellesskap gjennom ulike sosiale aktiviteter/fritidstilbud. I rundt 1/4 av virksomhetene er arbeidstrening hovedinnhold i tiltaket. Videre har flere av tiltakene, som "Idrett mot rus", Urædd FK og "Klar for fotball", idrett som et sentralt element i rehabiliteringsvirksomheten. Blå Kors har også tilbud for spilleavhengige. I tillegg er også utvikling av botilbud og hjelp til å finne boliger på markedet bistand som Kirkens Bymisjon og Røde Kors yter. Endelig har Fransiscushjelpen og Kirkens Bymisjon oppsøkende helsebistand.

Antallet *brukere* er veldig forskjellig i de ulike tiltakene (samt lite tallmateriale på dette). Mens det i snitt 15 faste deltakere i de respektive sosiale- og sysselsettingstiltakene, har eksempelvis de to medisinske og oppsøkende virksomhetene Fransiskushjelpen og Kirkens Bymisjons prosjekt Møtestedet henholdsvis 1040 og 500 brukere (men ikke til enhver tid).

Når det gjelder *målgruppen* i de ulike tiltakene er voksne rusmisbrukere, ofte med psykiske lidelser og ofte også bostedsløse, den generelle målgruppen som oftest går igjen. Flere prosjekter i regi av Frelsesarmeen og Røde Kors har personer som løslates fra fengsel med rusproblemer som målgruppe. I tillegg yter Fransiskushjelpen (medisinsk), Kirkens Bymisjon (medisinsk, økonomisk og sosialt) og Bergen Røde Kors (sosialt) bistand til prostituerte kvinner. Kirkens Bymisjon (Trondheim Ung Pro) har også fokus på ungdom mellom 12 og 25 år som selger eller bytter seksuelle tjenester. Ellers er det enkelvirksomheter som retter seg mot søsken av rusavhengige (LMS, søskensamlig), innsatte i fengsel, par hvor begge har et rusproblem (Modum bad), prostituerte (gatemagasinet Sorgenfri retter seg også mot prostituerte i tillegg til rusmisbrukere), tørrlagte alkoholikere (Støttegruppa mot Rus, inkl. Ettervernkontoret Inherrad) og pårørende

Fordelingen mellom *ansatte og frivillige* i virksomhetene er omtrent 1:3. Mens det i snitt er 5 ansatte, er det i snitt 15 frivillige i virksomhetene. Mellom 650 og 700 frivillige blir således årlig mobilisert via disse prosjektene og tiltakene.

I forhold til *metodikk* er fokus på mestringsfølelse, bruk av IP og løsningsfokuset metode viktige faktorer. Rundt halvparten av virksomhetene som har oppgitt type *metodikk* i søknaden, viser enten til at man sørger for at metoden som brukes har en "faglig" forankring eller oppgir konkrete metoder som Minnesotaterapi, TUBA (Tidlig Utredning og Beskrivelse av Arbeidsevne), Schiefloe, Fryland og "Kicking the habit". Det oppsøkende aspektet og tilstedeværelse er sentralt for Kirkens Bymisjons og Fransiscushjelpens virksomhet.

Videre er et mønster at mens mange av tiltakene retter seg mot mennesker som *har* gjennomgått behandling, gjerne har blitt rusfrie og som er på vei tilbake til samfunnet og til et varig rusfritt liv, er målgruppen til de kristne organisasjonene (gjelder særlig for Kirkens Bymisjon) i større grad mennesker med sterke rusproblemer.

I forhold til *målsetninger* man har satt seg i de ulike prosjektene, er disse i varierende grad konkrete og evaluerbare. Halvparten av målsetningene har klare resultatmål, som at man skal gi oppfølging til så og så mange deltakere. Like mange av virksomhetene

har generelle mål som at ”flere mennesker kommer i et endringsrettet løp mot behandling og aktivitet som erstatning til ruslivet”.

Geografisk finner man ulike tiltak og prosjekter fra Tromsø og sørover til Grimstad, med en overvekt i Oslo. Vestfold (Tønsberg) er også et fylket hvor relativt mange tiltak finner sted. På Vestlandet, særlig Bergen og Stavanger, har også en del prosjekter tilhold, mens det er færre lengst i sør og lengst i nord.

De fleste virksomhetene oppgir at de *samarbeider* med andre i en eller annen form. To tredeler av disse oppgir ulike offentlige instanser som kommuner og NAV, mens 1/3 også viser til konkrete og etablerte *samarbeidsavtaler* med offentlige organer. Omtrent 1/3 av prosjektene oppgir at de samarbeider med andre frivillige aktører på feltet.

4.3 Brukerdrevne/brukerstyrte behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner (C)

Behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner drevet/styrt i all hovedsak av brukerne selv, utgjør kun en mindre andel av tiltakene i støtteordningen. Marborg Nord og ulike prosjekter i regi av Way Back kan plasseres innenfor denne kategorien. Disse behandlingsinstitusjonene er i stor grad brukerstyrte og fokuserer på ressursene og gruppen innehar og at de har reelle sjanser til å finne sin plass i samfunnet.

Way Backs tiltak ”Stiftelsen Livet etter Soning” har *kapasitet* på 6 døgnplasser, samt har 90 brukere. Ellers foreligger det lite tallmateriale på antall brukere. *Metodisk* er brukerstyring og bruk av individuell plan viktig for Way Back. *Geografisk* holder begge virksomhetene til i Oslo.

4.4 Prosjekter og interesseorganisasjoner av og for brukerne (D)

En fjerde type tilskuddsmottakere er brukerorganisasjoner på rusfeltet. I slike tilfeller synes tilskuddene å ha blitt benyttet til å etablere og utvikle selve organisasjonen, for å dekke utgifter til egne ansatte og til drift av organisasjonene (lokaler, reiser og andre driftsutgifter).

Det foreligger informasjon om ti bruker- og interesseorganisasjoner fra dokumentene som har fått støtte i 2008, noe som tilsvarer rundt 10 % av virksomhetene. De fleste virksomhetene er interesseorganisasjoner og politiske talerør som skal ivareta interessene til ulike grupper, henholdsvis LAR-brukere spesielt, rusmisbrukere generelt og prostituerte. Interesse- og brukerorganisasjonene kan i stor grad sees på som representative for brukerne de organiserer, ofte ved å delta aktivt i virksomheten (som LARve-teateret og PIONs utgivelse av Albertine). I overkant av 2/3 av virksomhetene er både opprettet av, og drives av og for, målgruppen.

Interesseorganisasjonene som har oppgitt antall medlemmer, har i snitt over 600 medlemmer. (Det er kun tre interesseorganisasjoner som har oppgitt antall medlemmer, så tallet må tolkes med forsiktighet!)

Mens halvparten av organisasjonene har LAR-brukere som hovedmålgruppe, arbeider forumet A-LARM på den andre siden for å fremme ikke-medikamentell behandling av rusmiddelavhengige ungdom i faresonen og rusavhengige voksne. Ellers er personer med alkoholproblemer,prostituerte, rusmisbrukere generelt og pårørende målgrupper i interesse- og brukerorganisasjonene. Organisasjonenes *målsetninger* er ganske generelle, som at man venter ”å bidra til bedre samhandling, økt brukermedvirkning (...)”.

Over halvparten av virksomhetene oppgir at de deltar aktivt på den politiske *arenaen* og prøve å påvirke politikere, byråkrater og fagfolk. Flere opptrer også som høringsinstans, underviser i rusutdanninger på Høgskoler (RIO), samt prøver å få til ønskede lovendringer. Videre bruker Narkoman.net og PRESS henholdsvis internett og pressen som kommunikasjonsarena.

Geografisk har flertallet av virksomhetene hovedkontor i Oslo, mens blant annet Kristiansand, Tønsberg, Mysen også er tilholdssted for en interesse/brukerorganisasjon.

Nesten samtlige av organisasjonene har *samarbeidsavtaler* med en eller flere kommuner, mens ca ¼ oppgir at de også samarbeider med mange andre frivillige organisasjoner på rusfeltet.

4.5 Geografisk fordeling

Hvordan fordeler de ulike virksomhetene seg geografisk? En grovkorna fordeling av tiltakene og virksomhetene viser følgende:

- Østlandet dominerer med over halvparten (omkring 55 %), herav nær 30 prosent i Oslo. Tar vi med Akershus og Drammen kan vi si at omkring 4 av 10 tiltak er lokalisert i Oslo-området. Ellers er det lokalisert tiltak i alle østlandsfylkene, færrest i Oppland og Hedemark, flest i Buskerud (Drammen) og Oslo.
- Litt under et av fem tiltak er lokalisert på Vestlandet (omkring 17 %), der ganske mange institusjoner holder til i Hordaland (omkring 10 %), særlig i Bergen. Dernest følger Rogaland, mens ingen virksomheter holder til i Sogn og Fjordane.
- En tiendedel er lokalisert i Midt-Norge, og denne andelen fordeler seg rimelig likt mellom Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Alle tiltakene i Sør-Trøndelag er lokalisert i Trondheim.
- Omkring en tiendedel holder til i Nord-Norge, der det er tiltak i alle fylker, sjøl om 2/3 er lokalisert i Tromsø (omkring 6 %).
- På Sørlandet er noe under ett av ti tiltak lokalisert (omkring 7 %), og tilnærma alle er i Vest-Agder og da særskilt Kristiansand (omkring 4 %).

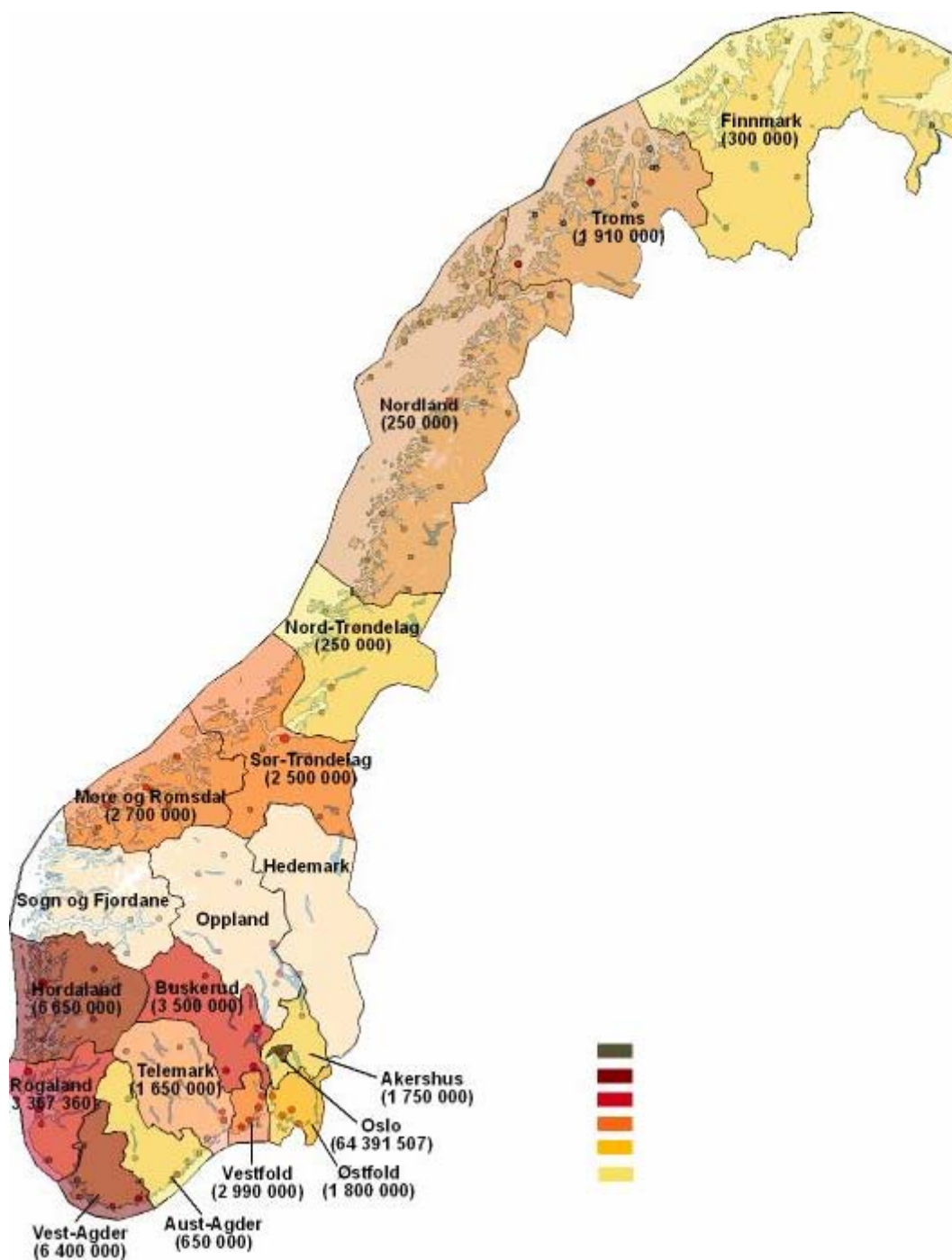
Tyngdepunktene for tiltakene er i Oslo-området og på Sør-Vestlandet fra Kristiansand til Bergen; nesten 2/3 av tiltakene er lokalisert i disse områdene, og inkluderer vi resten av Østlandet hele åtte av ti tiltak. Dessuten er tre av fire tiltak lokalisert i de syv største byene.

Men følger pengestrømmen den samme geografiske fordeling? Enkelte tilskudd går til virksomheter som har tiltak over hele landet, som Evangelisentrene og Kirkens sosialtjeneste (summert seg til nesten 30 mill. kr), og vi har følgelig ikke kunnet lokalisere disse. Fordelingen av de resterende drøye 100 mill. kr for 2009 har vi illustrert i kartet på neste side. Jo mørkere fylket er fargelagt, jo mer støtte. Vi ser at i tre av fylkene – Sogn og fjordane, Oppland og Hedemark – er det ikke virksomheter som mottar tilskudd, i hvert fall ikke direkte. Som vi så ovenfor, finnes det mottakere i Oppland og Hedemark. Noe av forklaringen på forskjellen mellom pengestrøm og tiltakenes lokalisering, skyldes nok at noen tiltak får midlene indirekte, via hovedkontoret i Oslo. For eksempel er det slik at de såkalte Hamartiltakene som inngår i Kirkens sosialtjenestes arbeid, ikke inngår i figuren, siden som nevnt Kirkens sosialtjeneste fikk en samlet tilskuddspost som det har vært vanskelig å fordele geografisk. Det er til Oslo det meste av støtten går; drøyt seks av ti kroner fra ordningen går til hovedstaden. Ellers forsterker den økonomiske strukturen den geografiske fordelingen vi så ovenfor; omkring ni av ti kroner går til sentrale Østlandsområder og til Sør-Vestlandet.

Hvordan er den geografiske fordelingen av virksomheter og tilskudd i forhold til befolkningen generelt og fordelingen av rusmisbrukere spesielt? Det vi har kalt Oslo-området har flere tiltak og får mer penger enn befolkningsgrunnlaget skulle tilsi; en fjerdedel av befolkningen bor i dette området. Inkluderer vi hele Østlandet så omfattes halvparten av befolkningen, og tar vi med Sør- og Vestlandet hele 70 prosent. Nå skal en ikke forvente et fullstendig samsvar mellom befolkningsgrunnlag og fordelingen av tiltak/tilskudd. Flere av de større virksomhetene har hovedkontor i Oslo, samtidig som rusmisbrukere trekker mot Oslo (og de andre større byene), og således er mange av de store behandlingsinstitusjonene som Gatehospitalet og P 22, lokalisert der.

Det finnes ingen samla oversikt over antall rusmisbrukere og deres bosted. Dataene her er svært mangelfulle. Om vi ser på de tyngste, de som er pasienter i LAR-tiltak, hadde Oslo 25 prosent av disse i 2006, og om vi inkluderer resten av Østlandet hele 60 prosent.⁶ Tar vi med Sørlandet (Agderfylkene) med nesten 10 prosent og Vestlandet (Hordaland, Rogaland, og Sogn og Fjordane) med 20 prosent, er ni av ti inkludert. Fordelingen av LAR-pasienter samsvarer således rimelig bra med fordelingen av virksomheter i ordningen.

⁶ *Lar i Norge. Statusrapport 2006*. Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. Referert til i Rambøll Management (2008: 15). Vår inndeling i Østlandet og Sørlandet samsvarer ikke med Region Øst og Region Sør i rapporten.



Figur 5: Geografisk fordeling av tilsagnsbeløp for 2009. Jo mørkere skravering av fylket, jo større beløp

4.6 Kort oppsummering

Flesteparten av virksomhetene, over halvparten, befinner seg innenfor kategorien ”prosjekter og tiltak med et ”for-andre-perspektiv”. Videre omfatter ”behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner med et ”for-andre-perspektiv” drøyt ¼ av virksomhetene, mens rundt 12 % er ”prosjekter og organisasjoner av og for brukerne”. Endelig utgjør kategorien ”brukerdrevne/brukerstyrte behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner” en andel på kun et par av tiltakene i støtteordningen.

Ser man på fordeling av *brukere* ved alle virksomhetene, er det i snitt 18 deltakere på hvert tiltak (sett bort fra interesse- og brukerorganisasjonene hvor det foreligger lite tallmateriale om dette i dokumentene). Dette gjelder i all hovedsak antall plasser virksomheten tilbyr (men kan i noen tilfeller også omfatte totalt antall brukere i året). Tiltakene varierer fra lengre institusjonsopphold til kafeer og væresteder, så det er vanskelig å gi et eksakt tall på antall brukere per år. I og med at det de siste årene er gitt støtte til snautt 90 tiltak/virksomheter, kan en likevel, som et omtrentlig anslag, angi at det gis et samla tilbud til omkring 1600 brukere fra tilskuddsmottakerne. Tallgrunlaget er som nevnt usikkert, men anslaget gir likevel en pekepinn om omfanget.

For i underkant av halvparten av virksomhetene (45 %) er *målgruppen* ganske generelt definert: voksne rusmisbrukere (ofte med psykiske problemer) av begge kjønn over 18 år fra stedet virksomheten er lokalisert. 1/5 av virksomhetene retter seg mot personer over 18 år som enten har lagt ruskarrieren bak seg eller er motivert for å bli rusfri.

Videre er i underkant av 10 % av virksomhetene rettet mot unge fra 18 – 35 år, mens Kirkens Bymisjon i Trondheim også har et prosjekt som fokuserer på ungdom i alderen 12-25 år (Trondheim Ung Pro). LAR-brukere er også målgruppe i ca 10 prosent av virksomhetene. Og ca 10 % av virksomhetene er for rusmisbrukere som er, eller tidligere har vært, under soning. I underkant av 5 % av tiltakene retter seg mot prostituerte. I tillegg til tidsskriftet Albertine i regi av PION har også Fransiscushjelpen, Bergen Røde Kors og Maritastiftelsen tilbud for prostituerte.

Forholdet mellom *ansatte* og *frivillige* i tiltakene er samlet sett ca 1:1,5 – det er i snitt rundt 10 ansatte på hvert tiltak mens antall frivillige i gjennomsnitt er 15. Årlig mobileres altså omkring 1300 frivillige av tilskuddsmottakerne, halvparten i prosjektene og tiltakene drevet av virksomheter med et for-andre-perspektiv, og snautt 1/3 i rehabiliterings/behandlingsinstitusjonene som har et for-andre-perspektiv.

Vedrørende *metodikk* oppgir ca 2/3 av virksomhetene å ha en ”faglig” forankring eller oppgir konkrete metoder. Av den resterende tredelen som verken viser til konkrete metoder eller nevner at de baserer seg på en faglig tilnærming, er mestringsopplevelse et stikkord som går igjen i beskrivelsen av metodikk. Rundt 15 prosent av virksomhetene oppgir eksplisitt at de benytter individuell plan (IP).

Over halvparten av virksomhetene oppgir at de *samarbeider* med offentlige instanser som kommuner og NAV, mens i overkant av 1/3 av virksomhetene også kan vise til konkrete samarbeidsavtaler med offentlige instanser.

5 Frivillig tjenesteproduksjon – kjennetegn og karakteristika

Telefonsurveyen er gjennomført i tidsperioden april – juni 2009. Det er foretatt 40 intervjuer som dekker 62 mottakere på vår liste (N=120). Dette utvalget viser klart at det er et veldig stort spekter av ulike tiltak som dekkes av denne ordningen. Utvalget omfatter tiltak som ligger svært nært det vi oppfatter som ordinære offentlige tjenestetilbud, samtidig som feltet gir grobunn for nyskaping i tjenesteproduksjon. Tiltak som gatefotball og gateaviser så vel som Gatehospitalet er blant nykommerne i dette feltet. I det følgende skal vi gi en gjennomgang av funn fra telefonsurveyen med utgangspunkt i spørsmålene stilt fra Direktoratets side (jfr. vedlegg).

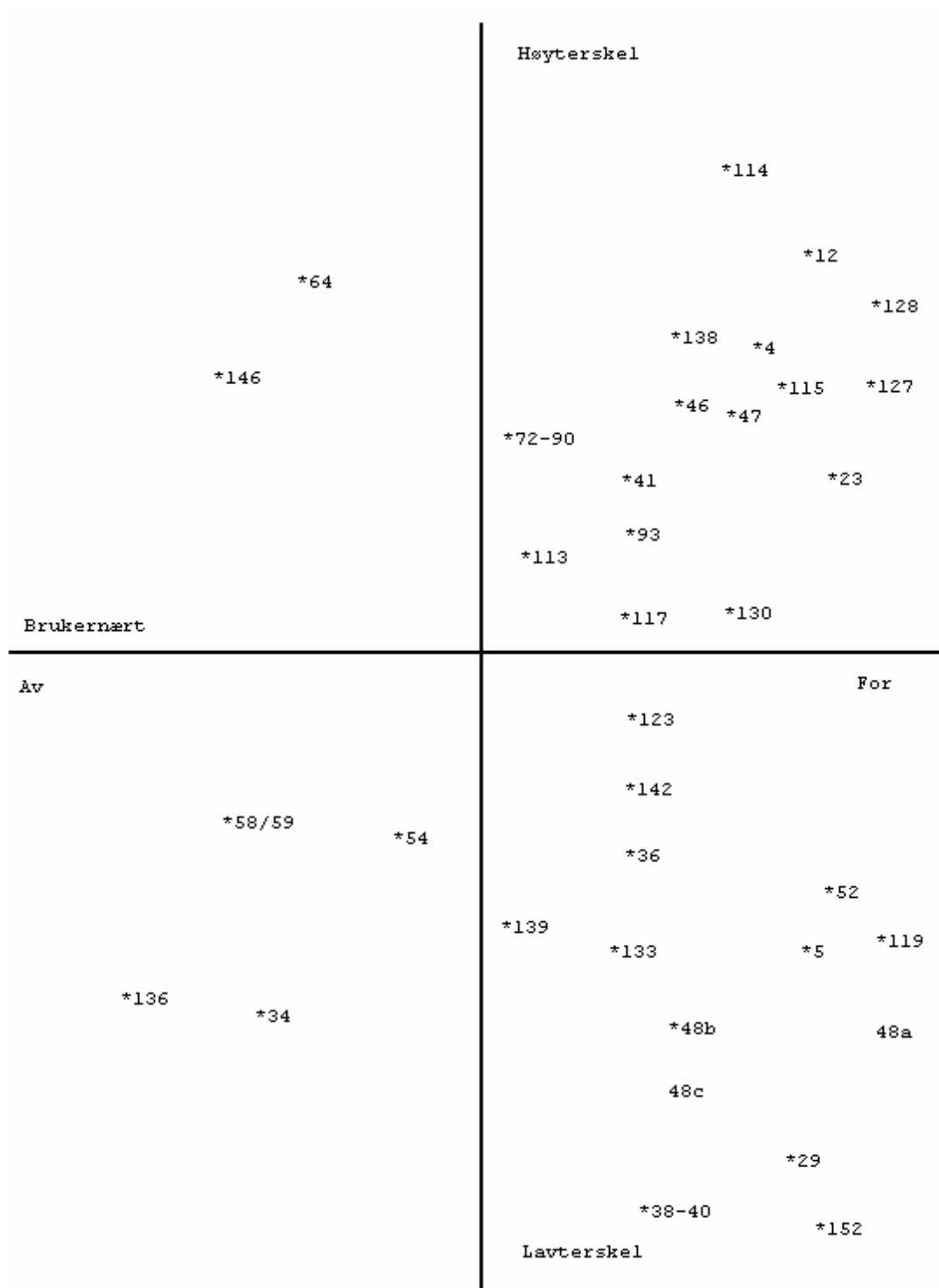
Funnene analyseres på bakgrunn av plassering av organisasjonene i en matrise som presenteres først i dette kapitlet. Deretter presenteres materialet ut fra våre spørsmål i telefonsurveyen. Spørsmålene dreide seg om karakterisering av virksomheten, fagtradisjon, ideologi, bruk av målstyringsinstrumenter og samarbeid med offentlige og frivillige aktører. Videre spurte vi om omfanget av og trekk ved frivillig innsats og brukermedvirkning, samt sammensetning av inntekter og oppfatninger/erfaringer med forvaltningen av ordningen.

5.1 Typer av tiltak

For å illustrere variasjoner og kjennetegn ved tiltakene har vi plassert dem i en matrise som er organisert med to dimensjoner (se neste side): terskelhøyde og grad av brukerorganisering (organisert *av* brukere versus organisert *for* brukere). Det er *tiltakene som er finansiert* fra post 70 som er utgangspunktet for plasseringen i matrisen, og ikke organisasjonenes virksomhet mer helhetlig. Brukernærheten handler om i hvor stor grad brukerne selv står for både utforming og drift av tiltaket. Terskelens høyde sier noe om hvorvidt det stilles betingelser som krav om for eksempel rusfrihet eller henvisning fra det offentlige for å ta i mot eller dra nytte av tilbudet.

Tiltakene fordeler seg likt mellom høy- og lavterskel. Matrisen viser likevel at det er glidende overganger mellom de ulike ”høydene” på tersklene. Røde Kors sitt nettverksarbeid er klassifisert som høytterskeltiltak, ikke bare fordi det betinger at deltakerne er rusfrie, men også fordi de baserer virksomheten på henvisninger fra hjelpeapparatet eller kriminalomsorgen. Det samme gjelder Trappen Motiveringssenter i Bergen som baserer virksomheten på henvisninger fra spesialisthelsetjenesten. Prosjektet Ungpro ved Kirkens Bymisjon i Trondheim, klassifiseres som et lavterskeltiltak fordi de selv understreker at de tar imot med lav terskel, det vil si at de ikke krever henvisning fra offentlige tjenester. Dette til tross for at selve tilbudet som ytes er ganske omfattende og inkluderer tilbud om individuell terapi.

Figur 6: Matrise – fordeling av tiltak, terskel og grad av egenorganisering



Organisasjoner i matrisen

4: Albatrossen; 5: Alf A/S (Gatemagasinet Megafon); 12: Blå Kors (Diakonavdelingen); 23: Stiftelsen GUTS (Drammen); 29: Fransiskushjelpen; 34: Frelsesarmeens rusomsorg (Veita United); 36: Human Etisk Forbund Bergen (samtalegrupper); 38-40: IOGT (Sammen Om Nøden); 46: Kirkens Bymisjon Fredrikstad (Pedalen); 47: Kirkens Bymisjon Kristiansand (ENTER); 48 a, b, c.: Kirkens Bymisjon Oslo (Nattergalen, Nadheim, Møtestedet); 52: Kirkens Bymisjon Trondheim (Ungpro); 54: Bymisjonsenteret i Lillestrøm; 58-59: LMS; 64 Marborg Nord; 72-90: Røde Kors (sentralt, Aust-Agder, Oppland, Vestfold, Telemark, Nord-Trøndelag); 93: P22; 113: Hiimsmoenkollektivet; 114: Stiftelsen alternativ til vold, Tyrilistiftelsen; 115: Bergen diakonale senter (Senter for livsmestring); 117: Kirkens sosialtjeneste (Tilja); 119: Stiftelsen Klar; 123-25: Maritastiftelsen; 127. Sørums Gård; 128 Stiftelsen Kraft; 130: Stiftelsen Retretten; 133-34: Skien diakonale senter; 136: Støttegruppa mot rus Innherred; 138: Trappen motiveringssenter; 139: Trefoldighet menighet; 142: NKS (Veiledningssenteret for pårørende, Oslo); 146-50: WayBack; 152: Gatehospitalet.

Matrisen viser en stor overvekt av tiltak *for* rusmisbrukere. Kun 6 tiltak er gruppert på brukersiden, det vil si at de er tiltak *av* og *for* brukergruppen det gjelder. Disse utgjør en tiendedel av de vi intervjuet. De er etablert og drives av brukere, som for eksempel tidligere straffedømte, pårørende eller folk som har vært rusavhengige. Lengst til høyre i matrisen finner vi organisasjonene med den tydeligste faglige profilen i feltet. Gatetjenesten og Gatehospitalet profilerer for eksempel sin kompetanse på feltpleie. UngPro, Kirkens Bymisjon sitt prosjekt i Trondheim har bygd opp en kompetanse på problematikk rundt utprøvende adferd i ungdomstiden, i skjæringsfeltet mellom rus, prostitusjon og seksuelle overgrep. Både Tyrili og Blå Kors bruker sin finansiering fra post 70 til faglig utviklingsarbeid. Dette er en virksomhet som forholder seg til spesialisthelsetjenesten i mye større grad enn Gatehospitalet og Gatetjenesten som rettes direkte mot brukerne.

Dimensjonen brukernærhet kan bare i begrenset grad si noe om grad av brukerorientering i tiltakene. Det å ha høy brukernærhet handler først og fremst om drift av organisasjonen og at realkompetanse er viktigere enn formalkompetanse blant de ansatte. Brukernærhet må derfor også betraktes som en ekspertisedimensjon der plassering til høyre viser vektlegging på formell ekspertise, mens plassering til venstre viser vektlegging på egne livserfaringer. Wayback og Støttegruppen mot rus, Innherred er eksempler på sistnevnte, mens gatemagasinerne Megafon og Klar har en klar brukerorientering, men produseres og drives av andre enn brukerne.

5.2 Bidrag til tjenestefeltet

Aktørene selv ser på sine tiltak som et bidrag til økt mottakskapasitet. De hevder at det er enklere og mer ubyråkratisk å komme i kontakt med dem, det er små enheter og bedre oversikt, mer individuelt tilpasset, det finnes flere modeller, mer sosialfaglig og mer integrering med "vanlige" folk lokalt. Man oppfatter det tradisjonelle offentlige tjenesteapparatet som å ha lenger venteliste, høyere terskler, mangler kontinuitet i relasjoner, større grad av standardisering og medikalisering, mer segregert fra samfunnet for øvrig og mer budsjett- og profesjonsstyrt.

Dokumentasjonen viser også at det skjer en betydelig innovasjon særlig i det gatenære arbeidet og de tiltakene som spisses og rendyrkes slik som for eksempel Pedalen

sykkelverksted. Pedalen er også interessant som eksempel på nyskaping på driftssiden i og med at de tar mål av seg til å fungere som en ordinær bedrift med vanlige betingelser for kvalitet og inntjening.

Videre er omstillingsevne og fleksibilitet et framtreddende kjennetegn ved selvoppfattelsen i det frivillige tjenestefeltet. Blant enkelte problematiseres dette likevel noe. Støttegruppa mot rus, Innherred, peker eksempelvis på at det ikke er enkelt å fornye seg selv om man oppfatter at det er et behov for det. Flere organisasjoner peker på behov for eksterne evalueringer.

Det demokratiske elementet i denne virksomheten er en vesentlig verdi som tematiseres på litt ulik måte i organisasjonene. Gatemagasinet legger vekt på møtet mellom kjøper og selger som en integrerende prosess i samfunnet. I gatefotballen, som for eksempel Veita United, blir brukerne deltakere i bedriftsfotballen på linje med politiet. Samværet mellom frivillige og brukere av frivillige tilbud representerer også en integrerende arena. Fellesskap, tillit og nøytralitet er betegnelser som sier noe om dette feltet som demokratisk arena.

De fleste tilbud er vanskelig å klassifisere i en enkel kategori, for eksempel som forebyggingstiltak eller selvhjelp. Over halvparten av tiltakene peker på ettervern som et viktig del av arbeidet. Det er et fåtall som driver med behandling og et fåtall som er tydelig profilert på forebygging. De aller fleste tiltakene har således et tydelig element av ettervern i seg.

5.2 Fagtradisjoner

Tyngdepunktet av faglig kompetanse ligger i det sosialfaglige feltet, med sosionomer, barnevernspedagoger og miljøarbeidere. I mange organisasjoner kobles dette til helsefaglig kompetanse med sykepleiere, psykisk helsearbeid og diakoner. Spesialister, som psykologer, psykiatere eller leger er i mindre grad involvert i selve driften, men har rolle som veiledere for ansatte og frivillige i tre av tiltakene vi har fått svar fra. Spesielt blant de mest klart definerte brukerorganisasjonene, er det organisasjoner som har enten svært få eller ingen med formalkompetanse. Fire av tiltakene så langt ledes og drives av mennesker med kun praksiserfaring eller brukererfaring.

Det er også tiltak som knytter til seg en fagspesifikk profesjonell kompetanse for å drive virksomheten. Det gjelder Megafon som har profesjonelle i redaksjon og produksjon av magasinet, og Pedalen som har ansatt en person med kvalifikasjoner i sykkelreparasjon. I begge tiltakene kobles det også inn sosialfaglig kompetanse. Blant noen av de kristne organisasjonene brukes livssyn som et faglig fundament, mens Røde Kors på den andre siden peker på nøytralitet og kompetanse på frivillighet som faglig grunnlag for virksomheten.

Stiftelsen "Alternativ til vold" og Tyrilistiftelsen er eksempel på en nyskaping der to organisasjoner driver et fagutviklingsprosjekt for å gi bedre behandling for personer med kombinert volds- og rusproblematikk. Den sosialpedagogisk læringsmodell har

gjennom dette kommet litt i bakgrunnen, mens de nå arbeider mer i psykologiske og systemiske retninger.

Det er tiltak i vårt utvalg som gir spennende informasjon om faglige utviklingstrekk i tjenestefeltet. Nattergalen bofellesskap ble startet for ti år siden for fire kvinner i aktiv rus (dels med prostitusjonserfaring). Informanten beskriver hvordan ideologi og faglig innretning har forandret seg. I starten handlet det om å dekke alle behov og ikke avvise noe. Faget var preget av optimisme og naivitet, der målsetningen var å være en motpol til det offentlige. De ansatte hadde bakgrunn fra sosialvesen og kriminologi. Nå er det flere med helsefaglig bakgrunn og det legges vekt på psykiatrikompetanse, og det fokuseres mer på hva man kan få til selv og egne krefter. Holdningsmessig har de ansatte blitt mer vennlig innstilt overfor det offentlige helsesystemet og anerkjenner den gjensidige avhengigheten mellom privat og offentlig.

5.3 Formalisering av drift og bruk av målstyringsinstrumenter

Her kommer det fram et tydelig skille mellom de store organisasjonene og de som arbeider nært med offentlig tjenesteyting, kontra dem som er mer enkeltstående prosjekter. Svært mange har serviceerklæring, selv om det brukes svært forskjellig. Det har åpenbart blitt stilt som krav i forbindelse med søknader, så dermed har det kommet inn – ofte som en papirtiger.

De av organisasjonene i vårt utvalg som har tilsyn fra fylkesmannen, har naturlig nok det mest standardiserte systemet for internkontroll, gjennom blant annet virksomhetsplanlegging (strategiplaner, handlingsplaner) og HMS-arbeid. De store organisasjonene i vårt utvalg har også temmelig faste prosedyrer for vedtakelse av planer og oppfølging av gjennomføring. Utover det brukes ulike former for planlegging av de aller fleste respondentene i undersøkelsen, og det er en stor oppmerksomhet rundt nødvendigheten av dette.

Mange av disse virksomhetene opplever utfordringer knyttet til tradisjonell rapportering av brukere. Registrering representerer en skranke, som mange lav-terskeltilbud er bevisste på å unngå. Det ligger også i sakens natur at de tilbyr tjenester til folk som kommer og går.

Frivillighetsregisteret er nystartet i 2009 og derfor et diffust begrep for mange, spesielt for de mindre organisasjonene. I utvalget er det et mindretall som klart har svart at de er registrert i frivillighetsregisteret. Blant dem som svarer for Frelsesarmeen og Bymisjonen er det meget uklart om hovedorganisasjonen er registrert. Blant de små organisasjonene oppfattes registrering som ytterligere byråkrati, noe som de ikke er særlig interessert i.

5.4 Brukermedvirkning

Det er et fåtall som sier at de har svakt utviklet opplegg for brukermedvirkning, men oppfatningene om hva som er god brukermedvirkning varierer mye. Spekteret i

brukerrollen på dette tjenestefeltet er bredt og mangfoldig, noe som også viser seg gjennom at brukerne får en lang rekke betegnelser som gjester, elever, deltakere, selgere, damer, medlemmer, pasienter m.m.

Kan surveyen brukes til å få en bedre forståelse av innhold i brukermedvirkning i tjenestefeltet? Surveyen viser at brukermedvirkningen skjer på flere plan. Allmøter, ukentlige møter eller samlinger i kombinasjon med forslagskasser er den mest vanlige formen for brukermedvirkning. Ved siden av dette har enkeltbrukerne også stor påvirkning på flere av prosjektene, dette gjelder særlig lavterskeltilbudene som Maritakafeen, drevet av Maritastiftelsen, Skien Diakonale Senter eller Frelsesarmeens rusomsorg i Trondheim, som driver et fotballprosjekt.

Alle lavterskeltilbudene har en tydelig brukerorientering, selv om brukermedvirkning som en form for direkte deltakelse i beslutninger er vanskelig å få til. Gatehospitalet legger vekt på respekt og dialog som brukermedvirkning i praksis, men bruker ellers bare brukererfaringer uformelt. Individuelle samtaler og skreddersyng av individuell plan betegnes som brukermedvirkning av de fleste tiltakene på høyre side i matrisen. Ellers inviteres brukere av mange organisasjoner til å delta i arbeidet med å lage aktivitetsplaner og halvtårsplaner. Brukermedvirkning praktiseres også i form av styrerepresentasjon. Et fåtall organisasjoner tilbyr kursing av brukere i brukermedvirkning eller gjennomfører brukervalueringer av tiltak. Brukere kan bli frivillige og i enkelte tilfeller ansatte i organisasjonene. Det ble nevnt eksempler på dette i Røde Kors.

Matrisen er ikke en modell for grad av brukermedvirkning, selv om den skiller mellom brukerorganiserte tiltak og tiltak for brukerne. WayBack ga noen interessante momenter inn i dette bildet. Her er brukermedvirkning integrert i hele strukturen gjennom styrerepresentasjon og at nesten alle ansatte er tidligere straffedømte. Likevel understrekes det at virksomheten skal drives som stiftelse og ikke som en form for allmøte-demokrati der det lett kan oppstå fraksjonering. Også relativt ekspertisetunge tiltak, som for eksempel Trappen motiveringssenter, framstiller seg som et tiltak med flat struktur og stor grad av brukermedvirkning. Her er elever med på alle møter, og beslutninger tas kollektivt.

5.5 Profesjonalisering som utfordring for frivillighet

Flertallet av tiltakene i vårt utvalg har et stort innslag av frivillige. I følge dokumentanalysen er antall frivillige i gjennomsnitt er 15 ved virksomhetene, og det er 1,5 frivillig per ansatt. Bakgrunn og motivasjon varierer, og er også bestemt av motivet for virksomheten. Røde Kors jobber for integrering i normalsamfunnet, og rekrutterer derfor bevisst frivillige fra sivilsamfunnet. Det skal være mulig for "folk flest" å være frivillig. Brukerorganisasjonene bruker frivillige med tidligere brukererfaringer, mens gruppen av frivillige ellers består av studenter, trygdede, pensjonister og personer som ønsker å bidra.

Et hovedinntrykk er at de frivilliges rolle synes å være tydelig og avgrenset til praktiske gjøremål og miljøoppgaver. De fleste beskriver forholdet mellom frivillige og profesjonelle som harmonisk. Noen er mest opptatt av at de frivillige må være

”profesjonelle” i den forstand at de ikke tar jobben eller brukerne med seg hjem i tankene – de ønsker å skjerme den frivillige fra for omfattende involvering og identifikasjon med brukerne (profesjonell distanse).

Flere av organisasjonene tematiserer imidlertid at det er viktig å finne en balansegang mellom frivillige og profesjonelle. På den ene siden ansees det viktig med en viss fagtyngde i bunn i forhold til søknadsskriving, opprettholdelse av prosjekt og arbeidet i ”kulissene” for å kvalitetssikre. På den andre siden er det for flere organisasjoner (som for eksempel Røde Kors) helt avgjørende for brukerne at selve driften er drevet av frivillige. Flere organisasjoner påpeker at de frivilliges engasjement, glede og lyst er selve motivasjonsgrunnet for brukernes deltakelse, at det er viktig at folk ikke kikker på klokken når man er sammen med dem. Kontakten med normalsamfunnet/sivilsamfunnet er en annen verdi som også understrekes av flere av organisasjonene.

Høyre-venstre dimensjonen i matrisen er klart knyttet til ekspertiseorienteringen i tiltakene, og dette overlapper til en viss grad med bruken av frivillige. Lengst til høyre i matrisen ligger tiltak der det enten brukes svært få, eller ingen frivillige. Gatemagasinene drives profesjonelt og selgerne er betalt, og dermed ikke frivillige i klassisk forstand. Men gatemagasinene bruker likevel frivillige til andre mer sosiale oppgaver, som å holde dørene åpne for selgere i helger og ved høytider. Fagutviklingen i BlåKors og Tyrili drives i profesjonelle rammer. Lengst til høyre finner vi også de som bruker fagfolk som frivillige i tiltakene. Det gjelder Nadheim (SKBO) og Fransiskushjelpens gatetjeneste. Begge disse rekrutterer utdannende fagpersoner som frivillige.

Jo lengre mot venstre i matrisen tiltakene er plassert, jo større er mulighetene for at personer fra brukergruppen kan gå over i rollen som frivillig og i enkelte tilfeller bruke virksomhet i organisasjonen som karrierevei. Skien diakonale senter og Trefoldighet menighet (St Hanshaugen) viser til eksempler på dette.

Økende profesjonalisering er et klart kjennetegn ved samtlige av virksomhetene og kan blant annet sees i lys av økt grad av kontakt med det offentlige, men drives også i høy grad fram av organisasjonene selv. Organisasjonene påpeker at det er viktig for dem å fremstå som seriøse, ikke minst når det offentlige henvender seg til dem for å få løst visse oppgaver.

Det er en antagelse om at profesjonalisering kan føre til at det frivillige mister sitt særpreg og bli mer lik det offentlige (Lorentzen 2004b). I vårt materiale framstår organisasjonene som ganske trygge på sin egenart, samtidig som at profesjonalisering står fram som en helt avgjørende betingelse for kontinuitet i virksomheten. De er påpasselige i forhold til ikke å viske ut grensene mellom frivillig og offentlig, samtidig som de har en klar ambisjon om profesjonalitet. Deres egen forståelse av profesjonalisering har tre viktige dimensjoner: det gjelder driften av organisasjonen, bredde i formalkompetanse, men ikke minst også utvikling av frivilligheten som egenartet ved virksomheten.

Videre er det mange som legger vekt på verdien av frivillighet som grunnlag for integrasjon og samfunnsmessig deltakelse, og dermed demokrati. IOGT er blant de få

som nevner profesjonaliseringspresset som en utfordring eller som en trussel mot verdsettingen av det frivillige arbeidet, og på den måten peker på profesjonalisering som en utfordring for den demokratiske dimensjonen som ligger i denne formen for deltakelse. Det er likevel lite profesjonaliserings skepsis i materialet totalt sett.

5.6 Samarbeid med andre

Samarbeidsflaten mellom det offentlige og de frivillige organisasjonene i dette tjenestefeltet kan beskrives som rik og omfattende. Over halvparten av virksomhetene oppgir at de *samarbeider* med offentlige instanser som kommuner og NAV, i følge dokumentanalysen. En god del av samarbeidet er formalisert gjennom samarbeidsavtaler, samarbeid om enkeltklienter og finansiering av plasser (i overkant av 1/3 av virksomhetene i følge dokumentanalysen). Høyterskeltilbudene har gjennomgående et mer formalisert samarbeid enn lavterskeltilbudene. Kommunene er den instansen som flesteparten av organisasjonene samarbeider formelt med.

Telefonsurveyen viser at omtrent halvparten av organisasjonene ikke har formelle samarbeidsavtaler med det offentlige. Mange oppfatter likevel samarbeidet som formalisert i og med at det har pågått i flere år. I vårt utvalg deltar rundt halvparten i ansvarsgruppemøter sammen med brukerne. Dette betraktes som et formelt samarbeid.

Organisasjonene samarbeider som nevnt først og fremst med kommunene (sosialtjenesten, rusmiddelstaten, helse- og velferdsetaten), men kan ha et uformelt samarbeid med ganske mange offentlige etater i enkeltsaker og da særlig på personnivå. Dette kan være kriminalomsorgen, DPS, boligetaten, politiet, behandlingssteder, fastleger, LAR og tannleger.

Det et bredt spekter av ulike roller og funksjoner for de frivillige organisasjonene i samarbeidet med det offentlige. De fungerer som veiledere både for spesialisthelsetjeneste og kommunale organer i sammenheng med individuelle saker. De gatenære tiltakene har også førstehånds kjennskap til utviklingstrekk på gateplan, og kan i den sammenheng få en viktig rolle i kommunal planlegging. Noen får også en meget spesialisert kompetanse, slik som Nadheim senter for kvinner og menn med prostitusjonserfaring (SKBO), som driver saksutredning og kompetanseoppbygging om menneskehandel. På denne samarbeidsarenaen er også døråpner, mekler- og advokatrollen i forhold til brukerne vel så viktig som hjelperrollen.

Kommunen framstår som en krevende samarbeidspartner med lav forutsigbarhet, knapphet på ressurser og lite stabilitet på personalsiden. Organisasjoner med liten samarbeidsflate eller svært avklart samarbeidsbetingelser opplever naturlig nok mindre problemer knyttet til dette. Det vises også til eksempler på at det har oppstått konkurranse mellom kommunale og frivillige organisasjoner om konkrete prosjekter.

5.7 Vurdering av forvaltningen og effekt

Post 70 representerer en ordning som oppfattes som sjenerøs, ubyråkratisk og relativt forutsigbar sammenlignet med de fleste andre ordninger. Bevilgningene har blant annet

gitt grunnlag for svært mange ansettelser, noe som henger høyt i forbindelse med frivillig arbeid. Bevilgningen er også godt kjent blant samtlige av organisasjonene. Dessuten oppfattes ordningen som lite styrende og at kravene til rapportering og søknadskrav er rimelige.

Kontinuitet og forutsigbarhet blir oppfattet som en stor verdi, og dermed blir spørsmålet om tilsagn og utbetalinger blant de små ankepunkt mot ordningen. De fleste organisasjoner ville se det som en fordel med tilsagn svært tidlig, og gjerne med en mer langsiktig tildeling. For mange har likevel disse bevilgningene fungert som faste og forutsigbare bevilgninger, enn så lenge.

Spørsmålet om hvem som er avhengig av tilskudd er bestemt ut fra en rekke faktorer. Først har vi de tiltakene som utgjør en mindre del av en større virksomhet, så som for eksempel tiltakene i Kirkens Bymisjon eller i Norges Røde Kors. Her betyr tilskuddet en fleksibilitet overfor moderorganisasjonen. Tiltakene som mottar tilskudd på over 30% av totalbudsjettet vil naturlig nok være svært avhengig av dette tilskuddet. For noen utgjør tilskuddet fra 80-100% av totalbudsjettet. Tilskuddet er av avgjørende betydning for dem som mottar de største tilskuddene. Det gjelder Gatehospitalet, Evangeliesentrene og P22 (se kap. 3.4).

Noen organisasjoner gir uttrykk for at det er litt uklart hvordan direktoratet vurderer tildelingene og at de altså skulle ønske større forutsigbarhet over lengre tid. Det største ankepunktet er kanskje det som noen med et hjertesukk påpeker: det virker lettere å få bevilgning til nye og "fancy" prosjekter, men det er vanskeligere å få bevilgning når prosjektet skal konsolideres. Hovedutfordringen er å bli et tilbud som kan sikres en plass ved siden av det offentlige, og å sikre forutsigbar økonomi når man går over fra prosjekt til drift.

6 Oppsummering

Gjennomgangen i denne rapporten viser at i praksis så inngår både driftsstøtte og prosjektstøtte i tilskuddordningen til frivillig rusarbeid (kap. 761, post 70). Iverksettingen av rusreformen i 2004 medførte at en del sivile institusjoner ikke fikk/ikke ville ha avtale med helseforetakene, og det har fra politisk hold vært uttrykt et klart ønske om å sikre videre drift av disse, blant annet for å sikre et mangfold av tilbud på rusområdet. Disse har følgelig blitt inkludert i tilskuddsordningen til frivillig rusarbeid. Det viser igjen at post 70 er en politisert ordning. En betydelig andel av de midlene som deles ut, er det gitt politiske føringer og signaler knytta til. Tilskuddsordningen skal således tjene to hovedformål: - å støtte opp under de sivile institusjonene som ikke kan få/vil ha avtale med helseforetakene, og - å støtte opp under utviklingsprosjekter og alternative tiltak som kan bidra til nyskaping på rusfeltet. På grunn av en betydelig økning i rammene for ordningen, har en kunnet dekket begge formålene. Og tilskuddsordningen har hatt en avgjørende betydning for mange av mottakerne. I det videre vil vi summere opp hovedfunnene fra delrapporten.

6.1 Om forvaltningen av ordningen

Når det gjelder Helsedirektoratets forvaltning av ordningen, vil vi si det er sammenfall mellom politiske mål, som kommer til uttrykk i statsbudsjettet og stortingskomiteens innstilling til budsjettet, Helsedirektoratets retningslinjer, og direktoratets tilskuddsforvaltning. Noen unntak finnes, for eksempel ved at de politiske føringene i enkelttilfeller er på virksomhets-/tiltaksnivå, mens retningslinjene er og må være generelle. I all hovedsak er det likevel slik at på hvert nivå så blir tilskuddsordningens formål operasjonalisert og avgrenset i forhold til andre tiltak og støtteordningen. Tilskuddsordningen er likevel relativt åpen uten klare føringer og rigid regelverk. Ordningen oppfattes som lite styrende og rapporteringen og søknadskravene som rimelig av tilskuddsmottakerne. Også kontinuiteten i, og forutsigbarheten ved forvaltningen av ordningen, blir oppfattet som en viktig verdi ved ordningen. De fleste virksomhetene ville imidlertid se det som en fordel med tilsagn svært tidlig på året, og gjerne med en mer langsiktig tildeling. For mange har likevel disse bevilgningene fungert som faste og forutsigbare bevilgninger – enn så lenge.

Tilskuddsordningen har vokst betydelig når det gjelder de økonomiske rammene og fanger opp et økende antall aktører over tid. Post 70 representerer en ordning som oppfattes som sjenerøs, ubyråkratisk og relativt forutsigbar sammenlignet med de fleste andre ordninger. Bevilgningen er også godt kjent blant samtlige av organisasjonene som mottar støtte. Dessuten har bevilgningene gitt grunnlag for svært mange ansettelser, noe som henger høyt i forbindelse med frivillig arbeid. Tilskuddsordningen har således bidratt til å profesjonalisere feltet.

6.2 Om det sivile rusfeltet

Støttmottakerne utgjør et sammensatt og i økende grad mangfoldig bilde. Større og middels store rusbehandlingstilbud får relativt mye av midlene. Av disse har mange tilknytning til kirken eller kristne organisasjoner. En annen stor gruppe tilskuddsmottakere i denne kategorien er de alternative behandlingstilbudene, slik som kollektivene, brukerstyrte tiltak, terapeutiske samfunn og lignende. Drøyt en fjerdedel av tilskuddsmottakerne faller inn under denne kategorien, dvs. behandlingstilbud og rehabiliteringstilbud med et "for-andre-perspektiv". Også et betydelig antall av andre typer aktører som interesseorganisasjoner, gatemagasiner, samt prosjekter/tiltak ved virksomheter som ikke har rusfeltet som sitt primærfelt, får støtte. Flesteparten av virksomhetene, over halvparten, befinner seg innenfor denne kategorien, dvs. som prosjekter og tiltak med et "for-andre-perspektiv". Omkring hver tiende mottaker er "prosjekter og interesseorganisasjoner av og for brukerne". Endelig utgjør kategorien "brukerdrevne/brukerstyrte behandlingstilbud og rehabiliteringstilbud" kun noen få tiltak.

Geografisk er tiltakene spredt rundt i landet, men likevel med en betydelig konsentrasjon i Oslo/Østlandet, Sørlandet og Vestlandet (utenom Sogn- og fjordane som er det eneste fylket uten tilskuddsmottakere). Hele åtte av ti tiltak er lokalisert i disse områdene. Og fordelingen av tilskudd innebærer en enda mer markant konsentrasjon: omkring ni av ti kroner går til virksomheter lokalisert i disse områdene. Denne fordelingen skyldes nok både at de større tilbudene er lokalisert der, og at noen virksomheter har hovedkontor i Oslo, men fordeler midlene ut på tiltak i andre fylker. Sjøl om den geografiske fordelingen avviker noe fra befolkningsmønsteret generelt, så synes likevel konsentrasjonen av tiltak og tilskudd å være rimelig tilskudd å være rimelig all den tid mange av rusmisbrukerne og flere av de store behandlingstilbudene er lokalisert i Oslo (og de andre store byene).

6.3 Om mottakerne av tilskudd

I underkant av halvparten av virksomhetene (45 %) har definert *målgruppen* ganske generelt: voksne rusmisbrukere (ofte med psykiske problemer) av begge kjønn over 18 år fra stedet virksomheten er lokalisert. Videre er i underkant av 10 prosent av virksomhetene rettet mot unge fra 18-35 år, mens Kirkens Bymisjon i Trondheim også har et prosjekt som fokuserer på ungdom i alderen 12-25 år (Trondheim Ung Pro). LAR-brukere er dessuten målgruppe i ca 10 prosent av virksomhetene. Omkring 10 prosent av virksomhetene er for rusmisbrukere som er, eller tidligere har vært, under soning. I underkant av ett av tjue tiltak retter seg mot prostituerte. I tillegg til tidsskriftet Albertine i regi av PION, har også Fransiscushjelpen, Bergen Røde Kors og Maritastiftelsen tilbud for prostituerte.

Det er i snitt 18 deltakere på hvert tiltak. Tiltakene varierer imidlertid fra lengre tilbud til kafeer og væresteder, så det er vanskelig å gi et eksakt tall på antall brukere per år. Brukermedvirkningen forstås noe ulikt og tar ulike former, men den synes gjennomgående å være vektlagt i alle typer virksomheter, på tvers av

matrisen/firefeltstabellen. Det er likevel kun 15 % som oppgir eksplisitt at de bruker individuell plan.

Flertallet av tiltakene i vårt utvalg har et visst innslag av frivillige. I følge dokumentanalysen er det 1,5 frivillig per ansatt og i gjennomsnitt 15 frivillige ved virksomhetene, noe som innebærer at støtteordningen bidrar til å mobilisere omkring 1300 frivillige årlig. Bakgrunn og motivasjon til de frivillige varierer, og er også bestemt av motivet for virksomheten. Økende profesjonalisering er likevel et klart kjennetegn ved samtlige av virksomhetene, og kan blant annet sees i lys av økt grad av kontakt med det offentlige, herunder denne støtteordningen (jfr. ovenfor). Profesjonaliseringen drives imidlertid også i høy grad fram av organisasjonene selv. Det er således lite profesjonaliserings skepsis i materialet totalt sett.

Det gjennomsnittlige tilskuddsbeløpet til mottakerne har økt over tid. For flertallet er imidlertid ikke tilskuddet fra Helsedirektoratet den eneste inntektskilden; i snitt utgjør det omkring halvparten av inntektene. Mange har betydelige inntekter over driften for øvrig. I noen grad synes også gaver å ha en betydning, men for de flestes vedkommende utgjør slike inntekter en begrenset kilde. De større virksomhetene er minst avhengig av tilskuddsordningen, og er således mer robuste i forhold til bortfall av tilskudd fra ordningen. For en del av de mindre virksomhetene og tiltakene/prosjektene utgjør tilskuddsordningen tilnærma hele inntektsgrunnlaget. Nå er ikke fullfinansiering fra ordningen et problem for klart tidsavgrensede tiltak/prosjekt. Spørsmålet er imidlertid om de mer langvarige tiltakene og prosjektene som ønsker å bli permanente tilbud, er godt nok rustet til å videreføres med annen finansiering når støtten over Post 70 faller bort.

Samarbeidsflaten mellom det offentlige og de frivillige organisasjonene i dette tjenestefeltet kan beskrives som rik og omfattende. Over halvparten av virksomhetene oppgir at de *samarbeider* med offentlige innstanser som kommuner og NAV, i følge dokumentanalysen. En god del av samarbeidet er formalisert gjennom samarbeidsavtaler, samarbeid om enkeltklienter og finansiering av plasser (i overkant av 1/3 av virksomhetene i følge dokumentanalysen). Omtrent halvparten av virksomhetene deltar i ansvarsgrupper. Høyterskeltilbudene har gjennomgående et mer formalisert samarbeid enn lavterskeltilbudene. Kommunene er den instansen som flesteparten av organisasjonene samarbeider formelt med.

6.4 Alternativer på rusfeltet?

Mange av virksomhetene ser seg sjøl som et alternativ og viktig supplement til det offentlige tilbudet på rusområdet. Dette gjelder både tiltakenes faglige forankring og oppbygging. Det store flertallet av virksomhetene oppgir et faglig fundament som i stor grad har et sosialfaglig grunnlag, og i mindre grad spesialiserte helsefag (sjøl om disse også trekkes inn, blant annet som veiledere). Dessuten er det noen virksomheter som kun baserer arbeidet på realkompetanse.

Tiltakene er også nærere brukerne enn mange offentlig tilbud, slik virksomhetene sjøl ser det, med en lavere terskel inn enn i spesialisthelsetjenesten. Noe av forklaringen kan nok være at særskilt ettervern, ved siden av forebygging og behandling, blir vektlagt som arbeidsområde. Dessuten framstilles møtet mellom lekfolk og rusavhengige som

kilde til demokratisk verdi blant respondentene i telefonsurveyen. Fellesskap, tillit og nøytralitet er sentrale begreper som kjennetegner relasjonene man ønsker å fremme. Det legges stor vekt på at samværet mellom frivillige og brukere av frivillige tilbud i seg selv representerer en integrerende arena.

Fordelingen i matrisen i kapittel 5 gir en forståelse av den historiske dimensjonen i utviklingen. Tendensen er at virksomhetene som er brukerorganisert og har høy inngangsterskel, er relativt nye, interessepolitiske organisasjoner. Marborg og Wayback er plassert her. Også brukerorganiserte tiltak med lav inngangsterskel er av nyere dato, som for eksempel Veita United. LMS er den eldste organisasjonen i denne sammenhengen. Blant virksomheter med lav inngangsterskel, men som er organisert *for* brukerne, finner vi de klassiske filantropiske tiltakene og nyskapinger som gateavisene og gatehospitalet. Disse drives av gamle og nyere organisasjoner. Gatehospitalet drives av Frelsesarmeen, mens gatemagasinet Megafon ble startet gjennom initiativ fra et kommunalt selskap (Alf A/S). De fleste av tiltakene i Kirkens Bymisjon finner vi her. Blant virksomhetene med høy terskel og som drives *for* brukerne finner vi de tydeligste terapeutiske, profesjonelle tiltakene. Bevilgningene til Tyrili og Blå Kors går hovedsakelig til faglig utviklingsarbeid, men det ellers er flere behandlingstiltak i dette feltet. Gjennomgående er det slik at de gamle klassiske organisasjonene befinner seg på høyre side i matrisen.

Det skjer altså en viss endring på feltet der veksten og nyskapingen skjer på den brukernære siden av feltet, samtidig som flere av de virksomhetene som har sitt utspring her, beveger seg over mot den øvre høyre siden som følge av økende profesjonalisering (jfr. noen av kollektivene). Det synes imidlertid også å skje nyskaping innenfor de gamle tradisjonelle filantropiske eller diakonale organisasjonene. Vi finner spesielt innovasjon i det gatenære arbeidet og de tiltakene som spisses og rendyrkes på et bestemt område. Som arbeidstiltak og forsøk på å skape en bedrift, utpeker Pedalen sykkelverksted seg som et godt eksempel.

En stor andel av virksomhetene i feltet framstår således som et alternativ til det offentlige og til det kommersielle tilbudet, med tiltak og prosjekter som bidrar til utprøving og nyskaping. Enkelte institusjoner ligger nok derimot nær opp til det offentlige tilbudet, og framstår dermed mer som et supplement enn et alternativ. Likevel er det rimelig å si at tilnærma alle tilskuddsmottakerne har et frivillig og/eller ideelt utgangspunkt, og at de inngår i det sivile rusfeltet.

Prinsipielt kan imidlertid forholdet mellom ordningens utgangspunkt – en åpen prosjektstøtteordning – og den etablerte praksis – at en del får prosjektstøtte – framstå som problematisk, særlig når det følger politiske føringer med en del av midlene. Disse forholdene vil bli drøftet mer inngående i sluttrapporten, herunder implikasjoner knyttet til forvaltningen ordningen

7 Referanser

- Bergsgard, N. A. og K. Løyland (1998). *Yrkesrettet attføring for personer med psykiske lidelser*. Rapport 137: Telemarksforskning-Bø
- Budsj. Innst. S. nr. 11 (2004-2005), jf. St.prp. nr. 1 (2004-2005) *Vedtak 121*.
- Budsj. Innst. S. nr. 11 (2007-2008). *Budsjettinnstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteens*
- Budsj. Innst. S. nr. 11 (2008-2009). *Budsjettinnstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteens*
- DiMaggio, J. P. og W. W. Powell (1991). "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". I: Powell og DiMaggio (red.). *The New Institutionalism in Organizational Analyses*, Chicago: Univ. Press.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press
- Flermoen, S. (2006). *Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptappingsplan for psykisk helse. Sluttrapport*. (No. 234). Bø: Telemarksforskning-Bø.
- Habermann, U., & Ibsen, B. (2005). *Definition af den frivillige sektor i Danmark. Frivillighedsundersøgelsen - en kortlægning af den frivillige sektor i Danmark*. Odense: Center for frivillig socialt arbejde.
- Helse og omsorgsdepartementet (2006). *Nasjonal helseplan*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6
- Helsedepartementet (2004). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelsmisbrukere. Perspektiver og strategier*. Oslo: Helsedepartementet
- Helsedirektoratet (2009). *Opptappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2008*. Oslo: Helsedirektoratet
- Inst. S. nr. 270 (2007-2008). *Finanskomiteens innstilling om tilleggstilskudd og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2008*
- Johansson, S. (2005). *Kommunalt stöd til sociala ideella organisationer. Omfattning, utveckling och former*. Stocholm: Socialstyrelsens serkretariat för frivillig socialt arbete.
- Klausen, K. K. (1989). Den tredje sektor. Frivillige organisationer mellom stat og marked. In K. K. Klausen & T. H. Nielsen (Eds.), *Stat og marked. Fra Leviathan og usynlig hånd til forhandlingsøkonomi*. København: Jurist og Økonomforbundets Forlag.
- Lie, T., & Nesvåg, S. (2006). *Evaluering av rusreformen* (No. Rapport IRIS - 2006/227). Stavanger: IRIS.
- Lorentzen H. (2004b): *Farvel til amatørerne! Velferdsstaten og de frivillige organisasjonene*, i P2 akademiet, Bind XXXI. Transit. Oslo
- Lorentzen, H. (1994). *Frivillighetens integrasjon*. Oslo: Universitetsforslaget.

- Lorentzen, H. (2004). *Felleskapets fundament. Sivilsamfunnet og individualismen*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Norges Offentlige Utredninger (1988:17). *Frivillige organisasjoner*.
- Norges Offentlige Utredninger (1998:18). *Det er bruk for alle*.
- Norges Offentlige Utredninger (2006:13). *Fritid med mening*.
- Nødland, S. I. m.fl. (2007). *Kommunenes samhandling med frivillig sektor*. Rapport IRIS – 2007/047
- Rambøll Management (2008). *Evaluering av statlig tilskudd til kommunalt rusarbeid. Delrapport 1*. Oslo: Rambøll Management AS, november 2008
- Rommetvedt, H., (2002). ”Idrett og politikk – perspektiver og utviklingstrekk. I: Mangset/Rommetvedt (red) *Idrett og politikk – kampsport eller lagspill?*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sivesind, K. H., Lorentzen, H., Selle, P., & Wollebæk, D. (2002). *The Voluntary Sector in Norway. Composition, Changes, and Causes*. Oslo: Institutt for Samfunnsforskning, rapport 2002:2
- Sivesind, K.H. (2008). *Halvveis til Soria Moria. Ikke-kommersielle velferdstjenester, politikkenes blinde flekk*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, rapport 2008:3
- Skov Henriksen og Ibsen, B. (Ed.). (2001). *Frivillighedens udfordringer - nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde og Odense Universitetsforlag.
- Skov Henriksen, L. (1999). Frivillig organisering: Aktuelle tendenser og fremtidige perspektiver for forskningen. Review-essay. *Dansk Sociologi*(nr. 3).
- St. meld. nr. 27. (1996-97). *Om statens forhold til frivillig organisasjoner*: Oslo: Kulturdepartementet.
- St. meld. nr. 39 (2006-2007). *Frivillighet for alle*. Oslo: Kirke- og kulturdepartementet.
- St. prp. nr. 1 (2007-2008) *Statsbudsjettet*
- St. prp. nr. 1 (2007-2008). *Del III kap 8, Opptrappingsplan for rusfeltet*
- St. prp. nr. 1 (2008-2009) *Statsbudsjettet*
- Ørstavik, S. (1996). *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*. Oslo: INAS-notat, 1996:8

Vedlegg

Forholdet mellom problemstillingene og metode for datainnsamling

Tabell: Hvilke metoder som dekker hvilke tema/spørsmål

D = dokument T = telefon K = kassustudier	D	T	K
A Særskilt om <u>virksomheter og tiltak</u> som mottar tilskudd.	x	x	
Hva kjennetegner virksomhetenes organisasjoner og styringssystemer? (Eierskap, styre, kontroll- og rapporteringsrutiner). Er virksomhetene registrert i Frivillighetsregisteret?	x	x	x
Hva slags type virksomheter omfattes av ordningen og hvilken kapasitet har de? (Døgninstitusjoner, dagtilbud, boligtilbud, grad av aktiviteter- og arbeidstrening, grad av oppsøkende arbeid, religiøs/livssynsmessig tilknytning, bruker- og selvhjelpsorganisasjoner med mer).	x	X	
Hva er den geografiske fordelingen av virksomhetene?	x		
I hvilken grad er det spesielle kjennetegn ved tjenestetilbudet til tilskuddsmottakerne i forhold til det tjenestetilbudet som omfattes av det offentlige sørge-for-ansvaret.			
Hvor stor grad av inntektsgrunnlaget utgjør tilskudd over statsbudsjettet? Over hvor lang tid har virksomhetene mottatt tilskudd?	x	x	
Hvor mange virksomheter har inntekter fra andre kilder som f.eks statlige eller kommunale etater evt. fra private legater, fond eller innsamlinger?	x	x	
I hvilken grad har organisasjonsformen noen betydning for muligheten for inntektssikring?		x	x
I hvilken grad har noen av virksomhetene systemer for innkreving av egenandel/brukerbetaling? Eventuelt hvordan fungerer det?		x	x

Hvor mange av disse tilbyr tjenester som etter loven er definert som spesialisthelsetjeneste og med hvilke faglige tilnærminger utføres dette?		X	
Har virksomhetene en faglig definert forankring? Hvordan forholder de seg til forskningsbelagt kunnskap om effekt av tiltak?	X	X	X
Hvor mange har etablert samarbeidsavtaler med andre offentlige instanser som kommuner, helseforetak, NAV, utdanningsenheter? Hvordan er dette formalisert og er dette nedfelt i kommunale rusplaner?	X	X	X
I hvilken utstrekning har virksomhetene rutiner for samarbeid om henvisning, individuell plan, støttekontakt, aktivisering? Har tiltakene tilbud til pårørende, herunder barn, og hvordan sikres evt deres rettigheter?		X	X
I hvilken grad samarbeider virksomhetene med andre frivillige aktører?	X	X	
I hvilken utstrekning samarbeider virksomhetene med kriminalomsorgen? Brukes døgninstitusjoner som §12-institusjoner, og hvordan finansieres ev. disse oppholdene?		X	X
Planlegger virksomheten sitt arbeid etter evaluerbare mål?	X	X	
I hvilken grad har virksomhetene systemer for internkontroll og kvalitetsforbedring? Hvordan er brukernes rettsikkerhetssituasjon i tiltakene når det gjelder vedtak, klagemuligheter, taushetspliktsbestemmelser etc?		X	
Hvordan har virksomhetene som har vært gjenstand for tilsyn, fulgt opp eventuelle avvik?		X	
<i>Hvordan er forholdet mellom små og store virksomheter mht lengde på støtten, andel støtte av søknadssum, andre inntekter osv?</i>	X	X	
<i>Hva er forholdet mellom mottakere som får driftstøtte og prosjektstøtte mht lengde på støtten, andel støtte av søknadssum, andre inntekter osv??</i>	X	X	
B Særskilt om brukerne og brukerperspektivet i virksomheter og tiltak som mottar tilskudd			
Det skal utarbeides en oversikt over brukerne etter kjønn, alder, type rusmiddelproblematikk, antall inntak/innleggelse, evt dropouts, om det foreligger en individuell plan. Er det mulig å kategorisere de mest typiske sosiale og helsemessige	X	X	X

kjennetegn?			
I hvilken grad benytter brukerne både de private/frivillige tiltakene og de offentlige drevne hjelpetiltakene? I hvilken grad gir brukerne uttrykk for preferanser knytter til disse to kategoriene av tiltak? I hvor stor grad opplever brukerne at deres behov blir oppfylt ved disse virksomhetene?			X
Har virksomhetene utarbeidet system for brukermedvirkning og er dette nedfelt i serviceerklæringer? Har virksomhetene tatt i bruk brukerundersøkelser eller andre målemetoder for å måle brukernes vurdering av tilbudet? Hvilke metoder/verktøy benytter virksomhetene i arbeidet med brukermedvirkning?		X	X
I hvor stor grad gis brukere en delaktig rolle i driften av virksomhetene?		X	X
<i>Er det forskjell mellom brukerne når det gjelder hvor delaktig rolle de inntar i forhold til driften av virksomheten?</i>			X
<i>Kan det bli for mye brukermedvirkning?</i>			X
C Særskilt om brukerorganisasjoner/instanser som mottar tilskudd			
Hvilke brukerorganisasjoner mottar tilskudd og hva kjennetegner dem (Vedtekter, formålsparagraf, medlemstall, økonomi, oppbygning, forhold drift/prosjekt med mer).	X	X	
I hvilken utstrekning kan organisasjonene ses som representative for brukerne de organiserer? På hvilke arenaer innenfor rusmiddelfeltet deltar de?	X	X	X
Hvilke metoder/verktøy benytter organisasjonene i arbeidet med brukermedvirkning?		X	X
I hvilken utstrekning bidrar tilskuddsordningen til å styrke brukerorganisasjonene slik at de kan møte behovet om økt brukermedvirkning på individ og systemnivå?		X	X
D Særskilt om frivillighet			
Hvilken rolle spiller frivillighet i virksomhetene?	X	X	
Hvordan praktiserer virksomhetene frivillighet? Hvilke utfordringer har de med å rekruttere og holde på frivillige? Har frivillighet i virksomhetene en egenverdi for brukerne av tiltakene?		X	X

Hva er innslaget av frivillighet i forhold til profesjonalisering i virksomhetene?		X	X
Ved hvor mange virksomheter deltar frivillige/ansatte i brukernes ansvarsgrupper?		X	
I hvor stor grad gis frivillige tilbud om opplæring og utdanning?		X	
<i>Er det slik at flere av de frivillige går fra å være frivillige til betalt ansatte?</i>		X	X
Problemstillinger supplert			
Hvordan samsvarer direktoratets forvaltning av ordningen med de overordna målene?	X		
Hvordan virker tilskuddsordningen og forvaltningen av denne, på organisatoriske trekk ved mottakerne?	X	X	X

Telefonintervju - Spørreundersøkelse til mottakere av tilskudd fra post 70

Kjennetegn ved organisasjonen

- 1) Hva dekkes av tilskuddet i din virksomhet?
 - a. Vil du karakterisere det som rehabilitering- og behandling, filantropisk, pressgruppe, selvhjelpsgruppe/serviceorganisasjon eller interessepolitisk organisasjon?
 - b) I hvilken grad faller tilbudet inn under det som etter loven er definert som spesialisthelsetjeneste?
 - c) Hvordan sikres i såfall pasientrettighetene?
 - d) Hvilke rettigheter er pasientene opptatt av?

- 2) Hvordan vil du beskrive fagtradisjonen eller eventuelt ideologien dere bygger på?
 - a. Driver dere konkret arbeid knyttet til faglig utvikling og metodeutvikling?

- 3) Har organisasjonen tatt i bruk nye typer av målstyringsinstrumenter?
 - a. Eksempelvis: Virksomhetsplanlegging, rutiner for internkontroll osv.
 - b. Er det gjennomført evalueringer av tiltaket/organisasjonen? (internt/ekstern) Evt. hvordan er disse fulgt opp?
 - c. Er dere registrert i frivillighetsregisteret?

Samarbeid med andre

- 4) Har dere samarbeid med det offentlige tjenesteapparatet og helsetjenester, hvilke?
 - a. Hva handler samarbeidet om - henvisningspraksis, deltakelse i individuell plan, pårørendes deltakelse, egen deltakelse, deltakelse i ansvarsgrupper, tilbud til pårørende, barn, utdyp?
 - b. Hvordan samarbeides det og hvor omfattende er det?
 - c. Hvor formalisert er samarbeidet?

- 5) Hvordan vil du beskrive forskjellen mellom din organisasjon og det offentlige?
 - a. Hva opplever dere som utfordringer i forhold til det offentlige ?

- 6) Hva slags samarbeid har dere med andre frivillige organisasjoner, hvilke?

Frivillighet

- 7) Hvordan vil du karakterisere medlemmenes motivasjonsgrunnlag for å være med i din organisasjon?
- 8) Hvordan vurderer du balansen mellom frivillighet og profesjonalisering?
- 9) . Hvordan vil du beskrive det sosiale miljøet, medlemmenes engasjement og det arbeidet dere gjør?

Brukermedvirkning

- 9) Hvordan praktiserer dere brukermedvirkning
 - a. Krav, rettigheter, medbestemmelse, serviceerklæring
- 10) Hvilke brukere har tiltaket?
 - a. I den grad det finnes rapporteringsdata ber vi om å få dette oversendt.

Inntektssikring – finansiering

- 9) Hvordan er fordelingen mellom typer av tilskudd som tilskudd fra Hdir/annen offentlig inntekt/inntekt fra private (fond, donasjoner osv...). (Først og fremst interessert i tallene fra de prosjektene vi intervjuer, mer enn organisasjonene som helhet)
- 10) Hvor viktig er tilskuddet for tilbudet det finansierer og for organisasjonen som helhet?
 - a. Andel av totalbudsjett – historikk
 - b. Inntekt fra andre kilder?
- 11) Hvis tilskuddet faller bort – hvor kan de gå?
 - a. Er overføringer fra Helseforetak et alternativ – andre evt?

Effekt av støtteordningen

- 12) Vurdering av effekten av ordningens mål, innretting og departementets forvaltning
 - a. Organisatoriske konsekvenser
 - b. Innholdsmessige konsekvenser
 - c. Vridninger over tid

Oppfatninger/erfaringer med forvaltningen av ordningen

- 13) Mener dere ordningen er godt kjent?
- 14) Vurdering av tildelingspraksis og forvaltning.
- 15) Hvordan fungerer det i forhold til det interne strategiarbeidet?

Oversikt over alle tilskuddsmottakere

Tabell: Oversikt over alle tilskuddsmottakerne fra 2004 til 2009 sortert etter når det kom med i ordningen

Organisasjon	Vedtak 2004	Vedtak 2005	Vedtak 2006	Vedtak 2007	Vedtak 2008	Tildelt 2009	Sum
Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan: Prosjekt "Det nytter"	200000	244000	500000	1000000	1000000	750000	3694000
Albatrossen ettervernssenter, Bergen - Drift	350000	427500	550000	600000	600000	600000	3127500
Blomsterdalenkollektiv - ressursvake klinenter rus/psykiatri	400000	600000					1000000
Biri Treningssenter - Rehabiliteringstiltak for stoffmisbrukere over 18 år	300000	366500	500000	500000	300000		1966500
Blå Kors Norge Diakoniavd. - Drift	2300000	2933500	3100000	3100000	3100000	3100000	17633500
Brukerforeningen i Tønsberg	375000						375000
Evangeliesenteret - Drift	23000000	28726000	25100000	25100000	19000000	18500000	139426000
Frelsesarmeen, Egersund Korps - Fyrlissenteret	70000	366500	299000	300000			1035500
Grubeli rehabiliteringssenter drift og investeringer	400000	488500	600000	855000	855000	1050000	4248500
Ildrett mot Rus -Ildrett MOT rus i alle fylker	150000	183000	260000	300000	300000	250000	1443000
IOGT i Norge, Prosjektet "Sammen"	450000	650000	790000	800000	800000	1000000	4490000
IOGT Region Vest, Son senter TETRE (drift Son-senteret, herunder også underprosjekt rus/psykiatri)	600000	600000	825000	700000	950000	950000	4625000
Kirkens Bymisjon Bodø - Ny Giv, Jobb 1 og God morgen-God dag, Møtestedet	250000	250000	600000	1200000	1200000	1300000	4800000
Kirkens Bymisjon Kristiansand - diverse tiltak, Prosjekt Enter, Rusmestringsenhet	450000	672000	1100000	1200000	1200000	1300000	5922000
Kirkens Bymisjon Oslo - Bl.a. Møtestedet, Lønn som fortjent, Nadheim kvinnesenter, Nattergalen, Boligskolen	1000000	1562000	3350000	4500000	4000000	9000000	23412000
Kirkens bymisjon Oslo - natthjemmet	1450000	1450000	1492000	1600000	1600000	1600000	9192000
Medieaktøren Metafor 2005	150000	200000					350000
Stiftelsen - Hiimsmoenkollektiv - drift og videreutv. av ettervernstilbud	300000	427500	500000	700000	700000	750000	3377500
Stiftelsen Alternativ til Vold - Tyrillistiftelsen - Sammenh. tjenester rus/aggresjon	1500000			750000	1500000	1500000	5250000
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon - Drift	950000	1833500	2100000	2600000	2600000	3000000	13083500
Stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste - Div. tiltak og prosjekter i flere kommuner	1500000	2139000	5600000	8300000	8300000	9800000	35639000
Stiftelsen KRAFT - Maritastiftelsen - Hovedsøknad	750000	800000	1600000		1700000	1500000	6350000
Stiftelsen KRAFT - Stiftelsen Shalam	450000	672000	750000	800000	1800000	1800000	6272000
Stiftelsen KRAFT	6000000	6150000	7100000	7500000	800000	800000	28350000
Stiftelsen Lift (Tidl.Natthjem)	400000	400000	600000		200000		1600000
Stiftelsen Rus-Nett - Drift og videreutvikling av Rus-Nett	1500000	1811000	2400000	1600000			7311000
Stiftelsen Skien Diakonale Senter - drift	475000	672000	770000	900000	900000	1300000	5017000
Støttegruppa mot Rus, Steinkjer, Inkl. Ettervernkontoret Inherrad	200000	244000	250000	250000	250000	250000	1444000
Ungdom mot vold (Prosjekt Fokus mot rud innvandrerungdom)	50000						50000
Way Back - Livet etter soning evaluering	200000	506600	200000	600000			1506600
Frelsesarmeen booppfølgingsprosj. Flere byer		1000000					1000000

Organisasjon	Vedtak 2004	Vedtak 2005	Vedtak 2006	Vedtak 2007	Vedtak 2008	Tildelt 2009	Sum
IOGT i Norge - Region Vest, senter TETRE (underprosjekt Rus-psykiatri - Høgesundsprosj)		122000	250000	300000			672000
Kirkens Bymisjon Drammen- Nyby'n og Prosjekt Fri, Vaktmestertjeneste, Egenutviklingsskolen		244000	900000	1200000	1200000	1600000	5144000
KROM Norsk forening for kriminalreform		50000					50000
LAR-NETT Norge		505500	1600000	1900000	1600000	1700000	7305500
Røde Kors Aust Agder - Røde Kors nettverk		100000	300000	200000			600000
Bergen og Hordaland Røde kors		100000	100000	200000			400000
Oslo Røde Kors		200000		200000			400000
P22 Akuttmottaket - Drift		6500000	8000000	7800000	8500000	7500000	38300000
PION - Utgivelse tidsskriftet "Albertine"		43500		134000	134000	141000	452500
Telemark Røde Kors		200000	250000	300000			750000
REHAB-piloten - Veien videre 2008 og ER-bedrift		340000			450000	500000	1290000
Trappen Motiveringssenter - Ettervernstilltak for LAR-klinter		183000	250000	350000	350000		1133000
Veiledningssenteret for pårørende- Drift		366500	300000	800000	800000	700000	2966500
Askeladden Aktivitetssenter (Pinsekirken Bærum, Bærum kommune) - drift			700000	800000	800000	200000	2500000
Blå Kors - Stjernegruppen Ringerike - Drift			200000	400000	400000	600000	1600000
Blå Kors Stavanger			1100000	1100000	519317		2719317
Ettervernsenteret F16 - Drift			400000	400000	400000	400000	1600000
Familieklubbene i Norge - drift og prosjekter			825000	1025000	1025000	1025000	3900000
Fransiskushjelpen - "Sykepleie på hjul" - drift			750000	750000	800000	900000	3200000
Frelsesarmeens rusomsorg reg. øst, Booppfølgingsprosjektet BoSatt i Oslo			1555000	1600000	500000	100000	3755000
Kirkens Bymisjon Rogaland - Albertine			100000	113000		167360	380360
Kirkens bymisjon rogaland Hedda bie			20000				20000
Kirkens Bymisjon Vestfold, Mobilt Rusteam, Andebu og Re			232000	900000	800000	1100000	3032000
Kirkens Bymisjon Vestfold, Møtstedet kafe, Booppfølgende team, Arbeidstrening i Tomsbakken			700000	600000	800000		2100000
Marborg Nord - Drift og prosjekter			349000	510000	490000	760000	2109000
Musikkens Studieforbund - "Musikk i fengsel og frihet"			400000	550000	500000	800000	2250000
Buskerud Røde kors			148000	300000	150000		598000
Vestfold Røde Kors			200000	200000			400000
Pinsemenigheten Flladelfia Odda - Odda kommune* - Oppflg. rusmidsbrukere			310000	400000	500000	200000	1410000
RIO Nord - Kafe X			530000	400000	400000	400000	1730000
Samarbeidsorganisasjonen Nytt Liv			500000	550000	500000	200000	1750000
Maritastiftelsen - Marita Bo og Utvidet oppfølging av mennesker i arbeidstrening			1630000	550000			2180000
Stiftelsen Retretten - Drift			383106	700000	650000	840000	2573106
Stiftelsen Sandviken Slipp, Bergen kommune			600000	650000	650000	650000	2550000
Way Back - Fadderarbeid			650000	300000	800000	800000	2550000
A-larm (Forum for åpenhet om rus og behandling) Drift/videreutvikling				250000	250000	1500000	2000000
Barmhjertighetsbussen - Drift av Fyrlykto				300000			300000
Borgestadklinikken - Bragernes behandlingssenter				30000			30000

Organisasjon	Vedtak 2004	Vedtak 2005	Vedtak 2006	Vedtak 2007	Vedtak 2008	Tildelt 2009	Sum
De Norske Lenker - Kunnskapsutvikling/informasjonsarbeid				121000	125000	140000	386000
Filadelfiamenigheten - Guts Drammen - Frivillig arb. for personer med rusmiddelproblemer				600000	600000	600000	1800000
Frelsesarmeens fengselsarbeid				500000	500000	700000	1700000
Kirkens Bymisjon Fredrikstad - Pedalen, Lønn som fortjent				600000	600000	1000000	2200000
LMS - Samarbeid på tvers, søskensamling				700000	650000	995000	2345000
LARve teateret - Tiltak overfor LAR-klienter				180000	180000	190000	550000
Maias systue -Oppstart og drift				50000			50000
Motorsporttiltaket Team Senior				900000			900000
Myrland Aktivitetssenter - oppfølging av ungdom i praksisplasser				300000	300000		600000
Østfold Røde Kors				150000			150000
Røde Kors Trondheim og Trondhiem kommune				400000			400000
Oslo kommune, Rusmiddeletaten, Kompetansesenteret				500000			500000
Oslo Vineyards kristne fellesskap - Etterverns-/nettverksarbeid				79500			79500
proLAR				1900000	700000	800000	3400000
RIO Nord - Cannabisprosjektet				650000	650000	200000	1500000
Selvhjelpstiftelsen				800000	1200000	150000	2150000
Stiftelsen Bergen diakonissehjem - Senter for livsmestring i Jølster				2500000	2500000	2500000	7500000
Stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste - Prosjekt Svanviken				2500000	2500000	2500000	7500000
Stiftelsen Kontakten Vennesla - Kontakten Bo- og aktivitetssenter				500000	500000	500000	1500000
UT Ungdomstiltak v/dagl.leder Sigunrd Hungnes - drift				1400000	1400000	200000	3000000
Velferdsalliansen - Prosjekt Brukernes Dagsorden				21000		50000	71000
Veslelien - ADHD/rusavhengighet hos opiatsubstituerte				450000	450000		900000
VIRKELIG Tromsø - Tidsskrift				350000	400000	400000	1150000
Way Back egenutviklingskurs for tidligere straffedømte rusmisbrukere				200000			200000
Frelsesarmeen - Gatehospitalet				12400000	17050000	20885507	50335507
ALF (Senter for arbeidslivsforberedelse) Asv/Megafon					400000	600000	1000000
Finnmarkskollektivet - drift av ettervernprosjekter					300000	300000	600000
Frelsesarmeens rusomsorg reg. vest behandlingssenter/booppfølgingsprosjekt					330000		330000
Frelsesarmeens rusomsorg Trondheim					100000	300000	400000
Human-Etisk Forbund Hordaland fylkeslag -					100000		100000
Kirkens Bymisjon Trondheim - Vår frue kirke - alltid åpen og Ung Pro					200000	500000	700000
Modum Bad - Tiltak for personer med rusmiddelproblemer etc.					300000	400000	700000
Narkoman.net					150000		150000
Norges Røde Kors (sentralt)					3125000	3765000	6890000
Drammen Røde Kors, småhusprosjekt, utenom fellessøknad					100000	300000	400000
Sorgenfri					400000	400000	800000
Stiftelsen Karmsund ABR-senter - NB! KFr. KRAFT					1200000	1000000	2200000

Organisasjon	Vedtak 2004	Vedtak 2005	Vedtak 2006	Vedtak 2007	Vedtak 2008	Tildelt 2009	Sum
Stiftelsen Klar - Gatemagasinet Klar Kristiansand og Klar for fotball					100000	100000	200000
Stiftelsen KRAFT - Bergen Kontakt Senter					500000	700000	1200000
Stiftelsen KRAFT - Lundevann Krise og omsorgssenter					650000	650000	1300000
Stiftelsen KRAFT - Sørums Gård					1300000	1300000	2600000
Urædd FK					100000		100000
Bergen Røde Kors (samarb. Bergen kommune, Utekontakten) - tilbud til utenlandske kvinner i prostitusjon						350000	350000
Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund						400000	400000
Foreningen for human narkotikapolitikk						300000	300000
Frelsesarmeen i Mandal						800000	800000
Granerudsenteret						250000	250000
Kimerud Stiftelse						1000000	1000000
Kirkens Bymisjon Bergen						1050000	1050000
Krysserne c/o Servicetorget						52000	52000
Norske Kvinners Sanitetsforening						800000	800000
Porsgrunn Diakonale Stiftelse						350000	350000
Prosjekt verste. Varmestua Sarpsborg						800000	800000
Veiledningssenteret for pårørende Sandnes						500000	500000
A-larm -avd. Agder, Arbeidstreningstiltak						450000	450000
Frelsesarmeens rusomsorg - fotballprosjekt						300000	300000
Maritastiftelsen - karriereoppfølging for utenlandske prostituerte						300000	300000
SUM disponert	46170000	65329600	85168106	121268500	117283317	132710867	567930390

Beløp	Vedtak 2004	Vedtak 2005	Vedtak 2006	Vedtak 2007	Vedtak 2008	Bev. 2009
Med 2004	46170000	55375100	60936000	65755000	53655000	60100000
Med 2005		9954500	11950000	13384000	13034000	12141000
Med 2006			12282106	12798000	10684317	9142360
Med 2007				29331500	30555000	33310507
Med 2008					9355000	10315000
Med 2009						7702000
	46170000	65329600	85168106	121268500	117283317	132710867
Antall	Vedtak 2004	Vedtak 2005	Vedtak 2006	Vedtak 2007	Vedtak 2008	Bev. 2009
Med 2004	30	27	25	23	22	20
Med 2005		14	9	10	6	6
Med 2006			23	21	18	15
Med 2007				30	19	14
Med 2008					18	13
Med 2009						13
	30	41	57	84	83	81
Gj.snitt beløp	Vedtak 2004	Vedtak 2005	Vedtak 2006	Vedtak 2007	Vedtak 2008	Bev. 2009
Med 2004	1539000	2050930	2437440	2858913	2438864	3005000
Med 2005		711036	1327778	1338400	2172333	2023500
Med 2006			12282106	12798000	10684317	9142360
Med 2007				977717	1608158	2379322
Med 2008					519722	793462
	1539000	1593405	1494177	1443673	1413052	1638406