



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Meld. St. 30

(2011–2012)

Melding til Stortinget

---

Se meg!

En helhetlig rusmiddelpolitikk

alkohol – narkotika – doping





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Meld. St. 30

(2011–2012)

Melding til Stortinget

---

Se meg!

En helhetlig rusmiddelpolitikk

alkohol – narkotika – doping

# Innhold

<b>1</b>	<b>Regjeringens mål</b> .....	7	5.4	Rusmiddelfrie soner og arenaer for særskilt aktsomhet .....	63
1.1	Hovedtemaer og sammendrag .....	8		Fritid og idrett .....	63
1.1.1	Sammendrag .....	8	5.4.1	Trafikk .....	63
			5.4.2	Utdanning og arbeidsliv .....	65
<b>2</b>	<b>Utviklingstrekk og status</b> .....	13	5.4.3	Familie – hjem .....	66
2.1	Definisjoner og omfang .....	14	5.4.4	Barnehage .....	67
2.1.1	Skader av rusmiddelbruk .....	14	5.4.5	Skole .....	67
2.1.2	Diagnostisering .....	15	5.4.6	Internett som påvirkningsarena ....	69
2.1.3	Omfang og utbredelse .....	16	5.4.7	Annet informasjons- og holdningsarbeid .....	69
2.1.4	Det samiske samfunn .....	19	5.4.8		
2.2	Milepæler i rusmiddelpolitikken ..	20			
2.3	Utfordringer .....	22			
<b>3</b>	<b>Forebygging</b> .....	25	<b>6</b>	<b>Tilgjengelige og helhetlige tjenester</b> .....	73
3.1	Jo før, jo bedre .....	25	6.1	Status .....	73
3.2	Utfordringsbildet .....	26	6.2	Utfordringer .....	74
3.3	Kunnskapsbasert tilnærming .....	28	6.3	Styrket samhandling – lokalbaserte tjenester .....	75
3.3.1	Kunnskapsbasert forebygging .....	28		Tilgjengelige og helhetlige lokale tjenester .....	78
3.3.2	Rusmiddelpolitiske handlingsplaner .....	29	6.4	Kommunal helse- og omsorgstjeneste .....	78
			6.4.1	Gode boliger og tjenester som styrker evnen til å mestre hverdagen og boforholdet .....	81
<b>4</b>	<b>Redusere tilgjengeligheten til rusmidler</b> .....	31	6.4.2	Arbeid som mål .....	82
4.1	Alkohol .....	31	6.4.3	Ruskonsulenter .....	83
4.1.1	Produkter, drikkemønstre og skadepotensial .....	31	6.4.4	Personlig økonomi .....	84
4.1.2	Bevillingssystemet .....	32	6.4.5	Meningsfull fritid, sosialt nettverk .....	84
4.1.3	Vinmonopolordningen .....	37	6.4.6	Barnevernet .....	84
4.1.4	Prisvirkemidler .....	38		God tannhelse .....	86
4.1.5	Aldersgrenser .....	40	6.5	Spesialisthelsetjenesten .....	86
4.1.6	Merking av alkoholholdig drikk ..	40	6.6	Rus og psykisk helsevern .....	87
4.1.7	Forbudet mot alkoholreklame .....	41	6.7	Nye samhandlingsarenaer .....	89
4.1.8	Uregistrert alkoholkonsum .....	42	6.7.1	Stoltenbergutvalgets forslag om mottaks- og oppfølgingssentre .....	89
4.1.9	Norges internasjonale engasjement – alkohol .....	43	6.8	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) .....	90
4.2	Narkotika .....	45	6.8.1	Koordinerte tjenester .....	92
4.2.1	Forbud mot narkotika .....	45	6.8.2	Akutfunksjon – øyeblikkelig hjelp .....	94
4.2.2	Håndheving – politi .....	47	6.8.3	Private og ideelle samarbeidspartnere .....	94
4.2.3	Grensekontroll .....	48	6.8.4	Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen .....	95
4.2.4	Nye stoffer .....	49			
4.2.5	Internett som omsetningskanal ....	50	6.9		
4.2.6	Norges internasjonale engasjement – narkotika .....	50	6.10		
4.3	Vanedannende legemidler .....	53			
4.4	Dopingmidler .....	55			
<b>5</b>	<b>Redusere etterspørselen etter rusmidler</b> .....	59	<b>7</b>	<b>Solidaritet med særlig utsatte mennesker</b> .....	99
5.1	Helse i alt vi gjør .....	59	7.1	Gode liv for barn og unge .....	99
5.2	Risikofaktorer .....	60	7.1.1	Ventetidsgaranti .....	99
5.3	Kriminalitetsforebygging .....	62			

7.1.2	Barn som pårørende til rusavhengige foreldre .....	100	8.1.3	Videre- og etterutdanning .....	125
7.1.3	Modellforsøk og forsøk med lavterskeltiltak .....	101	8.1.4	Etablere legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin .....	125
7.1.4	Særlig sårbare barn .....	102	8.2	Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling .....	125
7.1.5	Gravide rusavhengige .....	103	8.2.1	Fremskaffe data på rusmiddelområdet til folkehelsearbeid .....	125
7.1.6	Videre innsats .....	104	8.2.2	Lokale og nasjonale styringsdata og kvalitetsarbeid .....	126
7.2	Pårørendes rolle .....	105	8.3	Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte .....	128
7.2.1	Nærmere om pårørende .....	105	8.3.1	Videreføre og styrke forskning og utvikling innenfor rusfeltet .....	128
7.2.2	Videre innsats .....	106	8.3.2	Bidra til implementering av ny kunnskap i tjenestene gjennom utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere .....	130
7.3	Rusavhengige med omfattende hjelpebehov .....	108	8.3.3	Videreføre og utvikle kunnskapsstøtte .....	130
7.3.1	Åpne bruker- og omsetningssteder .....	108	<b>9</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser</b> .....	133
7.3.2	Innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning .....	109	9.1	Finansielle virkemidler .....	133
7.3.3	Alternative reaksjoner ved bruk, besittelse, kjøp og salg av narkotika .....	110	9.1.1	Tilskudd til kommunalt rusarbeid .....	133
7.3.4	Færre overdosedødsfall .....	111	9.1.2	Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen .....	135
7.3.5	Skadereduksjon .....	113	9.2	Oppfølging av stortingsmeldingen .....	135
7.3.6	Sprøyterom .....	115	<b>Vedlegg</b>		
7.3.7	Heroin i behandling .....	117	1	Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika – oppsummering av høringsuttalelser .....	137
7.4	Om tilbakehold og tvang .....	118	2	Opptrappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler .....	161
7.4.1	Evalueringsreglene om tvang overfor rusavhengige .....	119			
7.4.2	Riktigere og mer ensartet bruk av tilbakehold og tvang .....	121			
<b>8</b>	<b>Kvalitetsløft rus og psykisk helse – økt kompetanse og bedre kvalitet</b> .....	123			
8.1	Kompetanseplan rus og psykisk helse .....	123			
8.1.1	Rekruttering og kvalifisering av personell .....	123			
8.1.2	Ledelse .....	124			



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Meld. St. 30

(2011–2012)

Melding til Stortinget

---

## Se meg!

En helhetlig rusmiddelpolitikk

alkohol – narkotika – doping

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. juni 2012,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Stoltenberg II)*

**Kapittel**



Figur 1.1

## 1 Regjeringens mål

I denne stortingsmeldingen legger regjeringen fram sine mål og tiltak for en helhetlig rusmiddelpolitikk. Fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til de som har omfattende rusproblemer, til en politikk som også ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Vi må være særlig oppmerksomme på barn, unge, pårørende og mennesker med særlig omfattende hjelpebehov. Regjeringen vil styrke tilbudet til de tyngst rammede. Målet er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet og bidra til flere friske leveår for befolkningen. Den forebyggende solidariske rusmiddelpolitikken har virket, og den skal det bygges videre på.

En liten del av befolkningen har et høyt forbruk av rusmidler, særlig alkohol. Det største omfanget av sykdom, skade, vold og konsekvenser for tredjepart finner vi likevel hos den store delen av befolkningen som har et moderat rusmiddelbruk. Skader og problemer for andre enn den som drikker, såkalt passiv drikking, er omfattende og får for lite oppmerksomhet. Økt kunnskap om og fokus på skadevirkninger er nødvendig, og må være en viktig del av det forebyggende arbeidet. Meldingen vil ta opp og beskrive skadeutfordringer. Regulatoriske tiltak som avgifter og begrenset tilgjengelighet er virksomme for fortsatt å sikre lav rusmiddelbruk. Regjeringen vil fortsatt føre en restriktiv narkotika- og alkoholpolitikk. Internasjonalt samarbeid er nødvendig.

Doping kan føre til fysiske, psykiske og sosiale problemer. Regjeringen vil derfor ha en mobilisering mot doping, både når det gjelder forebygging, behandling og kriminalitetsbekjempelse, og foreslår kriminalisering av besittelse og bruk av dopingmidler.

Gjennom *Opptrappingsplan for rusfeltet for 2007–2012* er rusfeltet styrket. Likevel gjenstår det mye. Veiene ut av rusproblemer krever innsats på flere områder. Tjenestene må komme tidligere inn, henge bedre sammen og bygges tettere opp rundt den som trenger hjelp. Gjennom bedre samhandling kan en legge til rette for færre brudd i behandlingsforløpet. Regjeringen foreslår derfor i meldingen tiltak for å sikre økt og bedre sam-

handling for å gi den enkelte best mulig hjelp. I meldingen varsles også en gradvis innføring av de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen for rusbehandling og psykisk helsevern. Med en egen strategi for økt kompetanse og bedre kvalitet, vil vi styrke kunnskap om rusproblematikk i hjelpeapparatet, men også til pårørende og samfunnet som helhet. En egen strategi mot overdoser skal bidra til å redusere overdosedødsfall. Regjeringen vil ikke legge opp til ordninger som medfører legalisering av narkotika. Vi må likevel sikre mennesker som sliter med rusproblemer tilpasset hjelp og rehabilitering fremfor straff, og vil vurdere alternative straffereaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd. Mennesker med rusproblemer skal møtes med likeverd og respekt. Hjelp skal tilbys uten at det stilles krav om rusfrihet, samtidig som rusfrihet må være et mål for de fleste. Hjelpen skal tilpasses den enkeltes behov, og den enkelte skal medvirke i utforming av tjenestene og beslutninger som angår dem.

De som har behov for mye hjelp, vil ofte ha behov for hjelp fra et bredt spekter av tjenester, også for somatisk og psykisk sykdom. Regjeringen mener derfor at tilbudet til de som sliter med rusproblemer, best gis innenfor det ordinære hjelpeapparatet. Derfor vil vi også satse på kompetanseoppbygging i tjenestene.

Årsakene til at noen havner i rusavhengighet er sammensatte. De er ofte sammenfallende med det som kan bidra til en vei ut av avhengighet og rusproblemer. Trygge oppvekstvilkår, barnehage og skole, bolig og arbeid er viktig for helse. Arbeid med å forebygge og bekjempe bostedsløshet har høy prioritet. Å ha et arbeid å gå til gir mestring, muligheter og følelse av å være en del av et fellesskap. Arbeid til alle er et overordnet mål og en hovedstrategi i arbeidet mot fattigdom. Dette krever også et solidarisk arbeidsliv som tilrettelegger og hvor det er mulig å delta på tross av sykdom eller funksjonstap. Innsatsen mot rusproblemer handler i stor grad om dette og om et inkluderende samfunn. Trygge og sterke fellesskap kan bidra til at færre faller utenfor, men kan også virke ekskluderende for de som har falt uten-

**Boks 1.1 Regjeringen vil innenfor en helhetlig rusmiddelpolitikk legge særlig vekt på fem områder:**

- Forebygging og tidlig innsats
- Samhandling – tjenester som jobber sammen
- Økt kompetanse og bedre kvalitet
- Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall
- Innsats for pårørende og mot passiv drikking.

for. Holdningene til rusavhengige, og forståelsen av rusavhengighet som en sykdom og et sammensatt problem har endret seg med årene. Vi må arbeide for at rusavhengige, på tross av sykdom og avhengighetsproblematikk, opplever seg som en del av samfunnet.

## 1.1 Hovedtemaer og sammendrag

Regjeringen legger med dette fram den første stortingsmeldingen om en helhetlig rusmiddelpolitikk. De siste 15 årene er det gjennomført viktige reformer og tiltak med betydning for rusmiddelpolitikken. Utviklingen av alkoholloven, opptrapingsplanen for psykisk helse, rusreformen, Handlingsplan mot fattigdom, NAV-reformen og samhandlingsreformen er noen eksempler. For å lykkes med å redusere rusproblemene i samfunnet, må flere sektorer bidra. Regjeringen vil tydeliggjøre vårt felles ansvar for en helhetlig og balansert rusmiddelpolitikk.

Stortingsmeldingen omhandler alkohol, narkotika, vanedannende legemidler og doping som samfunnsproblem. Den beskriver status og utfordringer i rusmiddelpolitikken, samhandlingsreformens betydning, NAV-kontorets rolle, mer effektiv forebygging og tidlig innsats og tiltak for å redusere tilgjengelighet til rusmidler. Hvordan vi skal oppnå et mer tilgjengelig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til mennesker med rusproblemer, er et annet sentralt tema. Spørsmål om bruk av strafferettslige reaksjonsformer ved narkotikabruk, skadereuserende tiltak, tilbakehold og tvang samt bruk av heroin i behandling er både etisk og faglig utfordrende. Det er likevel grunn til å vurdere om og på hvilken måte disse virkemidlene skal inngå i en helhetlig rusmiddel-

politikk. Særlig utsatte grupper som barn og unge, pårørende, herunder barn av rusavhengige foreldre og personer med omfattende hjelpebehov omtales. Meldingen presenterer også virkemidler for å øke kvalitet og kompetanse.

Stoltenbergutvalgets *Rapport om narkotika* fra 2010 følges opp.

Flere temaer grenser mot rusmiddelpolitikk, men blir ikke nærmere omtalt i denne stortingsmeldingen. Tobakk omtales i en ny nasjonal strategi mot tobakksskader. Problemer knyttet til bruk av spill, herunder avhengighet, omfattes av Regjeringens handlingsplan mot spillproblemer. Internasjonale aspekter ved kriminalitet er omtalt i Meld. St. 7 (2010–2011) *Kampen mot organisert kriminalitet – en felles innsats*. En stortingsmelding om vold i nære relasjoner legges fram i 2012 og vil omtale utfordringer og tiltak på dette området.

### 1.1.1 Sammendrag

#### Kapittel 1 Regjeringens mål

Kapittel 1 presenterer regjeringens mål. Regjeringen vektlegger en helhetlig rusmiddelpolitikk. Fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til de som har omfattende rusproblemer, til en politikk som også ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Gjennom en egen strategi for økt kompetanse og bedre kvalitet, vil regjeringen styrke kunnskap om rusproblematikk. Barn, unge, pårørende og mennesker med særlig omfattende hjelpebehov må vies oppmerksomhet. Tilbudet til de tyngst rammede skal også styrkes. En egen strategi mot overdoser skal bidra til å redusere overdosedødsfall.

Skader og problemer påført andre enn den som drikker, såkalt passiv drikking, er omfattende og får for lite oppmerksomhet. Økt kunnskap om og fokus på skadevirkninger må være en viktig del av det forebyggende arbeidet. Regjeringen vil fortsatt føre en restriktiv alkohol- og narkotikapolitikk og foreslår kriminalisering av besittelse og bruk av dopingmidler.

Regjeringen vil innenfor en helhetlig rusmiddelpolitikk legge særlig vekt på fem områder:

- Forebygging og tidlig innsats
- Samhandling – tjenester som jobber sammen
- Økt kompetanse og bedre kvalitet
- Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall
- Innsats for pårørende og mot passiv drikking.



### *Kapittel 2 Utviklingstrekk og status*

I dette kapitlet beskrives utviklingstrekk i alkohol- og narkotikapolitikken, planer på rusfeltet, skader av rusmiddelbruk, omfang og utbredelse av rusproblemer, herunder rusmiddelbruk og rusproblemer i det samiske samfunnet. Det er et mål å bidra til et mer likeverdig tjenestetilbud til den samiske befolkningen gjennom økt kunnskap og kompetanse i samisk språk og kultur.

Kapittel 2 gir dessuten oversikt over de viktigste milepæler i rusmiddelpolitikken og gir korte omtaler av de mest sentrale dokumentene. Samhandlingsreformen er retningsgivende for innsatsen mot rusproblemer, og det gis omtale av prinsippene i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), folkehelseloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. De fremtidige utfordringer når det gjelder å forebygge og redusere rusproblemer i samfunnet beskrives.

### *Kapittel 3 Forebygging*

Å begrense tilgjengeligheten til rusmidler er det mest effektive forebyggende virkemidlet. Dette handler om en restriktiv alkoholpolitikk, å bekjempe narkotika gjennom forbud, innsats mot narkotikahandel og organisert kriminalitet samt gjennom internasjonalt samarbeid. Etterspørselsreduserende tiltak handler om forebygging, behandling, rehabilitering og skadereduksjon. I kapittel 3 gis et overblikk over tiltak og virkemidler som skal forebygge at rusproblemer oppstår og utvikler seg. Det er et mål å prioritere tverrsektoriell og systematisk forebygging, tidlig intervensjon, arbeidsinkludering og regulatoriske og befolkningsrettede virkemidler for å ta ut mer av forebyggingspotensialet og bidra til færre rusrelaterte problemer.

### *Kapittel 4 Redusere tilgjengeligheten til rusmidler*

Omfanget av problemer og skader øker med det totale forbruket. Å begrense tilgjengeligheten til rusmidler har positiv effekt både på totalforbruk og på skadeomfang. Strategier for å regulere tilgjengeligheten til rusmidler omtales i dette kapitlet. Strategiene omfatter reguleringer og restriksjoner på salg og skjenking av alkohol, alkoholavgifter, vinmonopolordningen, aldersgrenser, reseptordningen for legemidler, forbud mot narkotika og kontrolltiltak mot ulovlig omsetning av rusmidler. De fleste regulatoriske tiltak har som mål å redusere tilgjengeligheten, og dermed påvirke holdninger og etterspørsel.

Blant regulatoriske tiltak som opprettholdes, er et differensiert system hvor alkoholsterke drikker og andre drikker med særlig skadepotensial, reguleres strengere enn andre produkter. Videre understrekes betydningen av å opprettholde bevilningssystemet, vinmonopolordningen, alkoholavgiftene og aldersgrensene. Ansvar for bevillingspolitikken skal fortsatt være delt mellom stat og kommune, ved at staten trekker opp rammene og kommunene har ansvaret for å føre en lokalt tilpasset ansvarlig politikk. Regjeringen vil opprettholde dagens statlige normal- og maksimaltider for salgs- og skjenkebevillinger. For å bidra til oppnåelse av alkohollovens formål, vil det utarbeides veileder i kontroll og forskrift om sanksjoner. I tillegg vil regjeringen innføre strengere krav til kontrollen av salgs- og skjenkebevillinger. Blant de pedagogiske virkemidlene framheves betydningen av informasjon om alkoholens skadevirkninger, herunder et arbeid for at alkoholholdig drikk merkes med ingrediens- og energiinnhold, samt opprettholdelse av et strengt og medienøytralt reklameforbud. Det er også av betydning å følge med på omfanget av den uregistrerte omsetningen. Arbeidet for å sette alkohol som folkehelseutfordring høyere på den internasjonale dagsorden vil bli videreført.

Forbudet mot narkotika opprettholdes. Innsatsen for å begrense organisert narkotikakriminalitet, øke mengden beslaglagt stoff og tidlig oppdagelse, samt raskere regulering av nye stoffer, skal forsterkes. Det internasjonale narkotikasamarbeidet videreføres slik at Norge bidrar til redusert dyrking, tilvirkning, distribusjon og omsetning av narkotika, fremming av menneskerettighetene og økt bruk av norske bistandsmidler til alternativ utvikling.

Kapitlet omtaler også innsats for å oppnå riktig medisinsk forskrivning og bruk av vanedannende legemidler.

Det iverksettes en mobilisering mot doping som samfunnsproblem. Et forslag om å kriminalisere erverv, besittelse og bruk av doping vil bli sendt på høring, og forskning og kompetanse om doping vil bli prioritert.

### *Kapittel 5 Redusere etterspørselen etter rusmidler*

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å opprettholde, fremme og bedre befolkningens helse og fordelingen av helse i befolkningen. I dette kapitlet beskrives betydningen av innsats i mange ulike sektorer for å redusere rusrelatert skade. Bruk av rusmidler kan medføre en rekke

sosiale og helsemessige skader og problemer, og kan påvirke den generelle helsetilstanden i befolkningen. Prinsippet om «helse i alt vi gjør» legges til grunn i alle relevante sektorer for å forebygge rusmiddelrelaterede problemer.

Oppdatert kunnskap om risikofaktorer skal vektlegges, og den selektive forebyggingen må intensiveres for at alle som trenger det skal få god hjelp i en tidlig fase. For å lykkes må det tverrdepartementale og tverrretatlige samarbeidet om forebyggende innsatser videreutvikles og slik sikre sammenhengende hjelpetiltak. Betydningen av forebyggende innsats på blant annet følgende sentrale områder løftes fram: fritid, familie, barnehage og skole, arbeidsliv og i trafikken.

Kapitlet drøfter opplysnings- og holdningsskapende arbeid og betydningen av å ta i bruk interaktive tjenester. Det skal satses på målrettede og helhetlige informasjons- og holdningstiltak.

#### *Kapittel 6 Tilgjengelige og helhetlige tjenester*

Mennesker med rusproblemer er ulike som befolkningen ellers, og hjelpebehovene varierer mye. I kapittel 6 omtales status og utfordringer i det samlede tjenestetilbudet, og den omfattende innsatsen som har vært iverksatt på rusfeltet. Samtidig gjenstår utfordringer som er godt dokumenterte. I kapitlet drøftes tiltak for å sikre helhetlige og tilgjengelige tjenester. Disse skal bygge på et sterkt bruker- og mestringperspektiv. Det understrekes at samhandlingsreformens mål skal etterleves også på rusfeltet. Det skal legges til rette for å styrke kommunale tjenester, kombinert med en tilgjengelig, desentralisert og understøttende spesialisthelsetjeneste. Framtidens tjenestetilbud skal være tilgjengelig, kunnskapsbasert, individuelt tilpasset, samordnet og kontinuerlig.

Bidrag fra flere sektorer er helt nødvendig for at personer med rusproblemer skal få et helhetlig tilbud. Et egnet botilbud er viktig. Godt over halvparten av unge bostedsløse har rusproblemer, og innsatsen for å bekjempe bostedsløshet må også omfatte de unge med rusproblemer. Også deltakelse i arbeidslivet er viktig for personer med rusproblemer. Innsatsen for unge utenfor arbeidslivet må bli mer målrettet, og den arbeidsrettede innsatsen overfor personer med rusproblemer videreføres etter at Strategiplan *Arbeid og psykisk helse* avsluttes i 2012. Kapitlet omtaler også innsatsen for å bedre tannhelsetilbudet til personer med rusproblemer.

Kapittel 6 vektlegger at oppfølgingen av personer med rusproblemer i hovedsak skal skje gjennom de ordinære helse- og velferdstjenestene.

Målet er at tjenester for personer med rusproblemer skal gi mulighet for god helse, mestring og en verdig livssituasjon. Der lokale og regionale forhold tilsier det, vil distriktpspsykiatriske sentre kunne være en nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester. Mer fleksible behandlingstiltak og tilbud om brukerstyrte plasser, er aktuelle tiltak for å fange opp personer med samtidig rusproblemer og psykiske lidelser. Legemiddelassistert rehabilitering som et av flere mulige behandlingstilbud, må videreutvikles for å sikre likeverdig og rask tilgang til hjelp. De gode erfaringene fra forsøket med koordinerende tillitsperson skal spres. Private, ideelle organisasjoner er viktige bidragsyttere innen rusfeltet. I kapitlet beskrives betydningen av og retningen for samarbeidet med disse organisasjonene.

#### *Kapittel 7 Solidaritet med særlig utsatte mennesker*

I kapittel 7 drøftes tiltak for barn som pårørende til rusavhengige foreldre, tiltak for særlig sårbare barn, som barn født med alkoholskader, og barn født av kvinner som har brukt metadon eller subutex<sup>1</sup> under svangerskapet, samt tvang overfor gravide rusavhengige. Forebyggende tiltak som informasjonstiltak overfor gravide og tiltak for raskere å fange opp gravide med rusproblemer, omtales. For barn med rusavhengige foreldre, vil brukererfaringer og levekårsundersøkelse bli vektlagt når tiltakene skal videreutvikles. Kunnskap om forebygging av rusmiddelskader hos barn skal styrkes.

I kapitlet gis det en nærmere omtale av tiltak for pårørende. Pårørende har en viktig rolle. Helse- og omsorgstjenestene må være oppmerksomme på at pårørende kan ha egne behov som må ivaretas. En pårørendeguide om taushetsplikt og nasjonal plan for selvhjelp er noen av tiltakene som vil bli iverksatt.

Tiltak for voksne rusavhengige med omfattende hjelpebehov omtales. Tiltak på følgende områder drøftes: åpne russcener, profesjonelle selgere og gateomsetning, alternative reaksjoner ved bruk, besittelse, kjøp og salg av narkotika, overdosedødsfall, skadereduksjon, sprøyterom, heroin i behandling og bestemmelser om tilbakehold og tvang. Det er et mål å redusere problemene med åpne russcener. Personer med rusproblemer skal i større grad møtes med helsehjelp i

<sup>1</sup> Metadon og subutex/suboxone er legemidler som brukes i behandling av heroinavhengige innenfor behandlings- og rehabiliteringstilbudet LAR (legemiddelassistert rehabilitering)

stedet for tradisjonell straff. Antall overdosedødsfall i Norge må reduseres, og arbeidet forankres i en egen nasjonal femårig strategi. Det vil ikke bli innført en prøveordning med heroinassistert behandling i Norge.

I kapitlet drøftes også erfaringer med tvangsbestemmelsene og hvordan praktiseringen kan bli bedre. Behovet for mer forskning og dokumentasjon om bruk av tvang blir omtalt.

#### *Kapittel 8 Kvalitetsløft rus og psykisk helse – økt kompetanse og bedre kvalitet*

I dette kapitlet oppsummeres innsatsen for å øke kompetanse, forskning og utviklingsarbeid på rusfeltet. Regjeringen vil iverksette et *kvalitetsløft rus og psykisk helse* med følgende innsatsområder:

- Kompetanseplan rus og psykisk helse,
- Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling,
- Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte.

Målet er å øke kompetansen om rus, avhengighet og psykisk helse i alle sektorer. Rekruttering og kvalifisering av personell, ledelse, videre- og etterutdanning og etablering av en egen legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin, er blant innsatsområdene. Det er behov for mer og bedre data på rusmiddelområdet, og arbeidet for å framskaffe tilfredsstillende data videreføres. Det etableres et felles programstyre for rusmiddelforskningsprogrammet og programmet for psykisk helse i regi av Norges forskningsråd. Det tas sikte på å etablere et nytt forskningsprogram som skal bidra til mer praksisrettet forskning ved høyskoler og universitet med velferdsutdanninger. Ny kunnskap

må tas i bruk i tjenestene samtidig som kompetansestøtte på feltet videreføres.

#### *Kapittel 9 Økonomiske og administrative konsekvenser*

I dette kapitlet omtales hvordan de økonomiske virkemidlene skal understøtte målene om økt forebygging, gode pasientforløp, bedre arbeidsfordeling og løsninger på beste effektive omsorgsnivå. Forslagene i meldingen stadfester regjeringens mål om at kommunesektoren i all hovedsak skal være rammefinansiert.

Regjeringen foreslår å innlemme størstedelen av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene.

Fra 2012 ble kommunal medfinansiering og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare innført. De økonomiske virkemidlene omfatter i første omgang ikke pasienter med psykisk sykdom eller rusavhengighet. I kapitlet varsles det en gradvis innføring av de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen for rusbehandling og psykisk helsevern.

Opptappingsplanen for rusfeltet utløper i 2012. Den avløses av strategier på følgende innsatsområder: folkehelse, overdoser og kompetanse. I tillegg skal rusfeltet videreutvikles i tråd med samhandlingsreformen.

#### *Vedlegg*

I vedlegg 1 er en oppsummering av høringsuttalelser til Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika. I vedlegg 2 inngår rapport fra Helsedirektoratet med oppsummering av resultat og virkemidler i opptappingsplanen for rusfeltet.

# Kapittel



Figur 2.1

## 2 Utviklingstrekk og status

Alkohol er i omfang det rusmidlet som forårsaker mest skade. Selv om vi de senere årene har sett en økning i alkoholkonsumet, er det norske alkoholforbruket lavt i europeisk målestokk. En viktig forklaring på dette er langvarig vektlegging av de regulatoriske virkemidlene i alkoholpolitikken. Målet for norsk alkoholpolitikk er å redusere de samfunnsmessige og individuelle skadene som bruk av alkohol kan medføre. Både historisk og i dag legger regjeringen vekt på regulatoriske og pedagogiske virkemidler som avgifter, aldersgrenser, monopolordningen, salgs- og skjenkebestemmelser, reklameforbud, samt holdningsskapende tiltak og informasjon om følgene av alkoholbruk.

Denne strategien har vært grunnlaget for alkoholpolitikken i de nordiske landene og kalles derfor «den nordiske modellen». Modellen er unik i internasjonal sammenheng. Alkoholpolitikk, forstått som et system av tiltak rettet mot forholdet mellom alkohol, helse og velferd, har ikke vært høyt prioritert på den politiske agenda verken i EU-landene eller i andre deler av verden.<sup>1</sup> I de fleste land er alkohol blitt behandlet som en vanlig handelsvare. Siden midten av 1990-tallet har dette bildet endret seg. Norden og EU har nærmet seg hverandre. Politikken i Norden har blitt noe mer liberal, mens EU og en del av medlemslandene har satt alkoholpolitiske tiltak på dagsordenen.<sup>2</sup>

Regulatoriske virkemidler har også vært vektlagt for å redusere tilgjengelighet til narkotika. Sammenliknet med de fleste andre europeiske land, har Norge en lav andel som har brukt narkotiske stoffer. Myndighetenes innsats har vært kjennetegnet av en relativt streng regulering. All tilvirkning, besittelse, overdragelse og bruk av narkotika til ikke-medisinske formål, er forbudt. Norge har ingen egen narkotikalov. Illegal befatning med narkotika reguleres av straffeloven. Unntaket er bruk og besittelse av mindre kvanta til eget bruk som reguleres av legemiddeloven. Den øvre strafferammen for grove narkotikafor-

brytelser er fengsel i inntil ti år. Foreligger det «særdeles skjerpene omstendigheter» forhøyes den øvre strafferammen til fengsel i inntil 21 år. Dette er først og fremst ment å ramme store bakmenn i narkotikaomsetningen. Denne linjen ble bekreftet ved siste revisjon av straffeloven.

Forbudslinjen har vært viktig for å signalisere at bruk medfører betydelig skade, både for den enkelte, for pårørende og for samfunnet. Målet har vært å redusere narkotikabruk og kriminaliteten knyttet til bruk av narkotika. Samtidig har regjeringen i de senere årene satt i gang og gjennomført flere prosjekter for å utvikle bedre og mer individuelt tilpassede reaksjoner. Bakgrunnen er erkjennelsen av at tradisjonell straff sjelden er tilstrekkelig eller egnet til å redusere den enkeltes rusproblemer og hjelpe den enkelte ut av en kriminell løpebane. Ungdomskontrakt, samfunnsstraff og narkotikaprogram med domstolskontroll er eksempler på tiltak.

Forebygging og behandling av rusproblemer har vært tema i en rekke handlingsplaner de senere år, senest i *Opptrappingsplan for rusfeltet for 2007–2012*. Opptrappingsplanen har omhandlet alkohol, narkotika og vanedannende legemidler. Samlet er rusfeltet styrket med over 1 milliard kroner (faste priser) i perioden 2006 til 2012. Målet med planen er å redusere de negative konsekvensene ved rusmiddelbruk for enkeltpersoner og i samfunnet. Planen har fem hovedmål og 147 tiltak innen forebygging, rehabilitering og behandling. Planen tar utgangspunkt i hvor sammensatte og komplekse problemstillingene på rusfeltet er, og synliggjør at det er nødvendig med et bredt samarbeid mellom flere sektorer.

Tilnærmet alle tiltak i planen er satt i gang i perioden. Flere av tiltakene er langsiktige, og det betyr at det er for tidlig å vurdere alle resultatene. Det er iverksatt en rekke tiltak som samlet vurderes å bidra til at totalforbruket av alkohol ligger på et relativt lavt nivå. Helsedirektoratet fremhever regulatoriske virkemidler, informasjonsarbeid og innsats i arbeidslivet som særlig virkningsfulle.

Opptrappingsplanen har i særlig grad hatt til hensikt å styrke kvaliteten på tjenestene. Det er i planperioden iverksatt en rekke tiltak for å øke

<sup>1</sup> Babor m.fl. (2010): *Alcohol: No Ordinary Commodity, Research and public opinion, second edition*

<sup>2</sup> SIRUS-rapport 1/2011: *Alcohol on the European Union's Political Agenda: Getting Off the Policy Roller-Coaster?*

kompetanse og kvalitet. Eksempler på dette er rusmiddelforskningsprogrammet i Norges forskningsråd, og etablering av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), videre- og etterutdanningstilbud, rusrådgivere ved fylkesmannsembetene og utarbeidelse og implementering av faglige regningslinjer og veiledere. Det har vært en økning i kompetanse i kommuner som har mottatt tilskudd til kommunalt rusarbeid.<sup>3</sup> Gjennom ulike tilskuddsordninger er det gitt støtte til arbeidsrettede tiltak, tidlig intervensjonstiltak for unge i risiko, lavterskel helsetiltak, rusakutter og tiltak for domfelte og innsatte. Tiltakene har vært viktige for å utvikle helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen, og har bidratt til et bedre tilbud og økt oppfølging av mennesker med rusproblemer. Kapasiteten har økt både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Det er også satt i verk tiltak for å øke brukernes medvirkning og ivareta pårørende, spesielt barn som pårørende. De frivillige og ideelle organisasjonene har en sentral rolle på rusfeltet, og deres innsats er styrket i planperioden.

Samlet vurderes den brede innsatsen og tiltakene i opptrappingsplanen å ha bidratt til å begrense forbruket av rusmidler, øke oppmerksomheten om betydningen av tidlig innsats, og et kvalitativt bedre og mer tilgjengelig tjenestetilbud til mennesker med rusproblemer. Samtidig viser oppsummeringen av erfaringer med opptrappingsplanen at det gjenstår store utfordringer. Helsedirektoratets rapport *Opptrappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler* er gjengitt i vedlegg 2.

## 2.1 Definisjoner og omfang

Det har opp gjennom årene vært ulike oppfatninger om og forklaringer på årsakene til skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Avhengighet forklart som sykdom, har tidligere stått sterkt. Alkoholisme ble i siste halvdel av 1800-tallet sett på som et resultat av sykdom, samfunnsforhold og uheldige omstendigheter. AA-bevegelsen og de såkalte 12-trinnsprogrammene har fra 1930-tallet vært vektlagt innenfor ulike behandlingstiltak. Anonyme Alkoholikere (AA) er et fellesskap basert på selvhjelpsprinsipper og tilfriskning gjennom 12 trinn eller prinsipper, med vekt på eksistensielle spørsmål som grunnlag for å løse avhen-

ghetsproblemet. Fra 1970-tallet ble i økende grad sosiale og sosiologiske forklaringsmodeller vektlagt. Sosiale relasjoner, praktisk arbeid og økonomi var grunnleggende viktig for å avhjelpe rusproblemene. Bo- og arbeidskollektiver basert på denne typen teorier, var viktige.

På begynnelsen av 1990-tallet kom det flere rapporter om en generell forverring av helsetilstanden blant rusavhengige med omfattende hjelpebehov. Samtidig økte antall narkotikarelaterte dødsfall. Selv om behandlingstilbudet etter hvert var blitt betydelig utvidet, var det ikke tilstrekkelig til å redusere problemene. Spørsmålet om å ta i bruk behandling med metadon ble reist, først og fremst som et supplement til annen behandling. Det var i Norge i mange år stor skepsis mot å ta i bruk metadon i behandling. Etter anbefalinger fra en konsensuskonferanse, ble det i 1994 iverksatt et forsøksprosjekt med metadon i behandling, og i 1997 vedtok Stortinget at tilbudet skulle være landsdekkende. På 1990-tallet ble det også gitt tilskudd til tiltak for personer med omfattende hjelpebehov for å bidra til å redusere overdosedødsfall. Slike tiltak ble bygget videre ut til lavterskel helsetilbud i flere kommuner. Behandling for rusavhengighet ble innlemmet i spesialisthelsetjenesten i 2004, og pasientrettigheter ble innført samme år. Helsetjenesten fikk da et tydeligere ansvar for personer med rusproblemer. Samtidig har det vært bred tilslutning til synet på at rusproblemene best kan løses gjennom en tverrfaglig innsats. Selv om helsefaglige bidrag og tilnæringsmåter i økende grad har vunnet terreng, har fortsatt sosiale og sosiologiske forklaringsmodeller bred støtte. Enkelte land setter likhetstegn mellom rusproblemer, avhengighet og sykdom. Det er åpenbart at omfattende bruk av rusmidler kan medføre avhengighet og følgelidelser som skal behandles som sykdomstilstander. Samtidig blir et rent sykdomsperspektiv for snevert. Både helsefaglige, samfunnsfaglige og sosialfaglige bidrag og perspektiver er viktige og nødvendige for å forebygge, redusere skade og behandle rusproblemene.

### 2.1.1 Skader av rusmiddelbruk

Risikoen for sykdom, helseplager, skader og sosiale problemer, øker med økt bruk av rusmidler. Dette gjelder for den enkelte bruker, men også for andre enn brukeren selv. Eksempler kan være psykiske plager og omsorgssvikt som følge av foreldres rusmiddelbruk. Et høyt alkoholkonsum øker risikoen for avhengighet og sykdommer som for eksempel hjerte- og karsykdommer, flere

<sup>3</sup> Rambøll Management (2010): *Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid – sluttrapport*

krefttyper, skrumplever, føtalt alkoholsyndrom og psykiske lidelser. Hjerte- og karsykdommer og psykisk sykdom kan også oppstå som følge av bruk av narkotika. I tillegg kommer fare for lunge-sykdommer, overdoser og smittsomme sykdommer som hepatitt B og C, og hiv. Rusmiddelproblemer medfører også kostnader for arbeidslivet i form av sykefravær og tapte årsverk.

I tillegg kommer akutte skader som oppstår som følge av ulykker, vold og suicidal atferd. Det er dokumentert sammenheng mellom bruk av alkohol og ulykker som trafikkulykker, arbeidsulykker, drukning og brann. Alkohol er dessuten forbundet med vold og kriminalitet.

Stordrikkere har større risiko for helseskader knyttet til alkohol enn de som har et moderat forbruk. Likevel er det ikke slik at det er de med høyest konsum som står for det meste av sykdomsbyrden forårsaket av alkohol. En rekke undersøkelser viser at langt over halvparten av akutte skader rammer personer utenfor gruppen som drikker mest. Risikofylt rusmiddelbruk har dermed betydelige omkostninger også for samfunnet.

I 2009 ble det registrert 387 dødsfall som direkte følge av et langvarig og høyt alkoholinntak. Av alle dødsfall som helt eller delvis skyldes alkohol, utgjør disse en mindre del. Samme år var det 285 dødsfall som skyldtes bruk av narkotika.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet hvor mange dødsfall som kan tilskrives bruk av ulike substanser og hvor mange friske leveår som går tapt på grunn av slik bruk. I land med høy gjennomsnittsinntekt ble alkoholbruk rangert som den nest viktigste risikofaktor for tap av friske leveår og som nummer ni når det gjaldt dødsfall. Alkohol kan ha positiv effekt for enkelte sykdommer i visse aldersgrupper, ved moderat bruk. Disse effektene er medregnet når alkoholen samlete bidrag til den globale sykdomsbyrden beregnes. Narkotikabruk er forbundet med høy sykkelighet og dødelighet, men fordi narkotikabruk er så mye mindre utbredt i befolkningen, bidrar narkotikabruk i mindre grad enn alkohol til dødsfall og tap av friske leveår. I Norge viser undersøkelser at det er langt flere som skader seg og opplever problemer som følge av bruk av alkohol enn som følge av narkotika. Dette skyldes at langt flere bruker alkohol enn narkotika.

Det er påvist en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold både på individ- og på samfunnsnivå.<sup>4</sup> I en stor andel av voldstilfellene er enten utøver, offer eller begge parter alkoholpå-

<sup>4</sup> SIRUS-rapport 3/2010: *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*

### Boks 2.1 Alkoholbruk er ingen privatsak

Med passiv drikking menes de skader og problemer som den som drikker påfører andre enn seg selv:

– vold, trafikkulykker, fosterskader, pårørende, barn av rusavhengige foreldre, trusler og sjikane, ordensforstyrrelser, sosiale og samfunnsmessige omkostninger –

*Frihet er retten til å gjøre alt som ikke skader andre mennesker.*

*Menneskerettighetserklæringen, 1789, § 4*

virket. Verdens helseorganisasjon har også pekt på alkohol og rus som en betydningsfull risikofaktor for vold. Svært mange av drapene i Norge i perioden 2004–2009 var rusrelaterte, enten ved at gjerningspersonen var ruset på gjerningstidspunktet, eller at gjerningspersonen hadde en rusrelatert diagnose.<sup>5</sup> En undersøkelse av alle voldsskader som ble behandlet ved Oslo legevakt i løpet av ett år, viste at nesten to av tre (64 prosent) av de voldsskadede var alkoholpåvirket. Ved Bergen legevakt var andelen 70 prosent.

For alkohol vil vi bruke begrepet skader som følge av passiv drikking for å beskrive alkoholens skadevirkninger som rammer andre enn den som selv drikker. Med skader forårsaket av passiv drikking mener vi i denne stortingsmeldingen skader og problemer som følge av andres alkoholbruk, for eksempel voldsskader, trafikkskader, fosterskader og utrygghet for personer i omgivelsene rundt den som drikker.

#### 2.1.2 Diagnostisering

Bruk av ulike diagnostiske verktøy er i dag vanlig ved vurdering av om en person med rusproblemer vil ha rett til nødvendig helsehjelp og behandling i spesialisthelsetjenesten. En slik vurdering gjøres av spesialisthelsetjenesten på grunnlag av en henvisning fra lege, helse- og omsorgstjeneste i kommunen eller NAV-kontor. En diagnose kan settes når følgene av rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Det finnes to allment godtatte WHO-definisjoner i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV. I ICD-10 skilles det mellom skadelig

<sup>5</sup> NOU 2010: 3 *Drap i Norge i perioden 2004–2009*

bruk og avhengighet. Skadelig bruk er når bruken gir helseskade. Avhengighet oppstår og defineres diagnostisk når en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener utvikler seg etter gjentatt bruk av rusmidler. Vanligvis har vedkommende et sterkt ønske om å bruke rusmidler, vansker med å kontrollere bruken og fortsetter bruk til tross for skadelige konsekvenser. Bruk av rusmidler får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser og fører til økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. I IDSM-IV brukes begrepet misbruk, og det legges mer vekt på sosiale konsekvenser og kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk. Dermed vil forekomst av rusproblemer samlet sett bli større ved bruk av DSM-IV enn med ICD-10.

Avhengighet kan variere for ett og samme individ gjennom perioder av livet. Det er holdpunkter for at enkelte personer er mer genetisk disponert for å utvikle avhengighet enn andre. Mange vil likevel utvikle rusavhengighet ved gjentatt og omfattende bruk av rusmidler.<sup>6</sup>

Rusmiddelbruk kan føre til fysiske og psykiske helseplager, sosiale og økonomiske problemer, vold og kriminalitet. Det er stor grad av sammenheng mellom rus og psykiske lidelser. Jo mer alvorlige rusproblemer er, jo høyere er forekomsten av psykiske lidelser. Personer med narkotikadominert avhengighet har en høyere forekomst av psykiske lidelser enn personer med alkoholdominert avhengighet, henholdsvis 53 prosent og 37 prosent.<sup>7</sup>

Grad, varighet og bruksmåte har stor betydning for problemutvikling. Rusrelaterte problemer kan variere fra avgrensede skader etter enkeltepisoder, til mer sammensatte problemer som følge av skadelig bruk over en avgrenset tidsperiode, til komplisert problematikk knyttet til langvarig og omfattende bruk.

Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, KORFOR, bruker begrepet avhengighet om et fenomen med både nevrobiologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle sider.<sup>8</sup> Kjernen i rusavhengighet forstås som en atferd (bruken av rusmidler) som er mer eller mindre låst fast i et mønster, som følge av ulike grader av påvirkning

fra arvelige disposisjoner, hendelser og relasjoner i fosterlivet, tidlige barneår og senere i livet.

Hendelser, relasjoner og tilhørighet i sosiale og kulturelle fellesskap i alle faser av livet, spiller sammen med og endrer de arvelige disposisjonene og påvirker utviklingen av personlighetstrekk og lidelser. Det etableres atferds- og forståelsesformer som begrenser personens opplevde handlingsalternativ. KORFOR framhever at det kan være grunnlag for å innrette hjelpetilbudene og ivareta rusavhengige på samme måte som vi behandler mennesker med kroniske lidelser. Mange vil kanskje leve med sine rusproblemer og følgelidelser livet ut. Slik kan det være hensiktsmessig å se rusavhengighet som en kronisk sykdom på linje med andre kroniske lidelser.

Med rusreformen i 2004 ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusavhengige overført til staten ved de regionale helseforetakene. Ansvaret for tjenestene ble samtidig endret fra å være hjemlet etter sosialtjenesteloven, til å bli definert som spesialisthelsetjeneste i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestene fikk i loven betegnelsen «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk». Det betyr at tjenestene både har et sosialfaglig og helsefaglig innhold.

### 2.1.3 Omfang og utbredelse

Alkoholforbruket økte jevnt i årene etter krigen. På 1980-tallet falt forbruket og særlig brennevinforbruket. Fra og med 1993 ble det igjen registrert en økning som så flatet ut noe fra 2009. Nedgangen i brennevin flatet ut på 1990-tallet, samtidig som vinforbruket økte sterkt. Ølforbruket har holdt seg nokså stabilt i hele perioden. Det reigstrerte forbruket i 2010 var på 6,7 liter ren alkohol per innbygger over 15 år, mot 4,8 liter i 1995. Dette innebærer en økning på 40 prosent.

Det samlede alkoholforbruket, inkludert det uregistrerte, ble i 2010 anslått å være i overkant av 8 liter per innbygger over 15 år. Tilsvarende tall for 1995 var ca 5,4 liter. Til sammenligning er det gjennomsnittlige forbruket for hele Europa 12,5 liter ren alkohol.

Det finnes ikke statistikk som viser eksakt utbredelse av rusproblemer i Norge. Anslag over antall stordrikkere på landsbasis er usikre og varierer fra 66 500 til 377 000, avhengig av målemetode.<sup>9</sup>

Hvert år får rundt 800 000 nordmenn utlevert vanedannende legemidler. De fleste bruker disse i

<sup>6</sup> Den norske Legeforening (2006): *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*

<sup>7</sup> Helsedirektoratet (2012): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*

<sup>8</sup> KORFOR (2012): *Innspill til Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Forløp og kunnskapsoppsamlingen: Tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering.*

<sup>9</sup> SIRUS-rapport nr. 4/2010: *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*



kortere perioder og med god effekt på psykisk og fysisk sykdom. Men enkelte pasienter bruker slike midler i større mengder og/eller lenger enn anbefalt. Ved langtidsbruk av opioider og benzodiazepiner, kan man utvikle toleranse og avhengighet.

Mellom 78 000 og 120 000 menn i alderen 15–79 år og mellom 42 000 og 73 000 kvinner oppgir å ha brukt et narkotisk stoff i løpet av ett år. Mellom 10 000 og 18 000 har brukt heroin. Beregninger tyder på at rundt 8000 personer injiserer, hovedsaklig heroin. Data fra befolkningsundersøkelser viser at Norge ligger lavt i bruk av cannabis, kokain, heroin og ecstasy, sammenliknet med andre land. De senere årene har det vært en stor økning i tilgjengelighet og bruk av amfetamin og særlig metamfetamin i Norge. Det er en noe større andel som har erfaring med disse stoffene i Norge enn i en del andre land.

Både toll- og avgiftsetaten og Det europeiske overvåkingssenteret for narkotika (EMCDDA/EONN), ser med bekymring på omsetningen av nye rusmidler, blant annet såkalte «legal highs», som også øker i Norge. Mer enn 100 nye syntetiske stoffer er identifisert i Europa de siste tre år. Noen av stoffene er tatt inn på narkotikalistene i Norge. Dette er rusmidler som oftest omsettes via internett.

En undersøkelse om bruk av doping viser at 2,6 prosent av ungdom på sesjon svarte at de enten bruker eller har brukt dopingmidler.<sup>10</sup> Det er ifølge Kripos' narkotika- og dopingstatistikk beslaglagt betydelige mengder dopingmidler i form av renstoff de senere år. Beslag av renstoff og produksjonsutstyr indikerer at produksjon av dopingmidler foregår i Norge.

<sup>10</sup> Barland og Tangen (2009): *Kroppspresentasjon og andre prestasjoner – en omfangsundersøkelse om bruk av doping*

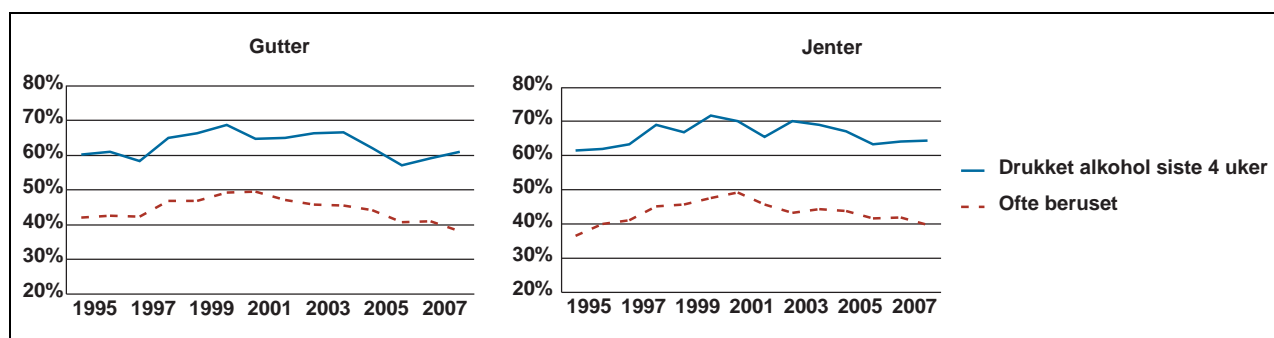
I følge de landsdekkende ungdomsundersøkelsene fra SIRUS har det store flertallet, omtrent 80 prosent, i aldersgruppen 15–20 år drukket alkohol siste år. Det har ikke vært store endringer i denne andelen i perioden 1995–2008. Hvert fjerde år foretas en omfattende europeisk skoleundersøkelse blant 15–16 åringer, ESPAD.<sup>11</sup> ESPAD-undersøkelsene viser at andelen som har drukket alkohol også er høy blant 15–16-åringene, 60 prosent, til tross for at det i Norge er 18-års aldersgrense for kjøp av alkohol. Dette betyr at det foregår betydelig langing. Undersøkelser blant norske tenåringer tyder på at alkoholbruken blant de yngste økte fram mot tusenårskiftet, for deretter å synke noe igjen. Drikkefrekvensen er imidlertid fortsatt betydelig i denne gruppen.

Sammenliknet med andre europeiske land, er andel unge i Norge som har prøvd narkotiske stoffer lav. ESPAD-undersøkelsen fra 2011 viser at andel unge som oppga at de hadde brukt narkotika var fem prosent.<sup>12</sup> Norge er blant land med den aller laveste frekvensen. (Se figur 2.3)

Ifølge FNs befolkningsprognose for 2050 vil antall eldre mennesker øke dramatisk i hele Europa. I Norge har alkoholkonsumet økt mest blant middelaldrende kvinner og menn over 50 år. I denne gruppen er alkoholbruken nesten doblet de siste tiårene. Det gjelder både generell bruk og skadelig bruk. Endrede alkoholvaner i befolkningen påvirker også eldres forbruk. Fysiologiske endringer gjør at eldre har mindre væskevolum slik at promillen i blodet blir forholdsmessig høyere enn hos yngre personer. Eldre er også den delen av befolkningen som bruker mest legemid-

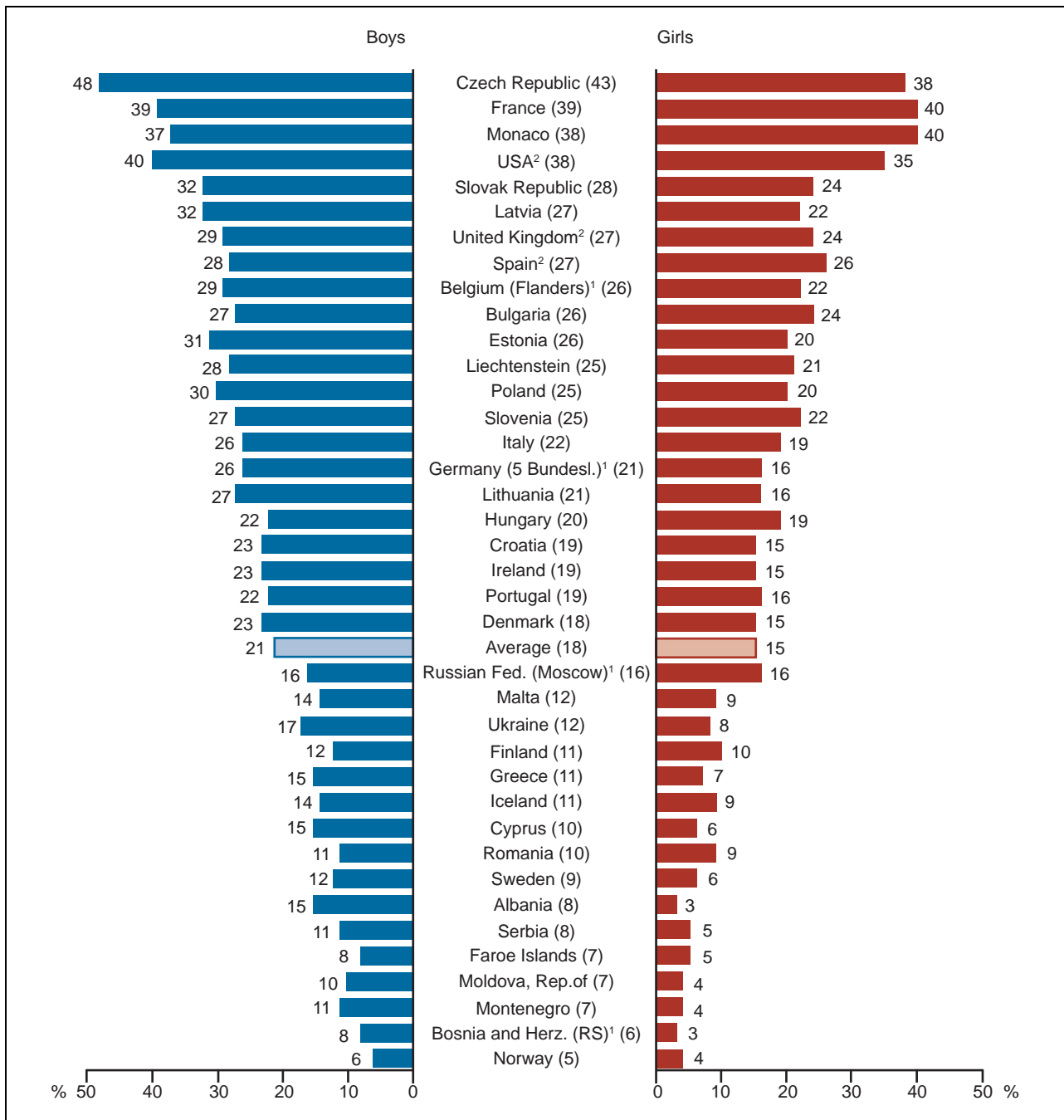
<sup>11</sup> ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

<sup>12</sup> Hibell m.fl. (2012): *Substance Use Among Students in 36 European Countries*



Figur 2.2 Andel som oppgir å ha drukket alkohol i løpet av siste fire uker og andel som oppgir å ha vært beruset mer enn fire ganger i løpet av siste seks måneder blant 15–20-åringene i perioden 1995–2008, etter kjønn. Vektete tall.

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning.



Figur 2.3 Bruk narkotika noen gang

Kilde: ESPAD

ler. Blanding av alkohol og legemidler har uheldige bivirkninger og øker risikoen for ulykker.

Norske kvinners økende alkoholkonsum gir særlig grunn til bekymring. Selv om vi i Norge har et lavt alkoholkonsum sammenliknet med andre europeiske land, har det vært en sammenhengende økning i kvinners alkoholkonsum siden 1970-tallet. Få land har færre avholdende kvinner enn Norge. Kvinner har fysisk sett lavere toleranse for alkohol og utsetter seg for flere skader. Graviditet og ansvar for barn gir særskilte utfor-

dringer. Kvinner utgjør ca 30 prosent av alle som er i behandling for rusproblemer. Det er derimot flest kvinner når det gjelder tvang og behandling i psykisk helsevern. Dette må få betydning for hvordan samfunnet og hjelpeapparatet møter kvinnene. Tidlig innsats, barne- og foreldreperspektiv og tilbud til gravide bør vektlegges. Terskelen for å få hjelp kan senkes gjennom tilbud om mer kjønnsespesifikk behandling.

Flere studier har vist at ungdom og voksne med innvandrerbakgrunn bruker langt mindre

rusmidler enn de med etnisk norsk bakgrunn. Særlig gjelder dette for bruk av alkohol og cannabis. Forskjellene er mindre for eksperimentering med andre illegale rusmidler. Det er store forskjeller i bruk av alkohol blant ungdom med forskjellig landbakgrunn i alle ungdomsundersøkelser. Selv om ungdom med innvandrerbakgrunn i all hovedsak bruker mindre rusmidler enn etniske nordmenn, er det mye som tyder på at dette er i forandring, ifølge Helsedirektoratets utviklingsrapport fra 2009.

Både unge og voksne med asiatisk eller afrikansk bakgrunn som oppholder seg i Norge, drikker mindre alkohol enn andre. I tillegg ser vi at muslimer i mindre grad enn kristne eller ikke-religiøse, drikker alkohol. Menn med innvandrerbakgrunn bruker langt mer rusmidler enn kvinnene.<sup>13</sup> Det er lite forskning på omfang av bruk av khat i Norge. Det er for det meste somaliere som bruker khat, og de fleste brukerne er voksne menn. Khatbruken innebærer til dels store psykososiale og økonomiske omkostninger for den enkelte familie. En undersøkelse av somalisk ungdoms bruk av khat i Oslo konkluderer likevel med at forbruket ikke er alarmerende.<sup>14</sup>

Rusavhengige er overrepresentert i grupper med kort utdanning og lav inntekt, og rusproblemer fører derfor til at mange faller ut av arbeidslivet. Mennesker med rusproblemer utgjør 59 prosent av de bostedsløse.<sup>15</sup>

Rusproblemer forekommer i stor grad blant innsatte i fengslene. Det er tidligere anslått at om lag 60 prosent av de innsatte har et rusproblem.<sup>16</sup> Mennesker med omfattende rusproblemer er i stor grad blant de fattigste, mest marginaliserte og minst inkluderte i samfunnet.

Det er anslått at mellom 50 000 og 150 000 barn lever sammen med foreldre med et risikofylt alkoholkonsum.<sup>17</sup> For hver person som er alkoholavhengig, er det i gjennomsnitt tre personer som sliter med reaksjoner og symptomer direkte knyttet til den alkoholavhengiges atferd og problemer.

<sup>13</sup> SIRUS-rapport 1/2008: *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikt over befolkningsundersøkelser.*

<sup>14</sup> NOVA skriftserie 1/2006: *Bruk av khat i Norge – Nytelse og lidelse*

<sup>15</sup> NIBR-rapport 2009:17: *Bostedsløse i Norge – en kartlegging*

<sup>16</sup> FAFO-rapport (2004): *Levekår blant innsatte*

<sup>17</sup> Folkehelseinstituttet (2011): *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk*

#### 2.1.4 Det samiske samfunn

Undersøkelser viser at den samiske befolkningen har et lavere alkoholforbruk enn den norske.<sup>18</sup> SAMINOR-undersøkelsen viste at andelen av totalavholdende var en del høyere blant samiske menn og kvinner enn hos norske. Andelen som rapporterte at de drakk mer enn to ganger i uken var lavere blant samer enn hos andre grupper. Mønsteret med lavere alkoholbruk var mer markant hos samiske kvinner enn hos samiske menn. Det var flest totalavholdende blant de eldste.

Ung i Nord-undersøkelsen viste at samisk ungdom er mindre involvert i alkoholbruk enn annen nordnorsk ungdom. Det er grunn til å anta at læstadianismens restriktive holdning til alkoholbruk har påvirket alkoholforbruket også i dag. Bare 4 prosent av samisk ungdom har prøvd narkotika, mot 11 prosent av annen nordnorsk ungdom. Det finnes ingen informasjon om illegal bruk av legemidler og doping i den samiske befolkningen.

Rusmiddelbruk og rusproblemer i det samiske samfunnet er lite dokumentert, og det foreliggende kunnskapsgrunnlaget er ikke oppdatert. En helse- og levekårsundersøkelse blant befolkningen i Nord-Norge og Trøndelag i regi av Senter for samisk helseforskning, skal kartlegge risikofaktorer, sykdommer, psykisk helse og rus.

Forebygging, behandling og oppfølging etter behandling er viktig når en helhetlig rusmiddelpolitikk skal utformes. Rusproblematikk kan være kulturelt betinget, og uttrykkes forskjellig etter hvilken kultur man lever i. Rus og rusproblematikk har for en stor del vært tabubelagt i det samiske samfunnet, og det kan være vanskelig å nå fram med tradisjonelle behandlingsformer. Taushet rundt denne problematikken kan føre til at brukere ikke tar kontakt med helsetjenesten.

Tilnæringsmåten i tradisjonelle behandlingsformer kan oppleves fremmed og virke skremmende for mange samiske pasienter. Det er derfor viktig at det tas hensyn til samisk språk og kultur for å nå ut til samer som har et rusproblem. Tilbud for de som sliter med en kombinasjon av rusutfordringer og psykisk sykdom må sikres. Kompetansen om samisk rusomsorg i psykisk helsevern må overføres til behandlende institusjoner og kommuner, for å sikre at samiske pasienter kan ivaretas på en god måte.

<sup>18</sup> Dokumentasjonen er basert på resultater fra SAMINOR-undersøkelsen i 2003-2004, og Ung i Nord-undersøkelsene i 1994-1995 og 1997-1998.

Psykiske helseproblemer og rusproblemer henger ofte sammen. En god rusomsorg for samiske pasienter inkluderer også god oppfølging etter behandling, av personell med kompetanse i samisk språk og kultur. Ved oppbygging av samisk språk og kulturkompetanse i rusomsorgen, kan det være nyttig å benytte kompetansen som er bygd opp innen psykisk helsevern til samiske pasienter.

Både kommuner og spesialisthelsetjeneste bør tilrettelegge for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling. Man må se på alternative måter å jobbe på for å nå ut med tilbud til flest mulig. Utbygging av for eksempel ambulant poliklinisk behandling kan være en vei å gå. Det betyr å rekruttere personell som har kompetanse i samisk språk og kultur til rusomsorgen, men også styrke kompetansen i og om samisk språk og kultur blant alle i hjelpeapparatet.

Samiske pasienter har rett til et likeverdig behandlingstilbud som tar utgangspunkt i samisk språk og kultur. Et godt tilbud til samiske brukere forutsetter kompetanse i samisk språk og forståelse for samisk samfunnsliv. Vi vet at kompetansen om samisk språk og kultur varierer. Slik kompetanse bør etterspørres ved rekruttering av personale som skal arbeide med samiske brukere. Her spiller utdanningsinstitusjoner en stor rolle.

### Regjeringen vil:

- Bidra til et mer likeverdig tjenestetilbud til den samiske befolkningen gjennom økt kunnskap og kompetanse i samisk språk og kultur

## 2.2 Milepæler i rusmiddelpolitikken

St.meld. nr. 17 (1987–88) *Alkohol og folkehelse* satte helsemessige sider ved alkoholrelaterte skader i sentrum. I 1989 vedtok Stortinget en ny alkohollov som erstattet loven fra 1927. Hovedprinsippet om å bruke regulatoriske virkemidler for å regulere forbruk og derved skader, lå fast. I forbindelse med EØS-avtalen ble det gjort flere tilpasninger til avtalen i alkoholloven, blant annet ble produksjons- og distribusjonsmonopolene for vin og brennevin etter hvert avviklet. Ot.prp. nr. 7 (1996–97) *Om endringer i alkoholpolitikken* drøftet inngående de alkoholpolitiske utfordringene ved internasjonalisering og europeisk integrering. Hovedprinsippene i målene for politikken ble ikke endret.

Behovet for å begrense skadene som følge av rusmiddelbruk er behandlet i flere stortingsdoku-

menter, handlingsplaner og utredninger, og har vært viktige grunnlag for blant annet rusreformen. Retten til helse- og sosialtjenester for mennesker med rusproblemer ble slått fast i St.meld. nr. 69 (1991–92) *Tiltak for rusmiddelmissbrukere* og i lov om sosiale tjenester som trådte i kraft fra 1993. Den statlige særomsorgen ble avviklet, og kommunens ansvar for mennesker med rusproblemer vektlagt.

I St.meld. nr. 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken* varslet regjeringen at den restriktive narkotikapolitikken skulle fortsette. Det var bred politisk enighet om at forbudet mot omsetning, besittelse og bruk av narkotika skulle opprettholdes. Samtidig ble det varslet en mykere linje ved introduksjon av tiltak for å redusere hivsmitte blant injiserende rusavhengige. Metadon ble et supplement til annen behandling for tungt belastede opiatbrukere.

I 1999 kom det tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til personer med rusproblemer.<sup>19</sup> Rapportene inneholdt anbefalinger om det faglige innholdet og behov for endringer i ansvars plassering, finansiering og samarbeidsforholdene mellom behandlingstiltakene og den kommunale sosialtjenesten. De fleste anbefalingene ble tatt til følge, blant annet i lovproposisjonene om rusreformen. Senere har flere rapporter bidratt til å avdekke at personer med omfattende rusproblemer har generelt dårlig helsetilstand, fysisk og psykisk. De ordinære helsetjenestene så ikke ut til å yte denne gruppen den nødvendige helsehjelp.

Etter 2000 er det utarbeidet tre nasjonale tiltaksplaner for rusfeltet som har omfattet forebygging, behandling og sosiale omsorgstjenester. I 2004 kom NOU 2003: 4 *Forskning på rusmiddelfeltet*, med en oppsummering av effekt av ulike tiltak.

Det er lagt fram flere offentlige utredninger med særlig relevans for alkoholområdet. Grensehandelsutvalgets innstilling ble lagt fram i NOU 2003: 17 *Særavgifter og grensehandel*. Særavgiftsutvalgets innstilling ble fremlagt i NOU 2007: 8 *En vurdering av særavgiftene*. Et flertall i utvalget gikk inn for en noe høyere alkoholavgift, blant annet for å dekke de samfunnsmessige kostnadene knyttet til alkoholbruk. Et flertall gikk også inn for å avvikle det avgiftsfrie salget av alkoholvarer ved fly- og sjøreiser. Alkoholavgiftene er de etterfølgende år justert i takt med prisstigningen, mens taxfree-ordningen er beholdt.

De omfattende helseproblemene og behandlingsbehovene til personer med rusproblemer var

<sup>19</sup> Nesvågutvalget (1999): *Tre rapporter*

et viktig grunnlag for rusreformen som trådte i kraft i 2004. Enkelte behandlingstiltak ble overført fra fylkeskommunen til staten i forbindelse med helseforetaksreformen i 2002. Ved rusreformen ble også resterende behandlingstiltak overført fra fylkeskommunen til staten, ved de regionale helseforetakene. Slik ble ansvaret for alle behandlingstiltakene for personer med rusproblemer samlet. Målet var at rusavhengige skulle få bedre tjenester, at behandlingsresultatene skulle bli bedre, og at behandlingen skulle utvikles til en tverrfaglig spesialisttjeneste der både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver ivaretas. Med rusreformen fikk mennesker med rusproblemer lovfestede pasientrettigheter og ble likestilt med andre pasientgrupper.

Etter mange års diskusjon vedtok Stortinget i 2004 rammer for en treårig prøveordning med sprøyterom i Norge. Den midlertidige loven ble forlenget og senere gjort permanent i juni 2009. Dette innebærer at kommunene kan etablere sprøyterom etter godkjenning av Helsedirektoratet. Oslo kommune satte i gang en ordning med sprøyterom i januar 2005. Så langt har ingen andre kommuner søkt om å få etablere sprøyterom.

Regjeringen har i flere år har hatt en større satsning på tannhelsetjenester til rusavhengige. I 2005, 2006 og 2008 er det gitt økte bevilgninger til fylkeskommunene til tannbehandling. Personer med rusproblemer har rett til vederlagsfri tannbehandling når de mottar hjelpetiltak i kommunen, er i LAR eller i institusjon.

I 2007 kom regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet som videreføres ut 2012. Planen er nærmere omtalt tidligere i dette kapitlet, og en oppsummering er gitt i vedlegg 2.

Regjeringen la, sammen med statsbudsjettet for 2007, fram en handlingsplan mot fattigdom. Planen omfatter et bredt spekter av tiltak overfor levekårsutsatte grupper, herunder personer med rusproblemer og barn av rusavhengige foreldre. Regjeringen la høsten 2011 fram Meld. St. 30 (2010–2011) *Fordelingsmeldingen* hvor innsatsen mot fattigdom inngår som en del av en bred fordelingspolitikk.

NAV-reformen og samhandlingsreformen er to av de største reformene i offentlig sektor i nyere tid. Hovedmålene for NAV-reformen er:

- få flere i arbeid og aktivitet, og færre på stønad
- gjøre det enklere for brukerne og et tjenestetilbud tilpasset brukernes behov
- få en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning.

I mars 2009 lanserte regjeringen omfattende tiltak for de mest hjelpetrengende rusavhengige. Det ene var et toårig oppdrag til Kirkens Bymisjon som etablerte et gatenært tilbud til mennesker med omfattende rusproblemer i Oslo by, «24SJU». Det andre var oppnevning av et offentlig utvalg under ledelse av Thorvald Stoltenberg som skulle vurdere hvordan de mest hjelpetrengende rusavhengige kan få bedre hjelp. Utvalget skulle også vurdere om heroinstøttet behandling kan være en del av tilbudet. Utvalget foreslo 22 tiltak innen forebygging, behandling og oppfølging. Et samlet utvalg var enig om 21 av forslagene, men delte synet på et prøveprosjekt som åpner for at heroin tas i bruk i behandling. Rapporten ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2010 og sendt på høring i oktober 2010. Forslagene i rapporten er omtalt og vurdert i denne stortingsmeldingen. En oppsummering av høringssvarene er gitt i vedlegg 1.

Samhandlingsreformen er retningsgivende for innsatsen mot rusproblemer. I St.meld. nr. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* la regjeringen fram den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet. Samhandlingsreformen bygger på en utvidet og styrket kommunerolle og en mer spisset spesialisthelsetjeneste, for å imøtekomme dagens og fremtidens utfordringer.

Forebygging er en viktig del av samhandlingsreformen. Folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2012, skal sikre at samfunnet fremmer helse, forebygger sykdom og reduserer sosiale helseforskjeller. Lov om folkehelsearbeid legger et tydeligere og mer helhetlig ansvar for befolkningens helse til kommuner og fylkeskommuner. Gjennom folkehelseloven har kommunene fått en tydelig plikt til å ha oversikt over lokale folkehelseutfordringer og til å gjøre noe med dem. Tilsvarende vil NAV-kontoret gjennom arbeidet med blant annet oppfølging av sykmeldte, IA-avtalen (inkluderende arbeidsliv) og som følge av ansvaret for enkelte kommunale oppgaver, ha oversikt over og plikt til å gjøre noe med tilgrensende og dels overlappende utfordringer på arbeids- og velferdsområdet.

Kommunens ansvar for personer med rusproblemer har inntil 2012 vært regulert i lov om sosiale tjenester. Som en oppfølging av NAV-reformen

ble kommunale oppgaver knyttet til råd og veiledning, økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og midlertidig botilbud mv. samlet i en ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen fra 2011. Som del av samhandlingsreformen, er kommunehelsetjenesteloven og andre deler av den tidligere sosialtjenesteloven samlet i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Pasientrettighetene er samlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Loven innebærer at kommunene skal se helse- og omsorgstjenester som et samlet ansvar. Kommunene har ansvar for alle brukere og pasienter uavhengig av diagnoser. For å styrke kommunenes mulighet til å forebygge sykehusinnleggelse og gi et mer helhetlig tilbud lokalt, skal kommunene sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Lovbestemmelsen skal tre i kraft fra 2016, men kommunene kan innføre tilbudet tidligere. Dette vil i første omgang omfatte pasienter med somatiske tilstander. Det skal vurderes i hvilken grad rusbehandling og psykisk helse omfattes av plikten. En vurdering av økonomiske virkemidler som er etablert innen somatisk pasientbehandling fra 1. januar 2012, er omtalt i kapittel 9.

For å bidra til et helhetlig pasienttilbud er kommuner og regionale helseforetak/helseforetak pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Det gjelder blant annet for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet utga i 2011 en nasjonal veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak.

### 2.3 Utfordringer

De siste 20 årene er det iverksatt en rekke tiltak for å forebygge og redusere rusproblemer i samfunnet. Det gjenstår likevel mange utfordringer.

Økningen i alkoholkonsum, særlig i den voksne delen av befolkningen, blant kvinner og eldre, gir grunn til bekymring og må møtes med forsterket innsats. En del pasienter bruker vane-dannende legemidler i større mengder eller i lengre tid enn anbefalt. Om lag 1 av 40 unge menn prøver dopingmidler, og det foregår produksjon av dopingmidler i Norge.

Selv om bruk av narkotika har vært relativt stabilt og lavt i europeisk sammenheng, ser vi en bekymringsfull bruk av stoffer som metamfetamin, dopingpreparater og syntetiske stoffer som er omsatt via internett. Svært få bruker heroin i Norge, men vi har en forholdsvis høy andel injiserende opiatbrukere og et vedvarende høyt antall

overdosedødsfall. De største byene har betydelige utfordringer med åpne bruker- og omsetningssteder der salg, kjøp og bruk foregår åpenlyst. Åpne bruker- og omsetningssteder oppleves svært utrygt og uverdige, først og fremst av brukerne, men også av publikum.

Skadelig bruk av rusmidler er en av de største risikofaktorene for sykdom og for tidlig død. Det omfatter skader som følge av ulykker, vold, og problemer knyttet til avhengighet, herunder skam og skyldfølelse hos barn, unge og voksne pårørende. Mange barn rammes av foresattes rusmiddelbruk. Å være foreldre, ektefelle, samboer eller pårørende til mennesker med rusproblemer, kan medføre store problemer for vedkommendes evne til å takle hverdagsliv og jobb.

Det er en pedagogisk utfordring at store deler av skadeomfanget er knyttet til flertallet som har et relativt lavt forbruk av rusmidler. De svært virksomme universelle og regulatoriske virkemidlene, er blant annet derfor under stadig press. Det må sikres en god balanse mellom statlig styring og kommunalt selvstyre i forebyggingsarbeidet, jf. for eksempel de alkoholpolitiske virkemidlene.

Utvikling av alvorlig rusproblematikk kan forebygges. Jo tidligere problemer oppdages, jo større er sannsynligheten for å lykkes. Problemutvikling og risikofaktorer kan oppdages allerede i småbarnsalder. Med god hjelp på riktig tidspunkt kan problemutviklingen forebygges. Utfordringen er å oppdage, identifisere og gripe inn tidlig nok. Både barnehage, skole, barnevern, justissektor, arbeids- og velferdsforvaltning og helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å oppdage problemutvikling og handle.

Flere rapporter, blant annet fra Statens helsetilsyn, viser at det er store variasjoner og mangler i tjenestetilbudet til personer med rusproblemer. Det er en stor utfordring at de enkelte tjenesteytere ikke samhandler godt nok. Denne utfordringen gjelder både innad og mellom nivåene. Etter rusreformen har det vært en kraftig økning i antall henviste til behandling, og ventetid til behandling har i perioder vært lang. Likevel har aldri så mange fått behandling for sine rusproblemer som nå. Det registreres også en viss nedgang i ventetid og færre fristbrudd. Behovet for å innrette tjenester og hjelpetiltak slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud, er påpekt i flere dokumenter og rapporter, blant annet av Stoltenbergutvalget. Mange har problemer med somatisk og psykisk sykdom samtidig. Behovene for hjelp til bolig og tjenester som skal styrke evnen til å mestre hverdagen, herunder evnen til å mestre boforholdet, arbeid, aktivitet og gode nettverk, er

godt dokumentert. Arbeidet med dette må inngå i et helhetlig hjelpetilbud.

Mange kommuner og helseforetak er godt i gang med å bygge og utvikle tjenestene, men det er stor variasjon i hvor langt arbeidet har kommet. Det er behov for fortsatt å legge vekt på å bedre tilgjengelighet, kapasitet, kvalitet, kompetanse, samhandling, brukermedvirkning og innhold i tjenestetilbudet. I sum innebærer dette et bedre hjelpetilbud for personer med rusproblemer.

Det er etablert felles statlige og kommunale NAV-kontor i alle landets kommuner, og de største byene har flere kontorer. Lokal tilstedeværelse

fremmer god tilgjengelighet til et omfattende tilbud av sosiale og arbeidsrettede tjenester. For å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester er det viktig å få til god samordning mellom helse- og omsorgstjenestene og NAV-kontorets tjenestetilbud.

Private, ideelle organisasjoner og selvhjelpsfeltet, har vært og er viktige bidragsyttere på rusfeltet. Innsatsen til offentlige og private bidragsyttere må samordnes bedre, samtidig som private aktører må sikres større grad av forutsigbarhet.

Brukermedvirkning må sikres, både i forhold som gjelder den enkelte og på systemnivå.

# Kapittel



Figur 3.1



## 3 Forebygging

### 3.1 Jo før, jo bedre

Rusforebygging handler i første rekke om et inkluderende samfunn: Trygge bomiljø, arbeidsmuligheter og et godt arbeidsmiljø, gode oppvekstvilkår og fritidstilbud, utjevning av sosiale helseforskjeller, tiltak som hindrer marginalisering og innsats for å forebygge frafall i skolen. Dette er et sosialpolitisk ansvar på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. I tillegg til befolkningsrettede tiltak, er det viktig å forebygge rusproblemer gjennom tidlig innsats. Det er godt dokumentert at slik forebygging virker.

Samhandlingsreformen skal bidra til å sikre god folkehelse og gode helse- og velferdstjenester. Framtidens utfordringer må møtes gjennom tverrsektorielt samarbeid, satsing på tidlig innsats og forebygging som virker. Det er potensial for bedre forebygging både i statlig og i kommunalt rusarbeid.

Regjeringen vil legge fram en tverrdepartemental folkehelsestrategi i 2013. Den skal sikre at framtidig politikktutforming i alle sektorer i større grad ivaretar helsehensyn og er i samsvar med overordnede mål på folkehelseområdet. Rusmiddelpolitikken må ses i sammenheng med både folkehelsestrategien og den generelle arbeids- og velferdspolitikken. De viktigste virkemidlene for å forebygge rusproblemer for den enkelte, tredje-personer og for samfunnet, ligger her. Det rusforebyggende arbeidet må derfor omfatte et bredt spekter av innsatsområder, særlig hva gjelder tidlig innsats. NAV-reformen skal styrke den enkeltes mulighet på arbeidsmarkedet, både personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, arbeidsledige og personer som trenger mer omfattende oppfølging og tiltak for å komme i arbeid.

Den norske og nordiske samfunnsmodellen, med universelle velferdsordninger, høy sysselsettingsgrad, små lønnsforskjeller, høy grad av medvirkning basert på likhet, rettigheter, utjevning av sosiale helseforskjeller satsing på folkehelse gir et solid fundament for videre utvikling av velferds-samfunnet. Rusmiddelpolitikken og det forebyggende arbeidet skal baseres på denne samfunnsmodellen.

#### Boks 3.1 Forebygging i rusmiddelpolitikken

*Universell forebygging* er strategier og tiltak som retter seg mot alle, uten å skille mellom grupper eller individer.

*Miljørettede forebyggingsstrategier* rettes mot sosiale, kulturelle, fysiske og økonomiske påvirkningsfaktorer. Målet er å oppnå endringer i de sosiale strukturene og forbedringer i nærmiljøene og påvirke det sosiale miljøet til mindre bruk av rusmidler. I denne meldingen dekkes dette av universelle tiltak.

*Selektiv forebygging* er strategier og tiltak som rettes mot risikosituasjoner og risikogrupper som er mer utsatt enn andre for å utvikle en risikofull rusmiddelbruk og på sikt kanskje et rusproblem.

*Indikativ forebygging* er strategier eller tiltak som rettes mot enkeltindivider hvor risikofaktorer eller rusproblemer allerede er observert eller opplevd.

Universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen antas å ha størst effekt, men er ikke tilstrekkelige. Enkelte personer og grupper er mer utsatte enn andre, og mer målrettede tiltak er nødvendige overfor slike såkalte risikogrupper. Måltrettet forebygging forutsetter kunnskap om disse gruppene, hvem de er, hvorfor de er utsatte og hvilke tiltak som kan redusere risiko.

Bruk av rusmidler medfører helserisiko. Risikoen for mange typer skader, sykdom og avhengighet tiltar med økt bruk. Rusmiddelbruk kan også ha skadelige konsekvenser for andre personer enn brukerne, og for samfunnet generelt. Derfor er det viktig å begrense forbruket.

Markedsmekanismer som tilbud og etterspørsel, pris og tilgjengelighet, gjelder også for rusmidler. Forskjellen er at rusmidler har et avhengighetspotensial, som er både pris- og etterspørselsdrivende. Aktørene er naturlig nok opptatt av for tjeneste og vil benytte tradisjonelle virkemidler for

å påvirke etterspørsel og forbruk. Den forebyggende innsatsen må derfor ha virkemidler som retter seg mot både å redusere tilgjengelighet og etterspørsel. Streng regulering er påkrevd for å begrense skadene som rusmidler kan forårsake.

Å begrense tilgjengeligheten til rusmidler har vist seg å være det mest effektive forebyggende virkemidlet. Dette handler om en restriktiv alkoholpolitikk, forbud og innsats mot narkotikahandel og organisert kriminalitet, internasjonalt samarbeid og regelverksutvikling. Etterspørselsreduserende tiltak handler om forebygging, behandling, rehabilitering og skadereduksjon. Dette kapitlet omhandler tiltak og virkemidler som skal forebygge at rusproblemer oppstår og videreutvikler seg.

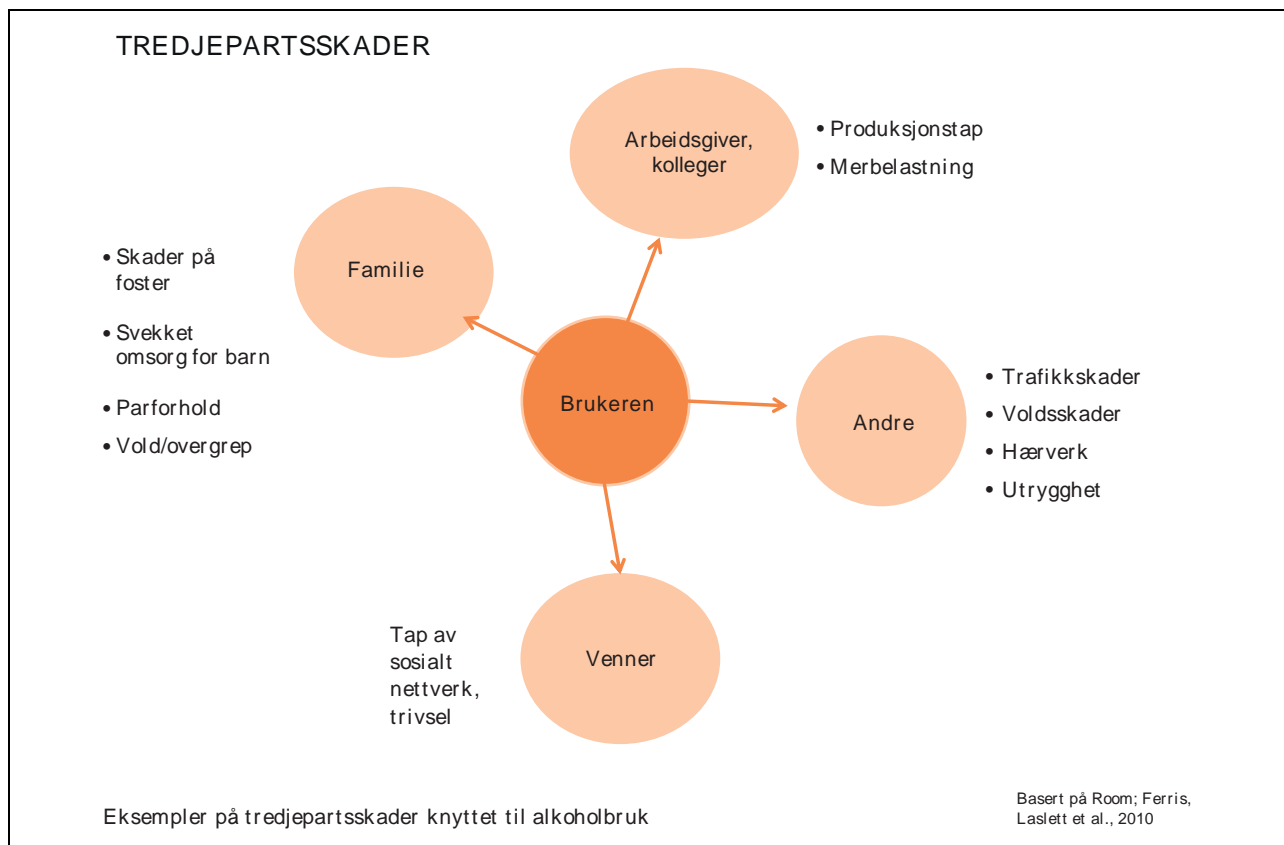
Rusproblemer er ofte sammensatte. Årsakene må forstås og løsningene må finnes med dette som utgangspunkt. Virkemidler av betydning for folkehelsen er lagt til mange ulike sektorer, blant annet til helse- og omsorgssektoren og arbeids- og velferdssektoren. Den forebyggende innsatsen krever forpliktende involvering fra flere nivåer og utstrakt tverrsektorielt samarbeid. For den framtidige rusmiddelpolitikken innebærer dette mer, tidligere og bedre samordnet forebygging.

### 3.2 Utfordringsbildet

Alkoholforbruket og alkoholrelatert sykdom, skade og innleggelser med alkoholrelaterte diagnoser, er en økende rusmiddelpolitisk utfordring. Samlet forbruk av rusmidler i Norge er likevel moderat, sammenliknet med de fleste andre land. Dette er et faktum som ofte overses og overskygges av problembeskrivelser. Den forebyggende og solidariske rusmiddelpolitikken har virket, og den skal det bygges videre på.

Rusmiddelpolitikken har i stor grad rettet oppmerksomheten mot skader den enkelte påfører seg selv. Rusmiddelrelaterte ulykker og skader har imidlertid konsekvenser også for tredjepart. Den allmenne bruken av alkohol påvirker andres frihet. Spørsmålet om regulering av omsetning av alkohol handler derfor ikke bare om frihet til noe, men også om andres frihet fra noe. En kanadisk undersøkelse viser at 9 prosent av befolkningen i løpet av et år ble skadet av egen alkoholbruk, mens 33 prosent ble skadet av andre personers drikking.<sup>1</sup> Passiv røyking har vært et avgjørende

<sup>1</sup> Kellner (2005): *The Canadian Addiction Survey*. Fekjær (2011): *Why has harm to others been neglected for so long*



Figur 3.2 Tredjepartsskader

Kilde: SIRUS

### Boks 3.2 Satt på spissen

Det er lettere å få allmenn aksept for tiltak som kan forhindre at en person skader andre, enn tiltak som skal hindre at personen skader seg selv. Inngrep i individets handlefrihet (en paternalistisk alkoholpolitikk) aksepteres stort sett bare overfor spesielle grupper som man mener ikke er i stand til å handle rasjonelt og ta ansvar for sine handlinger. Dette gjør det vanskelig å finne støtte for restriktive tiltak som i stedet erstattes av opplysningskampanjer og informasjonstiltak.

Kilde: SIRUS

premiss for de restriktive tiltakene i tobakkslovgivningen. Dette perspektivet har imidlertid vært mindre framtreddende i rusmiddelpolitikken i de siste tiår, selv om grunnlaget for politikken historisk sett i stor grad var bygget på tredjepartsinteresser. Konsekvenser for tredjepersoner, det vi kaller passiv drikking, skal være premissgivende for rusmiddelpolitikken. Vold utøves ofte av personer som er alkoholpåvirket, også i nære relasjoner. For hver person med rusproblemer er det også mange pårørende som rammes. Tilgjengeligheten til en lovlig vare som alkohol må avveies mot dette. Utgangspunktet er at ingen skal bli plaget av andres rusmiddelbruk.

Rusrelaterte problemer omfatter mer enn avhengighet, blant annet somatiske plager og akutte skader, alkoholforgiftning og skader i fosterlivet. Rusrelaterte problemer er derfor ikke bare knyttet til storforbrukere. Det går ingen klar grense mellom skadelig og ikke-skadelig alkoholbruk, og mellom bruk og det som folk flest kaller «misbruk». De aller fleste mener, med rette, at de har et uproblematisk alkoholforbruk, men denne oppfatningen må nyanseres. Oppfatninger av drikkepraksis, spesielt «alkoholmisbruk», har endret seg i takt med endringen i gjennomsnittlig alkoholforbruk. Jo høyere det allmenne forbruket blir, desto mer drikking skal til før det oppfattes som problematisk. Det er den store gruppen med moderat forbruk av rusmidler, først og fremst alkohol, som forårsaker mest skade og sykdom, og som påfører samfunnet de største kostnadene. Det betyr at de totale innsparingene ved redusert totalforbruk er størst i denne gruppen, og mindre blant personer med et høyt og mer problematisk forbruk. Den solidariske rusmiddelpolitikken begrunnes med behovet for å beskytte de som er

mest utsatt. Den restriktive rusmiddelpolitikken er først og fremst begrunnet med hensynet til skader og problemer forårsaket av det store flertall, som ikke er storforbrukere. Studier viser at forbruket også faller blant dem som drikker mest, når totalforbruket går ned.

Det er avgjørende å oppnå tilstrekkelig oppslutning i befolkningen om dette som begrunnelse for pris- og tilgjengelighetsvirkemidlene. For alkohol er det også et spørsmål om balanse mellom regulering av en lovlig, men ikke alminnelig, handelsvare versus individuell frihet og ansvar.

Narkotikaforbruket har vært ganske stabilt i flere år. Utfordringen er å sørge for at enda færre bruker narkotika. Dette kan vi oppnå ved å redusere antallet som begynner å bruke og hjelpe brukere til å redusere forbruket, særlig det mest skadelige, og om mulig slutte.

Tilgjengeligheten til narkotika er stor over hele landet, og prisnivået er lavere enn før. Dette kan bidra til å øke forbruket. I følge ungdom selv er bruk av narkotika relativt vanlig og foregår åpenlyst. Dette kan være uttrykk for større aksept for bruk av illegale rusmidler og at den sosiale kontrollen er tilsvarende mindre. Det samme synes å gjelde for bruk av dopingmidler. Noe av dette kan tilskrives den såkalte flertallsmisforståelsen, at mange overvurderer jevnaldrenes rusmiddelbruk sammenliknet med sin egen. Uansett må holdningsutfordringen tas på alvor.

Omsetning av narkotika, dopingmidler og legemidler foregår i økende grad på internett. Mange unge henter informasjon om ulike rusmidler og mulige skadevirkninger på nettet, uten garanti for at denne informasjonen er kvalitetssikret. Dette er en relativt ny utfordring, og internett som informasjons- og distribusjonskanal må vies større oppmerksomhet.

Bruken av dopingmidler er bekymringsfull. Mengden som inntas av den enkelte bruker ser ut til å være økende. Det er nødvendig å mobilisere mot doping for å begrense tilgjengeligheten, og øke oppmerksomhet og kunnskap om doping når det gjelder forebygging og behandling. Bruk av dopingmidler dreier seg i hovedsak om anabole androgene steroider, det vil si muskelbyggende og mannliggjørende etterlikninger av kjønnshormonet testosteron. Steroider er ikke rusmidler, fordi stoffet ikke inntas med tanke på en ruseffekt. Bruk av dopingmidler og rusmidler er delvis overlappende, og delvis dreier det seg om ulike brukergrupper. Den forebyggende innsatsen vil langt på vei være lik både hva gjelder målgruppe og aktører, og forebygging av dopingbruk skal

integreres i allerede etablerte strukturer. Det er formålstjenlig å se bruk av steroider og andre dopingmidler i sammenheng med rusmiddelpolitikken, både når det gjelder forebygging og behandling.

Sammenliknet med bruk av alkohol og narkotika, er bruk av doping et begrenset fenomen. Holdningene til og bruken av dopingmidler er likevel bekymringsfull. Det er avgjørende å mobilisere mens utviklingen fortsatt er i en tidlig fase.

Barnevern-, utdannings-, helse- og omsorgs-, arbeids- og velferds- og justissektoren retter i stor grad innsatsen mot samme målgruppe, til dels uavhengig av hverandre. I tillegg opererer frivillige og ideelle aktører på samme felt. Det er stor kreativitet innen det forebyggende arbeidet, og aktiviteten bærer preg av gode intensjoner. Arbeidet kan koordineres bedre og i større grad baseres på kunnskapsbaserte metoder og felles løsninger.

#### *Oppdage tidlig*

Alle barn har et grunnleggende behov for å bli sett og bli tatt vare på, og voksne har et ansvar for å se og ivareta. Barn som har vært utsatt for vold, overgrep, omsorgssvikt, eller har nærstående med rusproblemer eller psykisk lidelse, har høy sannsynlighet for å utvikle rusproblemer. Disse barna blir ofte oversett og ikke ivaretatt på grunn av voksnes uvitenhet, mangel på faglig trygghet og frykt for å intervensere i privatlivets fred. Undersøkelser fra Folkehelseinstituttet viser at det er om lag 80 000 barn og unge med behandlingstrengende psykiske lidelser, men at bare halvparten får den hjelpen de trenger. Det er nødvendig å sette inn hjelpetiltak tidligere for å hindre problemutvikling. Slik hjelp er dessuten mindre ressurskrevende enn hjelpetiltak som igangsettes senere.

Dessverre overses mange barn og unge, og mange utsatte barn identifiseres for sent. Utfordringen er å sørge for at bekymringer utløser handling og oppfølging hvor det er nødvendig, og at alle som trenger det, får god hjelp jo før, jo heller.

Å identifisere et hjelpebehov skal ikke være en vilkårlig handling som er opp til den enkeltes for-godtbefinnende. Det må være basert på forsvarlig kompetanse og etikk. Det forutsetter opplæring i identifisering, symptomavveining og oppfølging av personell som arbeider med og er i kontakt med barn og unge, voksne og eldre. Det gjenstår fortsatt omfattende kompetansebygging før tje-

nesteutøvere er trygge i identifisering og inngripen i en mulig problemutvikling.

Å identifisere et mulig problem er ikke tilstrekkelig i seg selv. Bare å identifisere uten å avhjelpe kan gjøre vondt verre. Å identifisere er første fase. Neste fase er å sette inn hjelpetiltak. I en tidlig fase, og dersom problemene ikke er omfattende, kan dette skje med relativt enkle virkemidler. Disse virkemidlene må imidlertid utvelges, gjøres kjent og implementeres.

Det horisontale samarbeidet mellom ulike sektorer er ikke tilfredsstillende, verken på statlig eller lokalt nivå. Det er stor sannsynlighet for overlapping og dobbeltarbeid. Mange aktører har sine egne tiltak, som isolert sett er gode, men det er ikke tatt tilstrekkelig høyde for at tiltakene samvirker og utfyller hverandre. Dette er verken rasjonelt eller bærekraftig. Det er nødvendig å etablere systemer og rutiner som skal sikre at tiltak, handlingsplaner og strategier er koordinert og omforent.

Mange ulykker og skader skjer under rusmiddelpåvirkning. Bruk av rusmidler er ofte medvirkende årsak til samtidige somatiske og psykiske lidelser, og sosiale og arbeidsmessige problemer. Det er fortsatt en utfordring å få de ulike tjenestene til systematisk å spørre og samtale om bruk av rusmidler ved konsultasjoner, oppfølgingsamtaler og innleggelse.

Utvikling av rusproblemer kan skje i alle livets faser og er ikke avgrenset til barn og unge. Det økende alkoholforbruket skjer hovedsakelig i den voksne befolkningen. Eksperimentell bruk av sentralstimulerende rusmidler, også kalt rekreasjonsbruk, ser en gjerne i mer ressurssterke grupper enn de som vanligvis forbindes med problematisk bruk av narkotika. Disse utfordringene må tas med i det forebyggende arbeidet.

### **3.3 Kunnskapsbasert tilnærming**

#### **3.3.1 Kunnskapsbasert forebygging**

Rusrelaterte skader og problemer har mange omkostninger for samfunn og individ. Forebyggingen tar primært sikte på å hindre at disse oppstår, sekundært å begrense og reversere problemutvikling, og i siste instans å reparere. Mye forebyggende innsats har hatt gode intensjoner, men har ikke alltid vært basert på virkemidler som har gitt ønskede resultater. Eksempelvis tyder internasjonal forskning på at atferdspåvirkende programmer er lite effektive, samtidig

som de gjennomgående er lite kostnadseffektive.<sup>2</sup>

Målet er å konsentrere innsatsen om de virkemidlene som vi vet virker. Forebygging koster, og de best tilgjengelige virkemidlene og metodene må brukes. De aller viktigste er generelle velferdsordninger og en fordelingspolitikk som utjevner sosiale forskjeller. Regulatoriske virkemidler er og effektive og lite kostnadsdrivende. Men slike virkemidler kan bli upopulære og miste tilslutning i befolkningen om de strekkes for langt. Kampanjer og andre informasjonstiltak er mindre kontroversielle, men slike initiativ har vist mindre effekt som isolerte tiltak.

Et inkluderende samfunn og arbeidsliv forebygger sosiale og helsemessige problemer, og motvirker dermed også risikofull rusmiddelbruk. Universelle virkemidler som begrenser tilgjengelighet og etterspørsel er svært effektive for å redusere alkoholrelaterte skader og avhengighet. Mye tyder på at det samme gjelder også for andre rusmidler. Norsk rusmiddelpolitikk, særlig alkoholpolitikken, har i betydelig grad vært basert på disse regulatoriske virkemidlene. Det har i tillegg blitt drevet ulike typer individrettede forebyggingsprogrammer i regi av både nasjonale og lokale myndigheter og frivillige organisasjoner. For at rusmiddelpolitikken skal ivareta et høyt beskyttelsesnivå for rusmiddelskader, må de universelle virkemidlene som vi vet har god effekt benyttes. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig. Disse virkemidlene må understøttes av supplerende individrettede tiltak. Kravet er også her at disse skal være kunnskapsbaserte. For å sikre et høyt beskyttelsesnivå, må politikken bestå av en helhetlig sammensatt pakke av tiltak.

### 3.3.2 Rusmiddelpolitiske handlingsplaner

Ansvaret for det rusforebyggende arbeidet er i stor grad lagt til kommunene. Systematikk og langsiktighet er viktige suksessfaktorer for å nå målet. Det forutsetter god planlegging og bruk av anerkjente planverktøy. Etter alkoholloven er kommunene pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan, og de oppfordres til å utarbeide en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan som også omfatter andre rusmidler. Planen bør omfatte alle kommunens rusmiddelpolitiske virkemidler, fra universelle forebyggingsstrategier som skjenkepolitikken, til behandling for personer med rusproblemer.

Rusmiddelpolitiske handlingsplaner er gode hjelpemidler for administrasjonen, men de er ofte ikke tilstrekkelig forankret i politisk ledelse i kommunen.<sup>3</sup> Regjeringen mener det er viktig at kommunepolitikerne bevisstgjøres det kommunale ansvaret og at det ses helhetlig på tiltak for å redusere skadevirkningene av rusmiddelbruk.

Arbeidet med alkoholpolitiske og rusmiddelpolitiske handlingsplaner må inngå som en del av kommunens alminnelige planarbeid. Folkehelseloven stiller krav om at kommunene skal fastsette overordnede mål og strategier for å møte folkehelseutfordringene de har, herunder utfordringer på rusmiddelområdet. Rusmiddelpolitikken må forankres i kommunens folkehelsearbeid, og kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan bør vektlegge folkehelseperspektivet blant annet i skjenkepolitikken. Rusmiddelpolitikken må videre forankres som en del av arbeids- og velferdsforvaltningens arbeidsrettede innsats og sosiale tjenester overfor utsatte grupper. Helsedirektoratet vil i løpet av 2012 utarbeide en veileder i å integrere folkehelse i planlegging.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for kommunenes arbeid med rusmiddelpolitiske handlingsplaner. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (KORUS) skal bistå kommunene i arbeidet med rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Veilederen skal oppdateres for å tydeliggjøre de kravene folkehelseloven setter til kommunene når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid på rusområdet. Veilederen skal også tydeliggjøre arbeids- og velferdsforvaltningen som viktig samhandlingspart i dette arbeidet.

Den rusmiddelpolitiske handlingsplanen omfatter i hovedsak alkohol og narkotika. Det er også utfordringer knyttet til bruk av dopingmidler og vanedannende legemidler. Kommunene må ha oversikt over eventuelle utfordringer knyttet til disse midlene, og rusmiddelpolitisk handlingsplan er et mulig sted for kommunene å drøfte dette.

#### Regjeringen vil:

- Redusere rusrelaterte problemer og konsentrere den forebyggende innsatsen om effektive virkemidler
- Prioritere tidlig innsats, arbeidsinkludering, regulatoriske og befolkningsrettede virkemidler og vektlegge hensynet til de som utsettes for passiv drikking.

<sup>2</sup> SIRUS-rapport 5/2010: *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skade og problemer*

<sup>3</sup> SIRUS-rapport 2/2011: *Prossesser, planer og politikken*

**Kapittel**

**4**



Figur 4.1

## 4 Redusere tilgjengeligheten til rusmidler

Omfanget av problemer og skader øker med det totale forbruket av rusmidler. Å begrense tilgjengeligheten til rusmidler har positiv effekt på totalforbruk og skadeomfang. Strategier for å regulere tilgjengeligheten til rusmidler omfatter reguleringer og restriksjoner på salg og skjenking av alkohol, alkoholavgifter, vinmonopolordningen, aldersgrenser, reseptordningen for legemidler, forbud mot narkotika og kontrolltiltak mot ulovlig omsetning av rusmidler. Dette er sentrale virkemidler i den norske rusmiddelpolitikken.

De fleste regulatoriske virkemidler har som mål å redusere tilgjengeligheten. Noen reguleringer har som hovedmål å påvirke holdninger og etterspørselen etter rusmidler, for eksempel forbudet mot alkoholreklame. Begge typer reguleringer omtales i dette kapitlet.

### 4.1 Alkohol

Norsk alkoholpolitikk er basert på universelle tiltak. De viktigste virkemidlene er bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og avgiftspolitikken.

En rekke av de skadene som følger av alkohol, rammer flertallet som drikker en gang i blant. Videre er det grovt sett slik at de mest effektive virkemidlene er de minst populære, mens de mindre effektive virkemidlene er mest populære. Dette er et viktig bakteppe for vurderingene av hvordan alkoholpolitikken skal utformes. Også drikkemønstre får betydning for hvordan alkoholpolitikken skal utformes. Drikkemønstre er med på å prege skadebildet og dermed vektingen av ulike tiltak. En betydelig del av skadebildet omfatter skader påført andre enn alkoholbrukeren selv i form av passiv drikking. Hensynet til de som blir utsatt for skadevirkninger som følge av andres alkoholbruk, må stå sentralt ved utformingen av de universelle forebyggende tiltakene.

Rammene for de nevnte virkemidlene er i stor grad fastsatt i alkohollovgivningen (med unntak for avgiftene). Alkohollovgivningen har dermed en sentral plass i det forebyggende arbeidet. Hovedvirkemidlene i norsk alkoholpolitikk er

effektive og skal ligge fast. Rammene for de regulatoriske virkemidlene skal fortsatt fastsettes i alkoholloven, og kommunene skal fortsatt ha frihet til og ansvar for å utforme alkoholpolitikken lokalt. I dette kapitlet drøftes om disse virkemidlene er riktig utformet og om forholdet mellom statlig styring og lokalt selvstyre bør justeres på noen områder.

#### 4.1.1 Produkter, drikkemønstre og skadepotensial

I Norge reguleres drikker med høyt alkoholinnhold strengere enn drikker med lavere alkoholinnhold. Regulering avhenger av skadepotensialet, som antas å være noe høyere for alkoholsterke drikker, særlig gjelder dette akutte skader.

Aldersgrensen er 18 år for drikk som inneholder under 22 volumprosent alkohol, mens aldersgrensen for sterkere drikker er 20 år. Også avgiftene varierer med drikkens alkoholstyrke. I tillegg har alle brennevinsprodukter, uavhengig av alkoholstyrke, høyere særavgift enn annen alkoholholdig drikk. Begrunnelsen er at også alkoholsvake brennevinsprodukter antas å medføre en særlig skaderisiko. Alkoholsvake brennevinsprodukter, typisk såkalt rusbrus, har ofte høyt sukkerinnhold og et utseende som gjør drikkene tiltalende for unge. Skadepotensialet er altså ikke bare avhengig av alkoholinnhold, men også av for eksempel drikkemønsteret knyttet til en drikk. Også målgruppen for en drikk kan være av betydning.

I løpet av de siste tre til fire år er det, særlig i USA, blitt markedsført ferdigblandede energidrikker med høyt koffein- og alkoholinnhold. Enkelte av disse produktene er blitt trukket fra markedet etter krav fra amerikanske kontrollmyndigheter fordi kombinasjonen kan være direkte helsefarlig, særlig for helt unge personer. Utviklingen er bekymringsfull, og det er grunn til å vurdere tiltak dersom slike produkter skulle bli aktuelle på det norske markedet. Slike tiltak kan være nødvendige av hensyn til folkehelsen.

Produktets størrelse og utforming kan også ha betydning for antatt skadepotensial. Regjeringen vil rette særskilt oppmerksomhet mot at omset-

ningen av vin er mer enn fordoblet de siste 20 årene, og at en betydelig og økende del av salget er knyttet til større forpakninger (pappvin). I 2009 sto slike forpakninger for 55 prosent av den solgte vinen i volum. Pappvin kan føre til økt forbruk fordi det gir anledning til å ta et glass vin eller flere oftere, fordi man ikke trenger å åpne en flaske. Kartongen gir heller ikke samme oversikt over hvor mye man faktisk drikker, som det en flaske gir.

#### 4.1.2 Bevillingssystemet

##### *Salg og skjenking av alkoholholdig drikk*

Alkohollovgivningen befinner seg i skjæringspunktet mellom kryssende hensyn. Alkoholbruk følges av en rekke skadevirkninger, samtidig som alkohol er en lovlig vare. Dermed oppstår en spenning mellom behovet for å begrense og regulere omsetningen på den ene siden og næringsinteresser på den andre siden. Ansvaret for utforming av alkoholpolitikken er delt mellom stat og kommune, og reguleringen er i stadig tilpasning mellom statlig styring og kommunalt selvstyre. Det er behov for å vektlegge folkehelsehensyn framfor sterke næringsinteresser, samtidig som alkoholpolitikken må tilpasses lokale forhold. Dette innebærer en ansvarsfordeling hvor både stat, kommune og næring må bidra for at omsetningen skal skje på forsvarlig måte. Videre må reguleringen av alkoholholdig drikk balansere mellom hensynet til den private sfæren og det offentliges styring av samfunnet. Alkohollovgivningen kan heller ikke ses uavhengig av samfunnet for øvrig, og alkoholpolitikken vil påvirkes av samfunnsutviklingen generelt. Også internasjonale forpliktelser og internasjonalt samarbeid og utfordringer er viktige påvirkningsfaktorer.

Når det gjelder ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, trekker staten opp rammene for omsetning av alkoholholdig drikk. Det skjer blant annet gjennom avgifter, gebyrer, rammene for bevillingsordningen, vinmonopolordningen, maksimaltider for salg og skjenking og aldersgrenser. Staten legger også til rette for at kommunene kan føre en forsvarlig alkoholpolitikk, gjennom utarbeidelse av verktøy, som veiledere og kurs. Kommunene har ansvar for å utforme en lokalt tilpasset alkoholpolitikk. Behandling av bevillingssøknader, fastsetting av salgs- og skjenketider og kontroll/sanksjoner står sentralt.

Undersøkelser viser at kommunene ikke tar ut potensialet av virkemidlene i alkoholloven.<sup>1</sup> Forsk-

#### **Boks 4.1 Tilgjengelighet til alkohol**

Tilgjengeligheten til alkohol har økt betraktelig de senere år.

Fra 1980 til 2010 har antall skjenkebevillinger økt fra 2439 til 7373. Antall kommuner uten salgsbevilling har gått fra 213 i 1980 til null i 2003. Antall kommuner uten skjenkebevilling var 111 i 1980, i 2010 var det én.

I 1995 hadde 75 kommuner tak på antall salgsbevillinger og 80 kommuner tak på antall skjenkebevillinger, mens det i 2010 var 18 kommuner som hadde tak på antall salgsbevillinger og 30 på skjenkebevillinger.

Over 90 prosent av kommunene tillater salg til lovens maksimaltider som er kl. 20.00 på hverdager og kl. 18.00 på lørdager. 53 kommuner tillater skjenking til lovens maksimaltid kl. 03.00. 191 kommuner tillater skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 til kl. 02.00.

I 2010 inndro 15 kommuner om lag 20 salgsbevillinger, mens 41 kommuner inndro 110 skjenkebevillinger. Av disse skyldtes 11 skjenking til mindreårige, 37 skjenking til åpenbart påvirket kunde, 7 skjenking utover tillatt skjenketid, 23 økonomisk mislighold og 10 gjentatte brudd på skjenkebestemmelsene.

ning viser også at servering av alkohol til mindreårige og åpenbart berusede personer er nokså utbredt.<sup>2</sup> Etter alkoholloven skal kommunens kontroll særskilt omfatte disse forholdene. En del kommuner bryter loven ved at det ikke gjennomføres det antall kontroller som loven krever. Videre er det kun et fåtall av de avdekkede overtredelsene som fører til inndragning av bevillingen.<sup>3</sup>

Det er grunn til å tro at kommunene er under direkte og indirekte press fra næringsinteresser, samt at sammenlikning med alkoholpolitikken i nabokommuner medfører ytterligere press om å føre en liberal alkoholpolitikk.<sup>4</sup> Kommunens orga-

<sup>1</sup> SIRUS (2011): *Kommunenes forvaltning av alkoholloven 2011*

<sup>2</sup> Baklien og Skjælaaen (2012): *Loven, fylla og kommunene*, Tidsskrift for samfunnsforskning

<sup>3</sup> SIRUS (2011): *Kommunenes forvaltning av alkoholloven 2011*

<sup>4</sup> Andersen (2000): *Municipalities between the state and the people*. I Sulkunen m.fl.: *Broken spirits. Power and ideas in Nordic alcohol control* (NAD-publication no. 39) og Baklien og Skjælaaen (2012): *Loven, fylla og kommunene*, Tidsskrift for samfunnsforskning



nisering av ansvaret for bevillingssystemet kan bidra til å flytte oppmerksomheten fra alkoholpolitikk til næringspolitikk. Utfordringsbildet varierer mye fra kommune til kommune.

På denne bakgrunn og sett i sammenheng med at alkoholkonsumet er økende, er det nødvendig å se på om ansvarsforholdet mellom stat og kommune i alkoholpolitikken er riktig vektet og fordelt.

Statens rolle i alkohol- og bevillingspolitiske spørsmål er endret de siste årene. Endringene i alkoholloven i 1998 hadde innslag av sterkere statlig styring, blant annet ved innføring av normal- og maksimaltider for salg og skjenking, mens endringene i alkoholloven i 2004 innebar større frihet til kommunene ved at de særskilte delegasjonsbegrensningene ble opphevet i bevillingssaker. De siste årene har staten inntatt en tydeligere holdning til hvordan kommunene bør utforme alkoholpolitikken. Endringen vises gjennom fastsetting av rammer, rådgivning, kursing og utarbeidelse av verktøy. Særlig tydelig er forventingen om at kommunen skal vektlegge folkehelse og ta i bruk kontroll for å begrense skadevirkningene.

En slik vridning kan ikke ses uavhengig av utviklingen på helsefeltet generelt. Vridningen er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen og formålet med folkehelseloven. Etter folkehelseloven har kommunene plikt til å handle dersom det er store utfordringer i kommunen knyttet til alkoholbruk. Plikten inntreffer uavhengig av hvor i kommunene ansvaret for bevillingsspørsmål ligger. Gjennom aktiv bruk av alkohollovens virkemidler, herunder bevillingsordningen, kan kommunen forebygge alkoholrelatert skade og spare samfunnet og enkeltpersoner for økonomiske, helsemessige og sosiale kostnader.

Regjeringen mener at kommunen er nærmest til å se de særskilte lokale utfordringene og tilpasse bruken av blant annet bevillingsinstituttet til lokale forhold. Det gjelder både overordnet alkoholpolitikk i kommunen og i enkeltsaker. Kommunenes frihet til og ansvar for å fastsette en lokalt tilpasset alkoholpolitikk har sterke historiske røtter. Det lokale ansvaret for alkoholpolitikken skal fortsatt ha en viktig plass i alkohollovgivningen. Kommunen må ta sin del av ansvaret for å forebygge rusrelatert skade. Regjeringen vil fortsatt legge til rette for at kommunene skal ha tilgjengelig verktøy og få bistand i utviklingen av en ansvarlig alkoholpolitikk. Det må imidlertid vurderes om det på enkelte områder også er behov for å stramme inn på de statlige rammene.

I det følgende drøftes og vurderes bevillingssystemet, med særlig oppmerksomhet på fordelene av ansvar mellom stat og kommune.

Virkemidlene knyttet til bevillingssystemet og selve salget og skjenkingen av alkoholholdig drikk opererer langs to akser. Vi har virkemidler knyttet til innvilgelse og fastsetting av rammene for den enkelte bevilling, og virkemidler knyttet til oppfølging av bevillingene, herunder kontroll og reaksjon. For å få en helhetlig og forsvarlig alkoholpolitikk, må virkemidlene langs begge akser tas i bruk. God kontroll og strenge reaksjoner kan ikke veie opp for en lite gjennomtenkt innvilgelsespolitikk og vice versa. En politikk som kun baserer seg på utsagnet «lett å få, lett å miste», vil være et godt eksempel på at bare én side av bevillingspolitikken vektlegges. Resultatet kan bli store utfordringer med å følge opp salget og skjenkingen. En velfundert innvilgelsespolitikk må på den annen side følges opp av god kontroll. Det anbefales at kommunene sikrer en god og riktig balanse i alkoholpolitikken i rusmiddelpolitisk handlingsplaner. Dette vil bidra til å ivareta kommunenes forpliktelser etter folkehelseloven.

#### *Ansvarlig alkoholhåndtering*

Med bakgrunn i *Opptrappingsplanen for rusfeltet* er det satt i gang en rekke tiltak for å heve kompetansen om alkoholloven og styrke kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger. Det er utgitt en håndbok i alkoholloven. Det har vært avholdt en rekke seminarer for kommuner og politiråd om alkoholloven og viktigheten av å håndheve skjenkebestemmelsene. Det har vært lagt vekt på å redusere omfanget av overskjenking og voldsepisoder i tilknytning til skjenkestedene, jf. opplæringsprogrammet *Ansvarlig vertskap*. Det er også gjennomført et kontrollprosjekt i ni kommuner for å samle erfaringer om tiltak som kan bedre kommunenes kontroll. I det videre arbeidet for å øke overholdelsen av alkohollovgivningen skal det bygges på erfaringer fra det arbeidet som allerede er satt i gang.

Det blir ofte, noe feilaktig, henvist til STAD-prosjektet i den norske debatten om kontroll. Metoden heter egentlig *Ansvarsfull alkoholserving*, og den ble utviklet og utprøvd av den svenske organisasjonen STAD (Stockholm förebygger Alkohol och Drogproblem). Metoden har vist seg å ha svært godt potensial for å redusere vold, og det ble anslått at volden i Stockholm minsket med 29 prosent. De fleste kommuner i Sverige har tatt i bruk metoden *Ansvarsfull alkoholserving*. Metoden er basert på tre pilarer – opplæring, samarbeid og kontroll. Den er et trepartssamarbeid mellom kommune, politi og næring. Et sentralt moment for å få god effekt, er at alle tre pilarene

tillegges tilstrekkelig vekt. En helhetlig tilnærming til bevillingspolitikken, som omfatter opplæring, samarbeid og kontroll, er viktig for å få til et velfungerende uteliv, og for å minske og unngå skjenking til mindreårige, overskjenking og vold.<sup>5</sup>

Det er mye å lære av *Ansvarsfull alkoholserving*. Samtidig er det viktig å bygge videre på de allerede igangsatte prosjektene i Norge. Ulikheter mellom Norge og Sverige kan begrunne en noe ulik tilnærming i de to landene.

SIRUS' evaluering av det norske prosjektet *Ansvarlig vertskap* konkluderte med at opplæring av ansatte i bransjen må ledsages av gode kontrollrutiner og sanksjoner ved brudd på bestemmelsene, for å få god effekt. Det innebærer at både politi og kommunale tilsynsmyndigheter må involveres i planleggingen av mer målrettede innsatser mot skjenkestedene.<sup>6</sup>

Avdekkede overtredelser knyttet til skjenkebevillinger har økt fra 649 (125 kommuner) i 2006 til 1073 (134 kommuner) i 2010. For salgsbevillinger har antall avdekkede overtredelser økt fra 190 (55 kommuner) til 225 (70 kommuner) i samme tidsrom. Imidlertid har ikke dette ført til flere inndragninger av bevillinger (antall inndragninger av skjenkebevillinger var 128 i 2006 og 110 i 2010, mens antall inndragninger av salgsbevillinger var 22 i 2006 og 20 i 2010).<sup>7</sup> Kommunene er altså tilbakeholdne med å bruke inndragninger som et preventivt tiltak for å hindre brudd på salgs- og skjenkebestemmelsene.<sup>8</sup> Mye tyder på at kommunene ikke utnytter det forebyggingspotensialet som ligger i strenge og konsekvente sanksjoner. Særlig gjelder det skjenkebevillingene.<sup>9</sup>

Med utgangspunkt i disse erfaringene har Helsedirektoratet satt i gang et arbeid med en helhetlig tilnærming for å styrke kommunenes forvaltning av alkoholloven. Arbeidet har fått navnet *Ansvarlig alkoholhåndtering*. I tillegg til samarbeid, opplæring og kontroll legges det vekt på kunnskapsheving i alle ledd. Det er viktig at kommunene møter utfordringene helhetlig; fra utforming av planverk til innvilgelsespolitikk og kontroll. På denne bakgrunn vil regjeringen at kommunene skal legge sterkere vekt på ansvarlig alkoholhåndtering.

*Ansvarlig alkoholhåndtering* er inspirert av metoden bak *Ansvarsfull alkoholserving* fra Sverige. Den bygger videre på *ansvarlig vertskap* som opplæringsverktøy, samtidig som det rettes oppmerksomhet mot innvilgelsessiden av bevillingssystemet og dermed helheten i alkoholpolitikken. Helsedirektoratet har begynt å utforme den nye satsingen og vil bidra med faglig veiledningsmaterieell for kommunene. Alle kommuner skal få tilbud om kurs og bistand til å sikre ansvarlig alkoholhåndtering. Det vil bli utarbeidet faglig veiledningsmaterieell for kommunene. Også politiet og næringen vil få tilbud om kurs. Interkommunalt samarbeid bør vurderes der det anses hensiktsmessig.

Det siste året er det tildelt midler for å styrke Fylkesmannens rolle overfor kommunene når det gjelder alkoholloven. Fylkesmannen bidrar med kurs, nettverksbygging og kompetanseheving. En ytterligere styrking av fylkesmannsembetene vil være sentralt i arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering.

#### *Rammene for salg og skjenking og innvilgelse*

Når det gjelder bevillingssystemet og rammene for salg og skjenking, må man ta stilling til en rekke spørsmål.

For det første *hvor* det skal selges og skjenkes. Dette ansvaret er lagt til kommunene. For å oppnå formålet med alkoholloven er det svært viktig at kommunene tar i bruk mulighetene som ligger i innvilgelsesinstituttet til å føre en ansvarlig politikk. Kommunene kan velge å sette tak på hvor mange bevillinger som skal kunne gis. En slik regulering kan bidra til å begrense presset om å utvide antallet salgs- og skjenkesteder. Videre bør kommunen vurdere om salg og skjenking skal begrenses i enkelte områder, enten på generelt grunnlag (for eksempel at det ikke skal gis salgsbevilling i nærheten av ungdomsskoler) eller i områder med særskilte utfordringer, samt hva slags alkoholfrie soner kommunen ønsker. Alkoholloven gir kommunene anledning til å vektlegge en rekke hensyn ved vurdering av om bevilling skal gis. Kommunen bør ta stilling til hvilke hensyn som skal veie tungt for å få en forsvarlig alkoholpolitikk. I tillegg kan kommunen fastsette vilkår i vedtaket, for å sikre forsvarlig omsetning av alkoholholdig drikk. Krav om konseptbeskrivelse kan senere gi grunnlag for bortfall av bevilling dersom et sted endrer karakter på en måte som har uheldig alkoholpolitisk effekt.

Videre har staten sett behovet for å begrense omsetning av alkoholholdig drikk i enkelte typer

<sup>5</sup> Wallin E. m.fl. (2002): *Alcohol Prevention Targeting Licensed Premises: A Study of Effects on Violence*

<sup>6</sup> SIRUS-rapport 1/2004: *Evaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen 2000–2003*

<sup>7</sup> SIRUS (2011): *Kommunenes forvaltning av alkoholloven 2011*

<sup>8</sup> SIRUS-rapport 3/2011: *Utvikling på rusmiddelfeltet*

<sup>9</sup> SIRUS-rapport 5/2010: *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer*

utsalg. Det er ikke anledning til å gi salgsbevilling til kiosker og bensinstasjoner.

Kommunale salgs- og skjenkebevillinger kan gis for maksimalt fire år av gangen, og med opphør senest 30. juni året etter at nytt kommunestyre tiltrer. Slik settes en klar begrensning på varigheten en bevilling kan ha. Bestemmelsen skal først og fremst sikre at det til enhver tid sittende kommunestyret kan tilpasse alkoholpolitikken til lokale forhold. Ordningen innebærer en mulighet for å få en helhetlig gjennomgang av den kommunale alkoholpolitikken, og den sikrer handlingsrom til å møte utfordringer knyttet til rusproblematikk. En slik gjennomgang kan bidra til å begrense antallet bevillinger, luke ut useriøse aktører og sikre at vandelskravet er oppfylt.

For det andre må det vurderes *når* det skal være tillatt å selge og skjenke alkohol. Kommunene er gitt ansvaret for å fastsette salgs- og skjenketider i sin kommune innenfor maksimaltidene som er fastsatt i lov. Normaltiden for salg av alkoholholdig drikk som inneholder til og med 4,7 volumprosent alkohol er til kl. 18.00 på hverdager, men kommunen kan utvide til kl. 20.00 (maksimaltiden for salg).

Normaltiden for skjenking er kl. 01.00 for drikker som inneholder opp til 22 volumprosent alkohol, og kl. 24.00 for sterkere drikker. Også når det gjelder skjenking kan kommunen utvide tiden, men ikke utover maksimaltiden som er kl. 03.00.

Det har vært en betydelig økning i antall salgs- og skjenkesteder. Samtidig er det blitt mindre vanlig å gi bevilling som kun omfatter alkoholholdig drikk som inneholder under 22 volumprosent. Denne utviklingen har medført at alkoholholdig drikk er mer tilgjengelig enn noen gang. Dette er en utvikling kommunene må ta på alvor. Det er ingen tvil om at kommunenes alkoholpolitiske frihet følges av tilsvarende ansvar. Folkehelseloven pålegger kommunene å ha oversikt over utfordringene i sin kommune og å møte disse med tiltak. I den forbindelse kan begrensninger i antall skjenkesteder og kortere og/eller differensierte skjenketider være aktuelle tiltak. Samtidig står kommunene hvert fjerde år overfor en gjennomgang av bevillingspolitikken. Det gir samtidig anledning til å gjennomgå helheten i rusmiddelpolitikken og hvordan skjenketidene kan bidra til å begrense skadeomfanget. De alkoholpolitiske utfordringene må løses ved en helhetlig tilnærming til problemene, og kommunene må ta ansvar for å bruke virkemidlene i loven. Det er summen av lokalt iverksatte tiltak og virkemidler som avgjør om en kommune i tilstrekkelig grad vektlegger folkehelsehensyn i den lokale alkoholpolitikken.

Alkohol er ofte en medvirkende faktor når det utøves vold.<sup>10</sup> En av fire personer med akutte hodeskader ved Haukeland Universitetssykehus var påvirket av rusmidler, oftest alkohol, viser en, foreløpig upublisert, studie gjort av Ingrid T. Nagell. Politirapporter fra Oslo og Trondheim viser at en betydelig andel av voldsepisoder som blir politianmeldt, finner sted på utesteder. Et økt antall skjenkesteder innen et definert geografisk område gir økt antall voldstilfeller. Det samme gjelder utvidelse av skjenketiden. En norsk analyse av skjenketidsendringer og vold i 18 norske byer på 2000-tallet viste at en utvidelse av skjenketiden med én time førte til en gjennomsnittlig økning på 17 prosent i sentrumsvolden nattetid i helgene.<sup>11</sup> Innskrenking i skjenketiden gjorde at volden gikk ned. Dersom voldstilfeller henger sammen med konsumert alkohol på skjenkestedene, skulle det tilsi en reduksjon i omsetning ved skjenketidsinnskrenking.

En undersøkelse om hva slags effekt skjenketid har på utelivsbransjens omsetning i 48 kommuner, viste at én times reduksjon i skjenketiden reduserer gjennomsnittlig omsetning per skjenkested med 9 til 12 prosent.<sup>12</sup> De fleste kommunene som innskrenket skjenketiden, opplevde et fall i omsetning som følge av innskrenkingen.

Ovennevnte viser at tilgjengelighet i form av åpningstider har betydning for alkoholskadene. Dette gir en viktig premiss når kommunene skal fastsette de konkrete salgs- og skjenketidene i sine kommuner.

Regjeringen mener at rammene for salgs- og skjenketider fortsatt skal fastsettes av staten, og vil opprettholde dagens normal- og maksimaltider.

Innenfor rammen av disse må hver enkelt kommune, ut fra lokale forhold og det kunnskapsgrunnlaget som foreligger, vurdere hvilke salgs- og skjenketider som skal gjelde i kommunen.

Utgangspunktet for kommunenes vurdering av hvilke skjenketider det skal være i kommunen, bør være lovens normaltider – kl. 24.00 for steder med fulle skjenkerettigheter, og kl. 01.00 for steder som kun har anledning til å skjenke drikk som inneholder under 22 volumprosent alkohol.

Etter regjeringens syn er det svært viktig at kommunene differensierer skjenketidene. Alkoholloven gir anledning til dette. Begrenset tilgjen-

<sup>10</sup> SIRUS (2012): *Skjenking og vold, nettrapport sirus.no og forebygging.no*

<sup>11</sup> Rossow og Nordström (2011): *The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities*, Addiction

<sup>12</sup> SIRUS (2012): *Hvordan påvirker redusert skjenketid omsetningen i utelivsbransjen?*, nettrapport sirus.no

gelighet og aktiv bruk av skjenketid som virkemiddel kan bidra til å minske skadene og lette kontrollen.

Det kan tenkes mange måter å differensiere skjenketidene på. Som eksempler nevnes følgende:

- Kommunen kan bestemme at det skal være tak på antall bevillingsteder som får anledning til å skjenke til et klokkeslett utover normaltiden. Det kan i tillegg settes vilkår om hva som skal til for å kunne søke om å få innvilget søknad om slik utvidet skjenketid, for eksempel vilkår knyttet til ingen anmerkninger fra skjenkekontrollen og krav til ordensvakter.
- Kommunen kan bestemme at det for bestemte konsepter gis kortere skjenketid enn for andre.
- Kommunen kan bestemme at steder med lav aldersgrense får kortere skjenketid enn steder med høyere aldersgrense.
- Kommunen kan regulere tettheten av skjenkesteder med lang skjenketid i et visst område.

Kommunen må vurdere behovene i egen kommune, og bør innta retningslinjer for hvordan differensierte skjenketider skal brukes i sin rusmiddelpolitisk/alkoholpolitisk handlingsplan. For å ivareta det kriminalitetsforebyggende perspektivet, bør en slik handlingsplan drøftes med politiet og/eller aktørene i politirådet.

For det tredje må det vurderes *hvem* det skal kunne selges og skjenkes alkoholholdig drikk til. Det er i loven fastsatt aldersgrenser både for den som skal kjøpe og for den som skal selge. I tillegg kan kommunen fastsette aldersgrenser i bevillingsvedtaket, for eksempel for å begrense antallet skjenkesteder med svært unge gjester.

Til sist er *hvordan* bevillingen skal utøves et moment for vurderinger knyttet til innvilgelse av bevillingssøknad. Her har staten satt et minstekrav om kunnskap. Det er et krav for å få bevilling at styrer og stedfortreder godkjennes av kommunen og består en kunnskapsprøve. Helsedirektoratet har videreutviklet kunnskapsprøven slik at den fra 2012 kan avlegges elektronisk. Videre må bevillingshaver og personer med vesentlig innflytelse ha uklanderligandel. Det vil bli vurdert å stille krav til opplæring av ansatte. Kommunen kan og bør bruke adgangen til å stille vilkår for å sikre at salg og skjenking foregår på en forsvarlig måte. For eksempel kan det stilles vilkår om vakter og kursing av alle ansatte.

### Oppfølging av bevillinger

Ansvar for alkoholpolitikken er delt mellom kommune, stat og næring, også når det gjelder oppfølging av bevillingene.

Kommunen har ansvar for å veilede bevillingshaver, styrer og stedfortreder. Bevillingshaver har på sin side ansvar for at bevillingstedet har en velfungerende internkontroll. Disse to kravene skal, sammen med kunnskapsprøven, bidra til at kunnskapen om alkohollovgevingen på bevillingstedet er tilfredsstillende.

Kommunen skal kontrollere utøvelsen av bevillingene, og kommunene har ansvar for at kontrollørene får tilstrekkelig opplæring. Det skal foretas minimum tre ganger så mange kontroller per år som det er bevillinger, og kontrollen skal særlig legge vekt på salgs- og skjenketidene, aldersgrensebestemmelsene og at det ikke selges eller skjenkes til personer som er åpenbart påvirket av rusmidler. Kommunen kan inndra en bevilling for inntil fire år (ut gjeldende bevillingsperiode) dersom det avdekkes brudd på regelverk eller vilkår for bevillingen.

Som nevnt tidligere, er det dokumentert store utfordringer knyttet til overskjenking og salg og skjenking til mindreårige, samtidig som bruk av reaksjoner ligger lavt.<sup>13</sup> Dette er bakgrunnen for at regjeringen vil vurdere å innføre strengere krav til kontrollen av salgs- og skjenkebevillingene. Det vil bli vurdert å stille ytterligere krav til opplæring av kontrollørene, å styre når i åpningstiden kontrollene skal finne sted, å innføre pålegg om at kommunene skal innføre ansvarsfull alkoholhåndtering eller liknende programmer og/eller å øke antall kontroller. Økte krav til kontrollen vil ledsages av økte bevillingsgebyr, jf. prinsippet om at bevillingsgebyrene skal korrespondere med de kommunale kostnadene knyttet til drift av bevillingssystemet (søknadsbehandling og kontroll).

Videre kan det vurderes å fastsette minstekrav til reaksjon eller i større grad rette reaksjoner mot den ansatte som faktisk selger eller skjenker. I Stockholm har man i noen tilfeller tatt i bruk muligheten til å ilegge bøter til bartender i forbindelse med *Ansvarsfull alkoholservering*. Dette er et mulig tiltak også i Norge, og et virkemiddel kommunene kan ta i bruk. I forbindelse med SALUTT-prosjektet i Oslo, et samarbeidsprosjekt mellom kommune, politi og næring, vurderes dette som et aktuelt virkemiddel. Uansett er det bevillingshaver som har ansvaret for at utøvelse av bevillingen

<sup>13</sup> Baklien og Skjælaaen (2012): *Loven, fylla og kommunene*, Tidsskrift for samfunnsforskning

skjer på forsvarlig vis og at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om alkohollovgivningen til å ivareta dette. Dette ansvaret kan bevillingshaver ikke fraskrive seg, heller ikke om bøtelegging av ansatte tas i bruk.

Uavhengig av alle overordnede krav til oppfølging, er det til sist kommunen som står ansvarlig for å veilede de ansvarlige, utføre en god og hensiktsmessig kontroll og ta i bruk reaksjonsmuligheter som bidrar til økt overholdelse av regelverket.

Gjennom *Ansvarlig alkoholhåndtering* vil det legges til rette for at kommunene, i samarbeid med politi og næringsaktører, tar i bruk opplæring, samarbeid og kontroll for å unngå overskjenking og skjenking til mindreårige, og bidra til at øvrige deler av alkohollovgivningen etterlevs. Man vil trekke på erfaringene fra *Ansvarlig vertskap*. Kommunene må gi tilstrekkelig opplæring til kontrollørene og stimulere til at ansatte ved skjenkestedene deltar på kurs.

Politidirektoratet vil tilby politidistriktene opplæring i hvordan politiet kan bidra til å begrense beruselsesnivået og skadeomfanget av alkohol, basert på den svenske metoden. Det skal legges større vekt på å forebygge for derved å begrense vold, skader og kostnader. Erfaringene fra Sverige viser at politiet ved å være proaktive og delta i skjenkekontroll, kan bidra til å begrense voldsomfanget kraftig. Metoden forutsetter ikke økt kapasitet, men fordrer at man arbeider på en annen måte. Samtlige politidistrikter skal tilstrebe bruk av den svenske metoden i sitt arbeid. Dersom beruselsesnivået på utesteder senkes gjennom forebyggende tilstedeværelse, vil dette lette politiets arbeid ved skjenketidens slutt.

For å styrke arbeidet med kontroll utarbeides det en veileder. Målet er å øke kompetansen til kommunen og kontrollørene og etablere en nasjonal norm/standard for god kontrollvirksomhet. Den skal også bidra til å klargjøre politiets rolle i samarbeidet med kommunene når det gjelder kontroller. Veilederen skal gjøre kommunene bedre i stand til å sikre gode anskaffelser, dersom de velger å engasjere andre til å gjennomføre kontrollene. Erfaringene fra Sverige<sup>14</sup> og *Ansvarlig vertskap*<sup>15</sup> tas med i arbeidet. Veilederen utarbeides i samarbeid med politiet.

Spørsmålet om nasjonale retningslinjer for inn- dragning av bevilling ble drøftet og avvist i Prop.

48 L (2010–2011) om endringer i alkoholloven. Regjeringen har vurdert spørsmålet på nytt, i lys av utviklingen i alkoholkonsum med påfølgende skader, økt antall avdekkede overtredelser og at det ikke har funnet sted en tilsvarende økning i bruk av inndragningsinstituttet. For å sikre at bevillinger ikke utøves i strid med de alkoholpolitiske forutsetningene, vil det bli utarbeidet en forskrift med nasjonale krav til kommunenes reaksjoner ved brudd på alkoholloven. Forskriften skal bidra til at faktiske regelbrudd som overskjenking og diskriminering i større grad møtes med en reaksjon, og at det blir større grad av likebehandling mellom kommunene og generelt høyere bevissthet rundt denne delen av alkohollovforvaltningen i kommunene. Det vil iverksettes forskning underveis for å vurdere effekten av forskriften og hvordan kommunene følger den opp.

I tillegg til overskjenking, skjenking til mindreårige og diskriminering, er også forekomst av til dels alvorlig økonomisk kriminalitet et problem for salgs- og skjenkenæringen. Alkoholloven inneholder krav til uklanderlig vandel, og bevilling kan inndras dersom vandelskravet ikke lenger er oppfylt. Kommunene melder om utfordringer knyttet til raske, antatt fiktive, eierskifter og ønsker seg bedre muligheter til å stoppe useriøse aktører. Denne utfordringen må tas på alvor. For å hindre muligheten til raske, fiktive eierskifter, vil det bli vurdert om inndragningsvedtak skal kunne knyttes til skjenkestedets adresse/lokale i tillegg til bevillingshaver.

#### 4.1.3 Vinmonopolordningen

Vinmonopolet har eksistert i 90 år i 2012. Det har vært heleid av staten siden 1931 og er et av de viktigste alkoholpolitiske virkemidlene. Selskapet bidrar til begrenset omsetning av alkohol. Ordningen innebærer fravær av privatøkonomiske interesser som motiverende for salg og bidrar til omsetning i kontrollerte former. Det er omfattende dokumentasjon for at statlige detaljmonopol er svært effektive for å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer.

I Sverige er det foretatt analyser av hva som ville bli konsekvensene dersom man opphevet detaljsalgsmonopolet.<sup>16</sup> To ulike scenarioer er analysert: 1) å erstatte detaljmonopolet med bevillingspliktige spesialforretninger og 2) å gjøre all alkohol tilgjengelig i dagligvarebutikker.

<sup>14</sup> Wallin E. m.fl. (2002): *Alcohol Prevention Targeting Licensed Premises: A Study of Effects on Violence*

<sup>15</sup> SIRUS-rapport 1/2004: *Evaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen 2000–2003*

<sup>16</sup> Nordström m.fl. (2010): *Potential consequences of replacing a retail alcohol monopoly with a private licence system: results from Sweden*

Resultatene for scenario 1 viser 17 prosent økning i konsumet, og en årlig økning i skadeomfang på om lag 770 alkoholrelaterte dødsfall, 8500 voldsepisoder, 2700 promillekjøringstilfeller og 4,5 millioner sykedager. Tilsvarende tall for scenario 2 er 37,4 prosent økning i konsumet, og en årlig økning i skadeomfang på om lag 2000 alkoholrelaterte dødsfall, 20 000 voldsepisoder, 6600 promillekjøringstilfeller og 11,1 millioner sykedager. Det er grunn til å anta at en slik endring ville hatt tilsvarende effekt i Norge.

Vinmonopolet har gjennomgått store endringer. Selskapet har gått fra å ha omfattende eneretter til å bli et rent detaljhandelsmonopol. Videre har selskapet gått fra betjening bak disk til selvbetjening, samt at selskapet har utviklet nettbutikk og åpnet flere utsalg. Slik sett har Vinmonopolet bidratt til økt tilgjengelighet, men også – og det har vært formålet – til mer lik tilgjengelighet i alle deler av Norge. Selskapet er avhengig av å kunne levere til hele landet, enten ved utsalg eller via post.

Omleggingen må ses i en større sammenheng. Vinmonopolordningen er avhengig av tilstrekkelig legitimitet både i befolkningen og politisk. Der som oppslutningen om og forståelsen for selskapets eksistens ikke er til stede, vil monopolet ikke kunne opprettholdes, og salget av alkoholholdig drikk over 4,7 volumprosent vil bli lagt til butikk – noe som det er sterk grunn til å tro vil føre til økt skadeomfang. En økning i antall polutsalg vil medføre en mindre økning i forbruket. Et tilstrekkelig antall utsalg vil likevel være å foretrekke framfor å risikere at salget overføres til private og potensielt langt flere utsalgssteder. Vinmonopolet har lagt til rette for at lokale produsenter, på lik linje med andre, skal ha mulighet til å få sine produkter inn i sortimentet. Herunder er det lagt vekt på å gi god og omfattende informasjon om innkjøpssystemer for å øke kunnskapen om og forståelsen for hvordan systemet fungerer. Norske varer blir merket med opprinnelsessted, på lik linje med produkter fra andre land.

Vinmonopolordningen er under stadig press. Det er viktig å holde fast ved at Vinmonopolets formål er å bidra til begrenset tilgjengelighet til alkoholholdig drikk, og at andre hensyn ikke kan gå foran dette. Økende taxfree-salg og grensehandel fører til stagnasjon og mulig nedgang i Vinmonopolets omsetning. Samtidig påvirker også økte lønns- og pensjonskostnader Vinmonopolets økonomi. Lavere salg er positivt i den grad det fører til nedgang i forbruket. Men dersom stagnasjonen skyldes at annen registrert og uregistrert omsetning øker, kan det medføre utfordringer både for

selskapet og for politikken på området. Ønsket om et så godt utbygd salgsnett som mulig, påvirker også selskapets inntjening. Selskapet står overfor en krevende økonomisk periode. Dersom taxfree-salg og grensehandel øker ytterligere på bekostning av salg fra Vinmonopolet, kan det medføre en utfordring for selskapets legitimitet og dermed ytterligere øke presset på ordningen. Videre er det stadig press fra ulike aktører for å få spesielle produkter inn i sortimentet. Hensynet til likebehandling er helt sentralt og kan ikke utfordres.

#### 4.1.4 Prisivirkemidler

I tillegg til virkemidler som reduserer tilgjengeligheten, er prisvirkemidler de mest effektive for å redusere forbruket av alkohol. Norsk alkoholpolitikk har tatt slike virkemidler i bruk gjennom alkoholavgifter. Videre er det forbudt å selge alkoholholdig drikk med rabatt. I tillegg reduserer reklameforbudet aktørenes muligheter til å bruke pris som lokkemiddel.

##### *Nærmere om det generelle avgiftsnivået*

For å redusere forbruket og dermed skadene av alkohol har Norge et høyt avgiftsnivå på alkoholholdig drikk. Særlig sårbare grupper som ungdom, eldre og alkoholavhengige responderer også på prisendringer og drikker mindre når prisene går opp og omvendt.<sup>17</sup>

Samlet sett har prisene på alkoholprodukter i hovedsak fulgt konsumprisindeksen de siste ti årene. Effekten av avgiftene har til tross for dette blitt svekket fordi kjøpekraften i den norske befolkningen har økt. Økningen i alkoholforbruk må ses i lys av den betydelig økte kjøpekraften som har gjort alkohol relativt billigere for forbrukerne. Andelen som synes alkohol er for dyrt, har sunket fra 75 til 59 prosent i perioden 2005–2009.<sup>18</sup>

Alkoholavgiftene ble vurdert i NOU 2007: 8 *En vurdering av særavgiftene*. Utvalget konkluderte med at de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til alkoholbruk er høyere enn statens inntekter fra alkoholavgiftene. Dette er situasjonen til tross for at ikke alle alkoholrelaterte kostnader er med i beregningene, fordi skadene og kostnadene er så mange, ulike og omfattende og vanskelige å tallfeste (som for eksempel følgene av omsorgssvikt

<sup>17</sup> Cook og Moore (2002) *The Economics of Alcohol Abuse and Alcohol Control Policies*, Health Affairs

<sup>18</sup> SIRUS-rapport 1/2010: *Alkoholpolitikken og opinionen*

eller av arbeidsløshet). Utvalget påpekte at de samfunnsøkonomiske kostnadene og statens inntekter fra alkoholavgiftene ikke er direkte sammenliknbare, fordi en del av alkoholskadene er knyttet til bruk av alkohol som ikke er ilagt avgift (uregistrert omsetning).

Et flertall i utvalget foreslo å øke alkoholavgiftene med 10 prosent og mente at ytterligere økning burde vurderes etter en evaluering av effekten av økningen. Mindretallet gikk mot en økning da de mente at dette ville føre til økt uregistrert forbruk, tap av skatteinntekter, svekkelse av Vinmonopolets legitimitet og mindre aksept for en restriktiv alkoholpolitikk. I 2011 ble avgiftene økt med 5 prosent. Alkoholavgiftene gir inntekter til staten, som har store alkoholrelaterte utgifter, og bidrar til å redusere forbruket og derigjennom alkoholrelaterte skader og problemer.

Gjennomsnittlige samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til bruk av alkohol kan benyttes som en tilnærming for å fastsette det optimale avgiftsnivået (også anslag på gjennomsnittlige samfunnsøkonomiske kostnader vil imidlertid være beheftet med stor usikkerhet). Beregning av «korrekt» avgiftsnivå kompliseres ytterligere av at en del av de samfunnsøkonomiske kostnadene kommer som følge av bruk av alkohol som ikke er avgiftsbelagt. Videre må det vurderes om det skal justeres for andre forhold, deriblant at folk kan være mer kortsiktige i sine valg enn de selv ønsker. Det kan for eksempel tenkes at de som drikker, innser at det kan gi skader på lengre sikt, men at de likevel ikke motstår å drikke i dag. En del innser dette selv og ønsker å binde og kontrollere sin framtidige atferd. Særlig avgiften kan bidra til fordel for den langsiktige helsegevinsten i stedet for den kortsiktige her og nå. I tillegg til usikkerhet om hvordan man skal beregne «korrekt» avgiftsnivå, er det åpenbart at det kan være svært vanskelig å anslå kostnadene knyttet til alkoholskader. For nærmere beskrivelse av utforming av helse- og sosialrelaterte avgifter vises det til NOU 2007: 8 *En vurdering av særavgiftene*.

Videre og like viktig må avgiftsnivået balanse mot befolkningens oppslutning om de alkoholpolitiske virkemidlene, herunder avgiftsnivået. SIRUS-undersøkelsen som det er vist til over, tyder på at tendensen er økende aksept for alkoholavgifter og andre alkoholpolitiske virkemidler.<sup>19</sup>

Det må også tas hensyn til alkoholavgiftenes effekt på flytting av omsetning fra Vinmonopolet og norske dagligvarebutikker til såkalt uregistrert

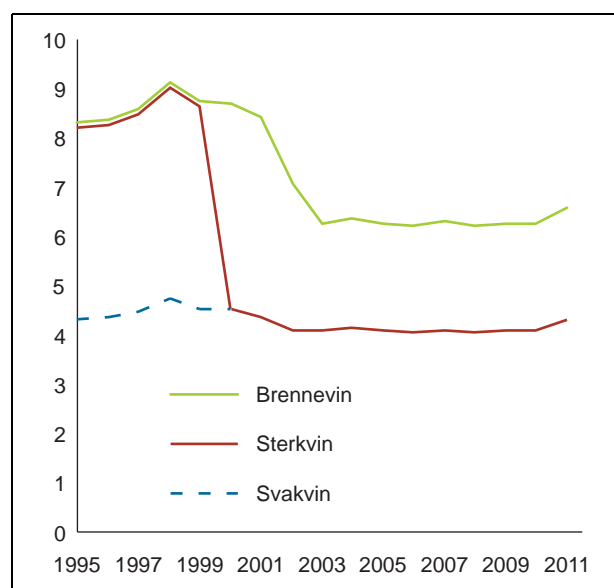
omsetning. Det vil si omsetning i form av grensehandel, taxfree-salg, privatimport, smugling og hjemmeproduksjon. Volumet av uregistrert omsetning påvirker alkoholavgiftenes reelle innvirkning på totalomsetningen og skadene av alkoholholdig drikk. Se nærmere omtale av uregistrert forbruk i kapittel 4.1.8.

Regjeringen legger til grunn at bruken av alkoholavgifter må videreføres som et sentralt etterspørselsreducerende tiltak.

#### Nærmere om utformingen av alkoholavgiften

Siden 1998 har avgiftene på brennevin og vin reelt gått ned. Fra 2000 ble avgiften på sterkvin redusert til samme nivå som avgiften på svakvin. Den reelle avgiften på vin ble redusert med drøyt 6 prosent reelt fra 2001 til 2002 mens avgiften på brennevin ble redusert med noe over 25 prosent fra 2001 til 2003. I 2004 ble alkoholavgiftene lagt om slik at alle brennevinsbaserte drikkevarer blir behandlet avgiftsmessig likt. Dette førte til en avgiftsøkning for brennevinsbasert rusbrus og sterkvin. Vin, rusbrus og sterkvin som ikke er brennevinsbasert, var upåvirket av denne avgiftsendringen.

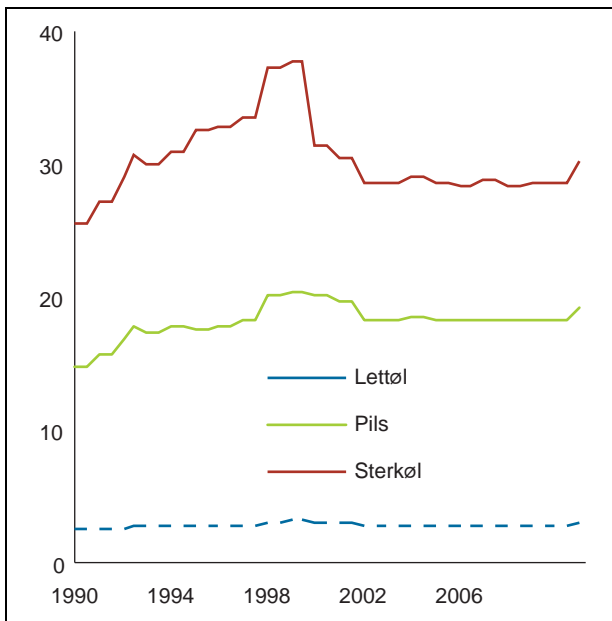
Regjeringen vil opprettholde ordningen hvor avgiftsnivået er knyttet til alkoholinnholdet, og hvor brennevin har en høyere avgift enn andre alkoholholdige drikker.



Figur 4.2 Utvikling i reelt avgiftsnivå for brennevin, sterkvin og svakvin i perioden 1995–2011. 2011-kroner per volumprosent og liter

Kilde: Finansdepartementet og Statistisk sentralbyrå

<sup>19</sup> SIRUS-rapport 1/2010: *Alkoholpolitikken og opinionen*



Figur 4.3 Utvikling i reelt avgiftsnivå på øl i perioden 1990–2011. 2011-kroner per liter

Kilde: Finansdepartementet og Statistisk sentralbyrå

#### 4.1.5 Aldersgrenser

Aldersgrensene er et av de sentrale virkemidlene i alkoholpolitikken. I Norge er aldersgrensen 18 år for drikk som inneholder under 22 volumprosent alkohol og 20 år for sterkere drikk. Grensene gjelder både salg og skjenking av alkohol. Det er tilsvarende aldersgrenser for de som står for salget og skjenkingen.

De fleste europeiske land har særlige beskyttelsestiltak rettet mot ungdom. Det er gjennomgående strengere regler for de sterkeste alkoholsortene. Svært mange land har aldersgrenser for salg og skjenking av alkohol. Mange har også regler for å beskytte ungdom mot påvirkning fra alkoholreklame. Det er en rekke grunner til at slike regler er innført. Ulike deler av hjernen utvikles ikke samtidig, og hjernen er ikke ferdig utviklet før ved 20-årsalderen. De områdene av hjernen som styrer trang til utprøving og sensasjon, utvikles tidligere enn frontallappen som styrer selvregulering og impuls kontroll. Det gjør at unge er særlig utsatt for risiko ved beruselse. Hertil kommer antakelser om varig påvirkning av lærings evne og hukommelse ved inntak av store mengder alkohol. Mange undersøkelser tyder på at tidlig alkoholdebut øker faren for å utvikle et høyt alkoholforbruk i voksen alder.<sup>20</sup>

Bestemmelser om aldersgrenser regnes som et effektivt forebyggende tiltak. Dette støttes av

faglige erfaringer fra mange land, blant annet studier om effekt av aldersgrenser i USA på 1980-tallet. Særlig markert var nedgangen i antall trafikkuulykker med alkoholpåvirket sjåfør. Mange land har strengere promillebestemmelser for helt ferske sjåførere enn for andre. Åtte land i EU-området har promillegrense på 0,2 eller lavere og 17 land har denne grensen for ferske sjåførere. Tyskland har en promillegrense på 0,0 for nye sjåførere.

Det er uakseptabelt at mindreårige får kjøpt alkohol. Som bevillingsmyndighet etter alkoholloven har kommunene ansvar for å håndheve aldersgrensene og de skal overholdes. Etter alkoholforskriften er aldersgrensene et av de områdene kommunen særlig skal føre kontroll med. Det er et mål å bidra til at kommunene får mer kunnskap om og en bevisst bruk av alkoholloven og bevillingssystemet i kommunene. Regjeringen vil arbeide for å sikre kvalitet i kommunenes arbeid med alkoholloven, herunder å legge til rette for mer effektiv kontroll og økt kompetanse på salgs- og skjenkestedene, se kapittel 4.1.2.

#### 4.1.6 Merking av alkoholholdig drikk

##### Advarselsmerking

I opptrappingsplanen for rusfeltet er et av tiltakene å vurdere advarselsmerking på alkoholholdig drikk i Norge. På denne bakgrunn har Helse direktoratet vurdert om advarselsmerking er et egnet tiltak generelt, og advarselsmerking rettet mot gravide har blitt særlig vurdert. Direktoratets konklusjon er at advarselsmerking kan være et egnet tiltak i en helhetlig informasjons- og tiltaksstrategi, for eksempel sammen med informasjonskampanjen om alkoholfritt svangerskap. Direktoratet peker på at advarselsmerking kan være en mulighet til å oppnå alkoholpolitikken og alkohollovens formål om reduserte skader og forbruk. Det vil kunne gi forbrukerinformasjon og dermed beskytte forbrukerne mot skader. En juridisk vurdering direktoratet har fått utført, konkluderer med at krav om konkrete advarsler vil være forenlig med EØS-regelverket. Frankrike har blant annet krav om advarselsmerking rettet mot gravide på alkoholholdig drikk.

Selv om advarselsmerking kan utfylle den alkoholpolitiske virkemiddelpakken er det begrenset kunnskap om effektene advarselsmerking har på forbruk og skadevirkninger. Kunnska-

<sup>20</sup> Hingson, Heeren og Winter (2006): *Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity*, Archive of Pediatrics Adolescent Medicine



pen om effektene av et slikt tiltak synes foreløpig for svak til å begrunne innføringen av tiltaket nå. Videre er det forhold som tyder på at advarselsmerking er et virkemiddel som vil bli nærmere vurdert på EU-nivå i årene framover. Det vil være hensiktsmessig å avvente utviklingen på EU-nivå og ikke innføre egne nasjonale løsninger før dette er nærmere avklart. Regjeringen vil på denne bakgrunn ikke innføre advarselsmerking nå. Utviklingen i andre europeiske land og i EU vil følges fremover, med tanke på eventuelt å komme tilbake til spørsmålet om advarselsmerking senere.

Samtidig er det viktig med riktig og målrettet informasjon om alkoholens skadevirkninger. Helsedirektoratet gjennomfører informasjonskampanjer for å øke bevisstheten og kunnskapen om alkoholens skadevirkninger. Arenaer for informasjon kan blant annet være Vinmonopolet og helsestasjoner. Regjeringen vil fortsette arbeidet for å informere best mulig om alkoholens skadevirkninger. Se nærmere i kapittel 5.4.8.

#### *Innholdsmerking*

I løpet av de siste 10–15 årene er det utviklet felles krav til merking av innhold i næringsmidler i EU- og EØS-området. Det er forbrukerorganisasjonene og helsemyndighetene som har drevet fram merkeregler for næringsmidler. Innføring av merking av alkoholholdige drikkevarer er utsatt i EUs organer flere ganger. Det er derfor i dag ikke krav til merking av ingrediens- og energiinnhold av alkoholholdig drikk, slik det er for andre næringsmidler. Det er særlig vinprodusentene som ikke har ønsket slik merking. Vinmonopolet har registrert økende forespørsel fra kunder om innholdsinformasjon, særlig gjelder det for vin.

Forbrukerne bør kunne forvente informasjon om innholdet i alle varer, det gjelder også alkoholholdige drikkevarer. Innholdsmerking bør derfor vurderes som et forbrukerpolitisk tiltak. Innholdsmerking kan blant annet også vise at de alkoholholdige drikkene inneholder mye sukker. Regjeringen mener at det bør arbeides for å innføre krav til slik merking også av alkoholholdig drikk.

#### **4.1.7 Forbudet mot alkoholreklame**

Norge har et strengt og omfattende forbud mot alkoholreklame. Regjeringen vil arbeide for å opprettholde forbudet i størst mulig grad. Reklameforbudet er en viktig del av den helhetlige virkemiddelpakken som skal begrense skadene som følger av alkoholbruk. Forbudet har både en etterspørselsreducerende og en holdningsskapende

begrunnelse. Det skal hindre påvirkning som fører til økt etterspørsel og opprettholde forståelse i befolkningen for at alkoholholdige drikkevarer er annerledes enn andre handelsvarer, og at det derfor er behov for særskilt regulering.

Reklameforbudet er under press fra kommersielle aktører som ønsker å spre informasjon om og fremme salg av alkoholprodukter. Det har vært reist spørsmål om reklameforbudet er i tråd med EØS-avtalen. Høyesterett har i den såkalte Pedicel-dommen fra 2009 slått fast at reklameforbudet er et egnet og nødvendig virkemiddel for å beskytte folkehelsen og at forbudet ikke strider mot EØS-avtalen. Det nasjonale reklameforbudet opprettholdes også ved implementeringen av direktivet om audiovisuelle medietjenester i EØS-avtalen.

Alkoholreklame er på agendaen i EU gjennom EUs alkoholstrategi. Medlemslandene ønsker fortsatt oppmerksomhet om alkoholreklame. Strengere tiltak mot alkoholreklame er på dagsorden i flere land. Frankrike og Sverige har allerede strenge forbud. Utviklingen kan tyde på en strengere regulering av alkoholreklame i EØS-området i framtiden. Regjeringen vil også være en pådriver for og arbeide internasjonalt for fortsatt oppmerksomhet om spørsmål som gjelder alkoholreklame.

Alkohol får mye positiv omtale i mediene, for eksempel vinomtaler og øltester. Slik informasjon påvirker handlingsmønstre og holdninger til alkoholholdige drikkevarer. Internasjonal påvirkning gjennom internett, TV-kanaler og reiseaktivitet bidrar ytterligere til dette. Reklameforbudet er viktig for å motarbeide inntrykket av at alkoholholdig drikk er en alminnelig vare som det er uproblematisk å forbruke så lenge den ikke «misbrukes» og fører til avhengighet. For å motvirke slik holdningspåvirkning er det viktig å redusere forbruksdrivende informasjon om alkoholprodukter.

Sosiale medier som Facebook, Twitter og blogger har skapt nye arenaer for spredning av alkoholomtale. Reklameforbudet er medienøytralt og omfatter også reklame i sosiale medier. Hva som er å anse som reklame, beror etter alkolloven på en konkret vurdering av om det foreligger massekommunikasjon i markedsføringsøyemed. Det vil si at hensikten til den som avgir informasjonen, er avgjørende for om den er å anse reklame eller ikke.

Uavhengig redaksjonell omtale av alkoholholdig drikk anses ikke som reklame og rammes derfor ikke av reklameforbudet. Begrunnelsen er at dette ikke skjer i markedsføringsøyemed. Redaksjonell omtale er også sterkere vernet av ytrings-

**Boks 4.2 Alkohol i mediene**

De fire avisene VG, Dagens Næringsliv, Aftenposten og Dagbladet inneholdt 312 helsider alkoholstoff i 2008. Dagbladet og VG hadde til sammen 37 forsider med henvisninger til omtale av alkoholprodukter. I tillegg kommer et stadig mer omfattende tilbud på internett, med vindatabaser, produktanbefalinger og drinkoppskrifter på redaksjonell plass.

Kilde: Blå Kors-rapport 2009 Alkohol som selger aviser – aviser som selger alkohol

friheten enn alkoholomtale med kommersielt formål. Slik alkoholomtale kan likevel, uansett formålet med omtalen, ha uheldig effekt på holdninger, drikkemønster og forbruk.

Bransjeaktører har henvendt seg til Helse- og omsorgsdepartementet og bedt om klargjøring av hvordan regelverket skal fortolkes, særlig når det gjelder informasjon som alkoholbransjen legger ut på internett. Departementet vil gå gjennom reklameregelverket for å se på muligheten for å presisere nærmere hvordan det skal forstås, herunder se på grensesnittet mellom produktinformasjon og reklameforbudet. Målet er å sikre lik behandling av like aktører og gjøre det enklere for aktørene å forholde seg til regelverket, ikke å myke opp reklameforbudet. Så lenge reklameforbudet er basert på avsenders formål med informasjonen, vil det uansett ikke være mulig å unngå alle tvilstilfeller. En konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle vil alltid være nødvendig.

Reaksjonene ved brudd på reklameregelverket er krav om retting, tvangsmulkt eller straff i form av bøter eller fengsel. Disse reaksjonene er ikke alltid like hensiktsmessige. Tvangsmulktordningen innebærer at enkeltbrudd på reklameforbudet ofte ikke vil ha noen konsekvens for den som bryter forbudet, så lenge reklamen fjernes innen fristen for å rette forholdet. Regjeringen vil vurdere om det bør innføres mer hensiktsmessige reaksjonsalternativer ved brudd på regelverket, for eksempel overtredelsesgebyr.

**4.1.8 Uregistrert alkoholkonsum**

Alkoholkonsumet består av både registrert og uregistrert forbruk. Registrert forbruk er alkohol som omsettes innenfor det norske bevillingssystemet. I tillegg kommer taxfree-salg, grensehandel, smugling og hjemmeproduert alkohol. Dette kal-

les med en samlebetegnelse for uregistrert forbruk, selv om deler av det, for eksempel taxfree-salget ved norske flyplasser, rent faktisk registreres.

Det er indikasjoner på at opp mot halvparten av brennevinskonsumet og 20 prosent av vinkonsumet kommer fra uregistrerte kilder, mens det antas at det uregistrerte forbruket av øl er ubetydelig.<sup>21</sup>

Mens forbruket av hjemmebrent, hjemmeproduert vin og smuglersprit ser ut til å ha gått ned i perioden 1994–2004, ser forbruket av alkohol fra taxfree-salg og grensehandel ut til å ha gått opp.<sup>22</sup> Dette skyldes blant annet at nordmenn reiser stadig mer. Man kan anta at den økte kjøpekraften bidrar til å gjøre smugling og hjemmebrent mindre attraktivt.

Det er stor usikkerhet når det gjelder omfang og utvikling i grensehandel. Grensehandelen avhenger ikke bare av avgiftene, men også av forhold som valutakurs og det generelle kostnads- og avgiftsnivået i andre land. Norge er et høykostland og det generelle pris- og inntektsnivået er høyere her enn i våre naboland. For eksempel vil kjøttprisen i Sverige være en viktig faktor for den totale grensehandelen. Alkoholavgiftene er derfor bare en del av det store bildet knyttet til grensehandel. Problematikken rundt grensehandel kan isolert sett ikke legitimere nasjonale lavere alkoholavgifter og dermed lavere priser.

Det er tillatt å ha med en viss mengde alkoholholdig drikk til Norge uten å betale avgifter. Kvoten for avgiftsfri innførsel utgjør 1 liter brennevin, 1,5 liter vin og 2 liter øl. Brennevinskvoten kan byttes i 1,5 liter av enten vin eller øl, mens vinkvoten kan byttes i øl, liter for liter. Vin og øl kan ikke byttes i sterkere drikke. Ved utenlandsopphold på mindre enn 24 timer, må man kunne dokumentere å ha betalt avgifter til et EØS-land (ikke taxfree-salg) for å ha med kvoten. En stor andel av den alkoholholdige drikken som konsumeres i Norge er kjøpt i utlandet eller i taxfree-butikker. Innenfor den avgiftsfrie kvoten betales det ikke norske avgifter på slik drikk. Nordmenn reiser mer enn tidligere og dermed øker volumet av taxfree-handel. Alkoholholdige drikker kjøpt i taxfree-utsalg utgjør en stadig større andel av totalkonsumet.

<sup>21</sup> SIRUS-rapport 1/2001: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. Nordlund (2003): *Grensehandel og tax-free import av alkohol til Norge*, Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift

<sup>22</sup> SIRUS-rapport 2/2007: *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. Nordlund (2003): *Grensehandel og tax-free import av alkohol til Norge*, Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift

Taxfree-utsalg og avgiftsfrihet bidrar til å støtte opp om alkoholpolitikken ved at den fungerer som en ventil som bidrar til generell aksept av høye avgifter. Utleie av lokaler til taxfree-utsalgene er en viktig inntektskilde for flyplassene. På den annen side gir taxfree-ordningen tilgang på billigere alkohol som er omsatt utenfor den godt kontrollerte omsetningskanalen som vinmonopolordningen representerer. Vinmonopolet mister omsetning til taxfree-butikkene. Det er en økonomisk utfordring for Vinmonopolet, ikke minst dersom taxfree-salget fortsetter å øke.

Salg fra taxfree-butikkene på norske flyplasser utgjorde i 2010 henholdsvis 32, 27 og 7 prosent av Vinmonopolets salg av hetvin, sprit og svakvin, og 1 prosent av ølsalget i norske butikker.<sup>23</sup> I tillegg kommer annet avgiftsfritt salg, for eksempel fergehandel.

Sommeren 2005 ble det tillatt å handle avgiftsfrie varer også ved innreise til norske flyplasser. Endringen har ført til økt avgiftsfritt salg på norske flyplasser.

SIRUS har beregnet at ordningen med taxfree-salg fører til et merforbruk av alkohol i Norge. Merforbruket er størst for hetvin og sprit (16 og 12 prosent økning). Merforbruket av vin og øl er anslått til ca. 3 prosent for vin og under 0,5 prosent for øl.

Særavgiftsutvalgets prinsipielle syn var at taxfree-kvoten burde fjernes. Flertallet foreslo at innførselskvoten burde fjernes og at taxfree-handel ved ankomst burde avvikles. Mindretallet mente at taxfree-ordningen ikke burde oppheves fordi den bidrar til at nordmenn aksepterer en restriktiv alkoholpolitikk. Dette til tross for at avgiftsunntaket ikke hadde noen økonomisk begrunnelse. Mindretallet la også vekt på at klarering av all alkoholholdig drikk ved grensepassering ville kreve økte ressurser til toll- og avgiftsetaten.

Regjeringen vil følge den videre utviklingen på taxfree-området nøye.

Smugling og hjemmebrent antas å utgjøre en svært liten del av alkoholkonsumet, men krever likevel oppmerksomhet. For det første unndras avgiftene. Minst like viktig er at smugling og hjemmebrent innebærer fravær av kontroll av produksjonsmetoder og innhold, noe som medfører risiko for helsefarlige produkter. I denne sammenheng kan det vises til metanolskandalen tidlig på 2000-tallet.

#### 4.1.9 Norges internasjonale engasjement – alkohol

Det internasjonale samarbeidet for å begrense helseskader og sosiale problemer forårsaket av alkoholbruk skjer først og fremst i Verdens helseorganisasjon (WHO) og regionalt i EU. De nordiske helse- og sosialministrene vedtok i 2004 å etablere et koordinerende samarbeid om alkoholpolitikken i internasjonale organer. Hovedvekten er lagt på EU og Verdens helseorganisasjon. Målet er å påvirke internasjonale forhandlinger og prosesser ut fra en felles forståelse av at alkohol må betraktes som en handelsvare med særlige helsemessige og sosiale konsekvenser. Det nordiske samarbeidet skal også styrke forskning, forebygging og behandling og arbeide for videreutvikling av en effektiv alkoholpolitikk på nasjonalt plan. Det er etablert en tjenestemannsgruppe med medlemmer fra alle de nordiske landene som følger dette arbeidet.

Internasjonalt samarbeid om å bekjempe alkoholrelaterte skader er helt nødvendig av to grunner. Globaliseringen fører til økt behov for å samarbeide om å redusere alkoholrelaterte skader på tvers av landegrensene. Når det gjelder utfordringer knyttet til markedsføring og håndtering av nye produkter, er man i økende grad avhengig av aktiv deltakelse i internasjonalt samarbeid. Mange land som tradisjonelt har hatt et lavt alkoholforbruk, opplever en vekst i forbruket uten at det er etablert gode forebyggende tiltak.

Alkoholrelaterte problemer varierer i betydelig grad fra land til land og mellom ulike regioner. Vel halvdelen av verdens voksne befolkning bruker ikke alkohol i det hele tatt. Europa-regionen har tradisjonelt hatt det høyeste forbruksnivået innen Verdens helseorganisasjon. Denne regionen har hatt alkohol som prioritert arbeidsområde i over 20 år. Globaliseringen og den økonomiske framgangen i mange land i sør har ført til en økning i alkoholforbruket også der. Alkoholspørsmålet står derfor nå høyere på den internasjonale dagsorden.

Det er viktig å kunne bidra til en god sosial utvikling i land med store sosiale og økonomiske endringer. Ikke minst fører urbaniseringen til store endringer i levekår og livsmønstre. Det innebærer blant annet en betydelig økning i alkoholforbruket i mange utviklingsland. Styrket internasjonalt samarbeid om å redusere skadelig bruk av alkohol er også et bidrag til internasjonal solidaritet.

<sup>23</sup> SIRUS (2012): *Avgiftsfritt salg på flyplasser og ferger i utenlandstrafikk*, nettrapport sirus.no

tet. Det er viktig at landene settes i stand til å håndtere problemene selv. På den måten kan vi få styring med problemene globalt. Norge vil bidra til en utvikling i positiv retning.

Norge vil gjennom deltakelse i Verdens helseorganisasjon arbeide for at lavinntektsland og mellominntektsland får faglig bistand til utvikling av regulatoriske virkemidler som skal begrense skadelig bruk av alkohol. Tiltak på alkoholområdet er nå kommet med i avtalen mellom Norge og Verdens helseorganisasjon for anvendelsen av de frivillige midlene til Verdens helseorganisasjon.

Verdens helseorganisasjon har de siste 15 årene, i nært samarbeid med Verdensbanken, hatt økt oppmerksomhet på å begrense risikofaktorer for sykdom og på å utvikle globale strategier med dette for øye. Tobakkskonvensjonen er et tydelig resultat av denne forebyggingsstrategien.

Verdens helseorganisasjon anslår at alkohol på verdensbasis er den tredje største risikofaktor for sykdom og for tidlig død. Det er anslått at skadelig bruk av alkohol er årsak til vel 2,5 millioner dødsfall hvert år. På nordisk initiativ vedtok Verdens helseforsamling i 2005 en resolusjon om «Public health problems caused by harmful use of alcohol». I 2007 ba helseforsamlingen om at det ble utarbeidet et forslag til global strategi om skadelig bruk av alkohol. Norge deltok aktivt i arbeidet for å få gjennom strategien, og den ble vedtatt i 2010.

Strategien skal settes ut i livet globalt og lokalt, og Norge deltar i et globalt koordinerende råd. Strategien har satt opp mulige tiltak som er faglig forankret i forskning. De sosiale, økonomiske og kulturelle forholdene varierer mye. Dette er derfor ikke noen strategi for en ensartet politikk. Samtidig er det høy grad av faglig enighet om hva problemene går ut på. De mest effektive tiltakene forutsetter ofte en velfungerende offentlig sektor og/eller kompetanse og kapasitet på statlig nivå til å igangsette slike tiltak. De samme utfordringer har man for tiltak som gjelder tobakk.

Alkohol er en risikofaktor for smittsomme sykdommer som tuberkulose og hiv. For ikke-smittsomme sykdommer er alkohol én av de fire store risikofaktorene. En viktig del av det internasjonale arbeidet på dette feltet er nært knyttet til den brede strategien for ikke-smittsomme sykdommer, non-communicable diseases, som FNs hovedforsamling vedtok en resolusjon om høsten 2011. Også Verdens helseorganisasjons styrking av arbeidet mot sosial ulikhet i helse er relevant i denne sammenheng.

Europa-regionen i Verdens helseorganisasjon vedtok sin første aksjonsplan om alkohol i 1992.

Planen ble fornyet ved regionkomitémøtet i Baku høsten 2011. Norge har deltatt aktivt i forberedelsene til dette arbeidet, blant annet gjennom den regionale referansegruppen på ekspertnivå.

EU satte for alvor alkohol på dagsorden i 2001 etter en stor konferanse om ungdom og alkohol som det svenske formannskapet i EU arrangerte sammen med Verdens helseorganisasjon. Initiativer som ble tatt i EUs ministerråd i 2004 ledet fram til en egen alkoholpolitisk strategi i EU i 2006. Selv om EU har sterkere implementerende virkemidler enn Verdens helseorganisasjon, anses alkoholpolitikken i EU for å være underlagt subsidiaritetsprinsippet. Det betyr at ansvaret for politikken er på nasjonalstatsnivå. Derfor er dette arbeidet i stor grad rådgivende, med stor vekt på erfaringsutveksling – særlig formidling av etablert viten.

Det er opprettet tre organer for gjennomføringen av EU-strategien:

- Komitéen for nasjonal alkoholpolitikk og tiltak (Committee for National Alcohol Policy and Action) som er medlemslandenes organ. Norge og Sveits er observatører med talerett.
- Forum for alkohol og helse (Forum for Alcohol and Health) som er et dialog- og diskusjonsforum for økonomiske interessegrupper, uavhengige folkehelserelaterte organisasjoner, forskningsmiljøer og nasjonale myndighetsorganer. Det er også en vitenskapskomité under dette forumet.
- Komitéen for innsamling av alkoholdata, indikatorer og definisjoner.

Målet for norsk deltakelse i EUs alkoholpolitiske organer er å kunne påvirke drøftelsene i EU-området, men også å få innspill gjennom erfaringsutveksling. Det gis støtte til helsefaglige programmer gjennom EØS-finansieringsordningene til utviklings- og investeringsprosjekter i en del EU-land. Regjeringen vil arbeide for flere programmer som styrker den folkehelsefaglige kompetansen, herunder arbeidet med å redusere rusrelaterte problemer.

Det må sikres at internasjonale handelsavtaler under World Trade Organization (WTO) og bilaterale handelsavtaler ikke får negative konsekvenser for Norges alkoholpolitiske virkemidler. I forbindelse med WTO-forhandlinger skal alkoholpolitiske konsekvenser vurderes. Det skal arbeides for at det i tilstrekkelig grad tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler. Norge skal ha god kompetanse på sammenhengen mellom EU-/EØS-rettslige spørsmål, WTO-spørsmål og helserelaterte spørsmål.

Også OECD er relevant for alkoholpolitikken. OECD arbeider for å forbedre helsesystemene, herunder også forebyggende arbeid rettet mot risikofaktorer for sykdom. Det organiseres regelmessige møter på ministernivå for helseområdet.

Norge deltar i flere regionale samarbeidsorganer i nordområdene. Alkoholrelaterte problemer er på dagsorden i flere av disse organene. Noen av landene har et høyt gjennomsnittlig alkoholforbruk med store helseproblemer og sosiale utfordringer. I og med at Norge har økte økonomiske og sosiale kontakter med disse landene, er det også i Norges interesse å bidra til å redusere rusrelaterte problemer.

I helsenettverket for den nordlige dimensjonen (NDPHS) er det et mål å begrense skadelig bruk av alkohol, narkotika og tobakk. Det er opprettet en ekspertgruppe som arbeider med disse spørsmålene. Norge leder denne gruppen i 2012.

Som en del av arbeidet under Barentsrådet (Barents Euro Arctic Council) er det etablert flere prosjekter innen forebygging og behandling. Flere av dem er finansiert innenfor rammen av norsk-russiske helsesamarbeidsprogrammer. Ikke-smittsomme sykdommer, inkludert alkohol og narkotika, diskuteres også i Østersjørådet og i Arktisk råd.

De etablerte samarbeidsorganene i den nordlige dimensjon og i EU har gjort bilateral kontakt enklere på ad hoc-basis i form av henvendelser om erfaringer med videre. Norge har hatt bilateral besøksutveksling med Frankrike på rusområdet gjennom en tidligere bilateral helseavtale.

#### Regjeringen vil:

- Opprettholde et differensiert system hvor alkoholsterke drikker og andre drikker med særlig skadepotensial, reguleres strengere enn andre produkter
- Opprettholde bevillingssystemet og sikre ansvarlig alkoholhåndtering i kommunene, herunder at beruselsesnivået senkes og overholdelse av aldersgrensene sikres
- Opprettholde de statlige normal- og maksimaltidene for salg og skjenking av alkoholholdig drikk
- Tydeliggjøre muligheten for, og stimulere til aktiv bruk av, differensierte skjenketider
- Øke kravene til kommunenes kontroll med bevillinger
- Utarbeide forskrift med nasjonale krav til kommunenes reaksjoner ved brudd på alkoholloven
- Etablere en nasjonal norm/standard for god kontrollvirksomhet
- Opprettholde vinmonopolordningen

- Fortsatt bruke alkoholavgifter som et virkemiddel for å redusere alkoholforbruket og dermed skadevirkningene av alkoholbruk
- Sikre overholdelse av aldersgrensene for alkoholholdig drikk
- Informere om alkoholens skadevirkninger og arbeide for at alkoholholdig drikk merkes med ingrediens- og energiinnhold
- Opprettholde og sikre etterlevelse av et strengt og medienøytralt reklameforbud
- Følge med på omfanget av den uregistrerte omsetningen og vurdere behovet for tiltak
- Fortsette arbeidet for at alkohol som folkehelseutfordring settes høyt på den internasjonale dagsorden.

## 4.2 Narkotika

### 4.2.1 Forbud mot narkotika

Narkotikaproblemet er globalt. For å redusere problemene som narkotika forårsaker, er det nødvendig med forpliktende internasjonalt samarbeid. Samarbeidet må baseres på et felles og delt ansvar mellom produsent-, transitt- og konsumentland.

Den internasjonale kontrollen med narkotika reguleres gjennom tre FN-konvensjoner som Norge har ratifisert og er folkerettslig bundet av. Det nasjonale forbudet mot innførsel, tilvirkning, oppbevaring, omsetning og bruk av narkotika hviler på disse konvensjonene. Premissene for norsk narkotikapolitikk legges følgelig i stor grad utenfor landets grenser.

De tre avtalene er sentrale for det internasjonale narkotikasamarbeidet og i overensstemmelse med norsk narkotikapolitikk og forbudslinjen. Denne linjen har stor oppslutning i Norge.

Besittelse og bruk av narkotika er straffbart i Norge, i likhet med flere andre europeiske land. I andre land reageres det i stedet med administrative sanksjoner. Portugal avkriminaliserte bruk av narkotika i 2001, og i Nederland er mindre kvanta av cannabisprodukter til eget bruk i praksis unntatt fra strafforfølging. Historiske og kulturelle forhold kan være grunner til at ulike land velger ulike løsninger.

En del aktører i samfunnsdebatten argumenterer for å avkriminalisere besittelse og bruk av narkotika, særlig cannabis. Det hevdes at kampen mot narkotika er tapt og at legalisering er nødvendig for å komme den økonomiske narkotikakriminaliteten og brutaliteten til livs. Ved å legalisere hevdes det at det illegale inntektsgrunnlaget vil falle bort. Videre argumenteres det med at kontrollskadene ved politiets uro-aksjoner, pågripel-

**Boks 4.3 FN-konvensjoner**

FN-konvensjonen av 1961 (The Single Convention on Narcotic Drugs) regulerer stoffer som er naturprodukter eller fremstilt av slike. Konvensjonen forplikter partene til å ta de lov-messige og administrative forholdsregler som er nødvendige for å begrense bruk og besittelse av narkotika utelukkende til medisinske og vitenskapelige formål. I artikkel 33 heter det at statene ikke skal tillate besittelse av narkotika uten ved hjemmel i lov. Artikkel 36 oppstiller krav om at forsettlig besittelse av narkotika gjøres straffbart i statene. Bruk er ikke nevnt i denne forbindelse.

FN-konvensjonen av 1971 (The Convention on Psychotropic Substances) regulerer kontrollen med de mange syntetiske stoffene som etter hvert har fått innpass. Artikkel 7 forplikter statene til å forby all bruk av nærmere opplistede stoffer, unntatt for vitenskapelige eller svært begrensede medisinske formål. Heroin er ikke omfattet av denne konvensjonen.

FN-konvensjonen av 1988 (The Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) kontrollerer i første rekke ulovlig transport og handel med narkotika. Den utvider kontrollsystemet til også å gjelde handel med basisstoffer, de såkalte prekursorer. Etter artikkel 3 er statene forpliktet til å sette straff for forsettlig anskaffelse, besittelse, kjøp og salg av narkotiske stoffer til personlig bruk, når stoffet stammer fra ulovlig handel. Det stilles ikke krav om at selve bruken av stoffet skal gjøres straffbart.

ser og arrestasjoner er for store. Videre hevdes det at det er urimelig å kriminalisere og straffe et ikke ubetydelig antall personer som i beste fall ikke gjør skade på andre enn seg selv, og at cannabis er mindre skadelig enn alkohol.

Et formål med kriminalisering er det allmennpreventive. Dette sår det tvil om med henvisning til at narkotika likevel er tilgjengelig og brukes. Det hevdes at det ville være bedre å ta kontroll med omsetningen og regulere den på liknende måte som alkohol/legemidler/tobakk. Det hevdes at man på den måten kan unngå stigmatisering, utstøting og kriminalisering.

Regjeringen ser det ikke tilstrekkelig godtgjort at avkriminalisering og/eller legalisering vil

**Boks 4.4 For eller mot hasj?**

I en Sentio-undersøkelse fra juni 2010 ble et representativt utvalg spurt om de er «for eller mot at det skal være lov å selge, ha eller bruke hasj i Norge». Nesten ni av ti voksne svarte at de er mot. Tilsvarende bilde viser SIRUS' undersøkelser blant ungdom. I 1998 svarte 12,1 prosent av de spurte at de var for legalisering av cannabis. I 2008 var tallet 6,8 prosent.

Kilde: Sentio og SIRUS

reduere narkotikaproblemene. For det første er Norge forpliktet av internasjonale konvensjoner. Ved å legalisere narkotika ville vi sette oss utenfor dette samarbeidet. Omkostningene ved det er for store. Det er sannsynlig at legalisering ville gjøre narkotika enda mer tilgjengelig og sosialt akseptert. Det ville medført økt forbruk og at flere ville oppleve problemer på grunn av bruk. Norsk rusmiddelpolitikk er i stor grad basert på solidaritet med de mest utsatte. Legalisering ville med stor sannsynlighet legge stein til byrden for denne gruppen. Det er dessuten lite trolig at legalisering ville komme den økonomiske kriminaliteten til livs. Grupperinger som står bak den internasjonale narkotikahandelen, ville ha møtt legalisering med ukjente mottrekk (ballongeffekten). Ved eventuell legalisering måtte det dessuten settes i verk omfattende regulering, som for eksempel lisenser og aldersgrenser.

For politiet har straffbarheten betydning i det forebyggende arbeidet. Straffbarheten gir også en inngangsport til bakmenn og den organiserte kriminaliteten knyttet til den illegale narkotikaomsetningen.

Norge har et lavt forbruk av narkotika. Å gjøre store forandringer ville være et eksperiment med ukjent resultat. Derfor vil regjeringen opprettholde forbudet mot besittelse og bruk av narkotika. Dette er imidlertid ikke til hinder for å benytte alternative straffereaksjoner, se kapittel 7. Utgangspunktet er at narkotikaavhengighet skal betraktes som et helseproblem og møtes med hjelp.

Et viktig mål med det internasjonale samarbeidet er å begrense dyrking og produksjon av narkotika. I den grad en lykkes vil det ha stor betydning for rusmiddelsituasjonen i Norge. Redusert tilgang på narkotika på verdensmarkedet vil også medføre mindre narkotika i Norge og til høyere

pris. Det vil kunne redusere rekruttering, skadelig bruk, avhengighet og antall overdoser.

#### 4.2.2 Håndheving – politi

Regjeringen legger til grunn at redusert tilgjengelighet til narkotika er en svært effektiv måte å forebygge og håndtere narkotikaproblemene på. Det dyrkes en del cannabis i Norge, men i all hovedsak kommer all narkotika som omsettes og brukes her i landet, fra andre land.

Det betyr at nasjonal innsats ikke er tilstrekkelig for å redusere mengden av narkotika på det norske markedet. Innsatsen må også settes inn der narkotika dyrkes og produseres, og i transittland langs smuglerrutene. Politiet, toll- og avgiftsetaten og utenriksstjenesten sitter med nøkkelen til om vi vil lykkes i å begrense narkotikarelaterte problemer og skader. Intensjonen om å tenke helse i alt vi gjør, gjelder også her.

I dette avsnittet beskrives politiets rolle. Toll- og avgiftsetaten og utenriksstjenesten omtales senere.

Samfunnet skal først og fremst arbeide for å hindre at kriminalitet oppstår. Politiet har en sentral rolle i dette arbeidet. Når straffbare forhold begås, blir noen eller noe skadelidende. Sosialt og økonomisk er det mye å vinne på at kriminalitet ikke begås, fremfor at politi og påtalemyndighet må bruke ressurser på å oppklare og straffefølge.

Regjeringen legger vekt på at forebyggende tiltak først og fremst skal utformes med tanke på å hindre utprøving av narkotika. Herunder kommer såkalt rekreasjonsmisbruk og rekruttering til rusmiljøer. Straff for besittelse og bruk er et viktig virkemiddel for å gjennomføre forebyggende tiltak. Sentrale virkemidler for effektivt å redusere narkotikamarkedet og bruken av narkotika er blant annet:

- effektiv og god kontroll for å hindre smugling, illegal distribusjon og omsetning av narkotika
- god kontroll med at legale narkotiske midler ikke lekker til det illegale markedet
- god kontroll med produksjon, transport og lovlig handel med virkestoffene (prekursorer) som også benyttes i illegal narkotikaproduksjon.

Politiet og toll- og avgiftsetaten beslaglegger betydelige mengder narkotika. I 2010 ble det registrert 31 400 beslag. Cannabis er den største gruppen og utgjør 44 prosent av alle beslag. Amfetamin og metamfetamin er den nest største gruppen. I nordisk sammenheng er særlig forekomsten av

metamfetamin bekymringsfull. Bruken av kokain er stigende, mens bruken av heroin synes å være mer stabil. Det ble beslaglagt noe i overkant av 100 kg heroin i 2010, mens tallet var 130 kg i 2009. Anslag over forbruket av illegal narkotika indikerer at kontrollmyndighetene bare lykkes med å beslaglegge en brøkdel av alt som forsøkes innført. Regjeringens mål er at mengden som beslaglegges bør betydelig opp for alle typer narkotika. Regjeringen vil legge til rette for at kontrollsidene i narkotikapolitikken gjøres mer effektiv med sikte på å øke beslagene og dermed hindre at narkotika er tilgjengelig på det norske markedet.

Narkotikakriminaliteten utgjør en betydelig del av politiets og påtalemyndighetens arbeid. Kriminalstatistikken viser en kraftig økning i det totale antall anmeldte narkotikalovbrudd i løpet av 1990-tallet. I 1993 var det 12 714 saker, i 2000 var tallet steget til 40 730. Etter 2001 er tallet stabilisert på et noe lavere nivå. I 2009 ble det anmeldt 39 280 narkotikaforbrytelser. Idømte straffereaksjoner knyttet til narkotikakriminalitet utgjør den største gruppen idømte straffereaksjoner. I 2009 var noe over 40 prosent av de idømte straffereaksjonene i forbrytelsessaker knyttet til narkotika. Tallet har holdt seg relativt stabilt over år.

Anmeldte brudd på legemiddelloven, som årlig utgjør rundt halvparten av alle narkotikalovbrudd, fører nesten alltid til straffeforfølgelse av gjerningspersonen. Dette innebærer siktelse eller tiltale som resulterer i en eller annen straffereaksjon. Antall dommer for narkotikaforbrytelser etter straffeloven økte betydelig rundt årtusenskiftet. I årene etterpå har det vært mellom 6000 og 7500 slike dommer. Det har vært nær en fordobling i antall anmeldelser for grove narkotikaforbrytelser de siste ti årene. Når det gjelder reaksjoner for brudd på legemiddelloven var det en topp i 2001 med 7314 reaksjoner. I årene etter har det vært en nedgang. De aller fleste reaksjoner etter legemiddelloven gjelder bruk eller besittelse av små kvanta narkotika som hovedlovbrudd.

Rusmiddelbrukere trekkes mot større sentre der det sosiale miljøet er mindre gjennomskiktig, og hvor tilgjengeligheten til narkotika og andre rusmidler er større. Det store antall brukere av tunge narkotiske stoffer og den synlige omsetningen av cannabis og tyngre stoffer i det offentlige rom, er en utfordring for politiet.

Oslo har åpne omsetningssteder og fungerer også som «distribusjonssentral» for narkotika til andre landsdeler. Tilgangen på narkotika beskrives som stabil og prisnivået på de fleste typer narkotiske stoffer har gått betydelig ned de siste 20 år.<sup>24</sup> Oslo politidistrikts trendrapport for 2012

#### **Boks 4.5 Politiets tiltak mot åpne rusmiljøer/åpenlys narkotikamisbruk i Oslo**

Oslo politidistrikt presenterte i juni 2011 en handlingsplan mot de åpne rusmiljøene i Oslo sentrum. Planen hadde disse punktene:

- Åpenlys kriminalitet (omsetning og bruk av narkotika) skal forebygges og forhindres
- Synlig og permanent tilstedeværende politi i de åpne rusmiljøene ved Oslo S og nærområder i tidsrommet 10–22 (alle dager)
- Hindre nyrekruttering – særlig barn og unge under 18 år
- Ta ut kriminelle nettverk som er involvert i salg av narkotika i de åpne rusmiljøene
- Avklare identiteten til de mest aktive selgerne uten lovlig opphold i Norge med formål å få dem uttransportert til hjemlandet
- Gjengangertilnærming overfor de mest aktive selgerne uten lovlig opphold i Norge som ikke kan sendes ut.

Politiets egen evaluering av innsatsen sommeren og høsten 2011 viser at satsingen har resultert i økt tilstedeværelse av uniformert politi. Det har blant annet vært utplassert mobil politipost i det aktuelle området. Politiet har økt bruken av bortvisninger for å hindre åpenlys bruk, kjøp og salg av narkotika. Dette har resultert i at antall anmeldelser for narkotika har gått ned. Dette var en forventet utvikling.

beskriver endringstrekk i narkotikanettverkene. Tidligere besto disse av personer med samme etniske bakgrunn, gjerne knyttet sammen gjennom felles slekt eller opprinnelsessted. Bildet har gradvis endret seg, og de kriminelle nettverkene ser ut til å samhandle mer på tvers av slike skillerlinjer. Samarbeidsrelasjonene påvirkes av hvem som besitter investeringskapital, hvem som har «markedsandeler» i narkotikamarkedet gjennom gode underselgere, og dermed god omsetningshastighet og stor troverdighet i det kriminelle miljøet gjennom kontakt med gode leverandører i utlandet. Pris, kvalitet og leveringsgaranti er sentrale faktorer.

Problemene var opprinnelig konsentrert om de større byene og særlig Oslo. I dag er narkotika tilgjengelig og brukt over hele landet. I følge en kartlegging gjennomført av KORFOR i perioden november 2011 til februar 2012 ser det ut til at det er tre grupper kommuner som utmerker seg. Det er tradisjonelle industrikommuner, mindre kommuner med nedgang i folketall og omlandskommuner til bysentre med stort press på boligmarkedet, og med stor vekst i folketall.

Justismyndighetene er hovedaktører på mange områder i arbeidet med å begrense tilbud og tilførsel av narkotika. Å begrense tilførselen ved en vedvarende satsing på kontrolltiltak og håndheving av nasjonal og internasjonal lovgivning har betydelig effekt på reduksjon av narkotikabruken.

#### **4.2.3 Grensekontroll**

De overordnede målene for toll- og avgiftsetaten er å hindre ulovlig inn- og utførsel av varer, og å sikre riktig fastsettelse og rettidig innbetaling av toll og avgifter. Etaten skal også avdekke varer som ikke er korrekt deklartert, uten å hindre den legale vareførselen.

Toll- og avgiftsetaten kontrollerer varer, transportmidler og reisende ved grensepassering inn og ut av landet. Å hindre innførsel av ulovlige rusmidler har høy prioritet. Årlig gjennomsnittsbetrag i perioden 2009–2011 var 1119 kg hasj, 99 kg marihuana, 141 kg amfetamin, 64 kg heroin, 60 kg kokain og 9533 kg khat.

Det har vært stor økning i tallet på reisende til Norge de siste årene. I 2011 ankom 8,7 millioner reisende med fly, 8,5 millioner kjøretøy krysset grensen og om lag en million trailere ankom Norge. Hvert døgn passerer om lag 10 000 personbiler over Svinesundbroen og over 30 000 reiser daglig via Oslo lufthavn Gardermoen. Det forventes en fortsatt økning. Etaten håndterte rundt seks millioner varedeklarasjoner i 2011, hvorav 75 prosent var innførselsdeklarasjoner. Det er viktig at etaten velger ut riktig kontrollobjekt i denne mengden med reisende og gods for å lykkes i anti-narkotikaarbeidet.

Toll- og avgiftsetaten har tatt i bruk mobile røntgenskannere for å avdekke smugling av tobakksvarer, alkohol og narkotika i personbiler og trailere. Etaten har prøvd ut teknisk utstyr for elektronisk tilstedeværelse på grenseoverganger, basert på kameraer og automatisk skiltgjenkjenning. Utstyret er prøvd ut på grenseoverganger i Østfold, og har bidratt til flere store narkotika-beslag.

<sup>24</sup> SIRUS-rapport 4/2005: *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler*



Etaten avdekker nå mer enn 60 tilfeller av smugling av narkotika skjult i kroppen hvert år. Det er en mangedobling på få år. Denne smuglingsmetoden er vanskelig og ressurskrevende å avdekke. Toll- og avgiftsetaten har derfor sendt på høring et forslag om å bruke lavdose røntgenapparater for å avdekke narkotika skjult i kroppen. Det vil spare tid og er mindre inngripende for personen det gjelder.

Å avdekke valutasmugling er en annen prioritert oppgave. Å hindre udeklart inn- og utførsel av valuta kan ses som et tiltak mot narkotikasmugling. Samme metode som benyttes for å smugle narkotika inn i landet, blir benyttet for å smugle valuta ut av landet. Ved slike tilfeller brukes valutaen som betaling for narkotikaen.

#### 4.2.4 Nye stoffer

De siste årene er det avdekket mange nye stoffer i Europa. Markedet for syntetiske stoffer øker, og leverandører omgår narkotikakontrollen ved å tilby uregulerte stoffer. Det nye nå er det brede spekteret av stoffer som tilbys, økende bruk av internett, aggressiv og avansert markedsføring. Markedet er tilpasningsdyktig og reagerer hurtig på kontrolltiltak (ballongeffekten). Dette er et økende problem også i Norge. Kripos har registrert nærmere 40 nye uregulerte stoffer siden 2009. Syntetiske cannabinoider er det mest synlige problemet.

Toll- og avgiftsetaten er bekymret over utviklingen hvor nye rusmidler er tilgjengelige via internett. Etaten har avdekket store sendinger med syntetiske rusmidler som er forsøkt innført til Norge. Disse er basert på kjemiske forbindelser som i utgangspunktet faller utenfor dagens narkotikaforskrift. I 2011 ble det beslaglagt over 9 kg syntetiske cannabinoider med hjemmel i legemiddeloven. I brukerdoser tilsvarer det ca. 1,5 tonn vanlig cannabis. Brukerdosen for disse rusmidlene måles i milligram. Selv svært små mengder kan inneholde mange brukerdoser. Etaten har sett en kraftig økning i disse nye rusmidlene, og problemet er landsdekkende. Erfaringer i rusmiljøene formidles raskt på internett og det er enkelt å bestille. Også blandingsbruken øker. Alkohol er ofte inkludert ved eksperimentell bruk av narkotika, særlig blant unge.

Dagens narkotika- og legemiddelovgivning er lite egnet til å fange opp slike stoffer raskt nok. Ofte mangler kunnskap og grunnlag for å regulere stoffene som narkotika. Det er uklart i hvil-

ken grad de rammes av legemiddelovgivningen, fordi de verken brukes i medisinsk øyemed eller fremstår som produkter tiltenkt for mennesker.

#### *Systemet for regulering av nye stoffer – narkotikalistene*

Narkotikalistene gir oversikt over narkotiske stoffer som er forbudt. Listen inneholder stoffer og planter som kommer inn under FN's narkotika-konvensjoner. Narkotikalistene er viktige av flere grunner. Den gir nyttig informasjon om ulovlige og skadelige produkter slik at folk kan medvirke til å hindre helsefarlig og livsfarlig bruk. En oppdatert liste er et viktig verktøy for toll- og avgiftsetaten og politiet. Stoffer som er oppført på narkotikalistene reguleres strengt hva gjelder tilvirkning, innførsel, besittelse og bruk.

Legemiddelverket kan føre opp nye stoffer og planter dersom virkningene likner de som gjelder for allerede oppførte stoffer. Slike nasjonale oppføringer skjer fortløpende. Det dukker stadig opp nye stoffer og planter som kan brukes som rusmidler. I 2011 ble åtte syntetiske cannabinoider ført opp på listen.

Legemiddelverket utreder en forskriftsendring som skal gjøre det mulig å føre opp grupper av beslektede stoffer i tillegg til enkeltstoffer, såkalt «generic scheduling». På den måten kan narkotikalistene omfatte flere av de mange nye stoffene som kommer på markedet. Det gjør det mulig for myndighetene å kunne være i forkant av utviklingen.

The International Narcotics Control Board (INCB) anmodet i mars 2011 alle land om å innføre slik generisk definisjon av narkotika, nettopp for å kunne kontrollere grupper av stoffer. Anmodningen er et uttrykk for at man ikke lenger kommer til målet ved å oppføre ett og ett stoff på narkotikalistene. Det illegale markedet er på stadig jakt etter å finne nye, ikke-kontrollerte «slektninger» av de oppførte stoffene.

Legemiddelverket samarbeider med Kripos og toll- og avgiftsetaten, og de får innspill om nye stoffer fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Som medlem av EUs overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN/EMCDDA) deltar Norge i et arbeid for identifisering og tidlig varsling om forekomst av nye narkotiske stoffer, Early Warning System. Formålet er å overvåke nye psykoaktive stoffer som ikke står oppført på FN's narkotikaliste og som kan utgjøre en helse- og samfunnsrisiko.

#### 4.2.5 Internett som omsetningskanal

Internett benyttes i økende grad til å utføre vinningskriminalitet og alvorlig organisert kriminalitet. Det kan for eksempel være narkotikahandel, våpensmugling, menneskesmugling, menneskehandel og hvitvasking. Nye sosiale medier og fildelingsteknologi brukes til forberedelser, handlinger og utveksling av informasjon knyttet til kriminalitet.

Mye av omsetningen av narkotika, dopingmidler og en del legemidler foregår på internett. I tillegg omsettes stoffer som kan brukes til å framstille narkotiske stoffer. Dette er vanskelig å kontrollere. Syntetiske rusmidler blir ofte markedsført som «legal highs». Enkelte av dem er ikke ført opp på Legemiddelverkets narkotikaliste, se kapittel 4.2.4. Rusmidler som markedsføres som naturprodukter tilbys også på internett. Disse er basert på naturlige vekster eller er syntetisk framstilt. Slike produkter er populære i ungdomsmiljøer. De framstår som ufarlige ved at de ikke er regulert som narkotika. At kjøp og salg foregår i nettsamfunn og lukkede pratekanaler, gjør at folk i mindre grad trenger å møtes. Dette gir nye utfordringer for politiet.

Stoltenbergutvalget foreslo å engasjere nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika. Høringen av rapporten viste at det er bred enighet om at innsatsen mot internett som omsetningskanal må forsterkes. Internett er, i følge Europol, blitt en nøkkelfaktor i organisert kriminalitet i Europa. Det er nødvendig med internasjonalt samarbeid for å intensivere kampen mot omsetning av narkotiske stoffer på internett. SIRUS, Legemiddelverket, Kripos og Toll- og avgiftsdirektoratet skal delta i internasjonalt samarbeid om overvåkning og informasjonsutveksling.

#### 4.2.6 Norges internasjonale engasjement – narkotika

Premissene for norsk narkotikapolitikk legges i stor grad utenfor landets grenser. Norge er aktiv på sentrale arenaer for internasjonalt narkotikasamarbeid. Norge ønsker å utveksle erfaringer med andre land og framskaffe sammenliknbare data. Målet er å bidra til at problemet kommer høyere på dagsorden i relevante internasjonale fora og land, og å oppfylle avtaler og konvensjoner som Norge har sluttet seg til. Norske posisjoner i internasjonalt narkotikasamarbeid går fram av Helse- og omsorgsdepartementets Posisjonsnotat om norsk narkotikapolitikk i internasjonale fora (2009).

FNs tre narkotikakonvensjoner danner plattformen for det internasjonale arbeidet og for den enkelte stats lovgivning mot narkotikakriminalitet og narkotikabruk. FNs konvensjon mot grensoverskridende organisert kriminalitet er også sentral i denne sammenheng. Konvensjonene er ratifisert av nesten alle FN-landene, slik at de nasjonale lovgivningene er relativt like.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), med sete i Wien, har ansvar for å følge opp konvensjonene. Det er etablert et UN International Drug Control Programme som betjenes av UNODC og en egen narkotikakommisjon (Commission on Narcotic Drugs, CND) som møtes årlig. FNs narkotikakontrollorgan (International Narcotics Control Board, INCB) evaluerer arbeidet med å implementere og følge opp narkotikakonvensjonene.

UNODC har også ansvar for programmer som skal bistå med å utvikle rettsstaten med godt styresett og kapasitetsbygging i medlemslandene. FNs aidsprogram, UNAIDS, vedtok i 2010 en ny strategi der målet er å unngå at personer smittes av hiv fordi de deler sprøyter. Sluttklæringen fra FNs høynivåmøte om aids i 2011 har som mål at antall personer som smittes av hiv via sprøytodeling, skal halveres innen 2015. Norge vil bidra til at dette kan bli en realitet.

Norge er en betydelig bidragsyter til FNs innsats mot narkotikaproblemer, og Norge vil bidra til at organisasjoner og andre aktører samarbeider, koordinerer og effektiviserer innsatsen.

Norge deltar aktivt i Europarådets tverrfaglige samarbeidsorgan for narkotikaspørsmål (Pompidougruppen), og har sittet i styret siden 2006. Målet er å medvirke til å redusere tilbud og etterspørsel av narkotika. Regjeringen ser på gruppen som et viktig forum for utveksling av informasjon og utvikling av tiltak.

Pompidougruppen arbeider, i samarbeid med andre regionale og internasjonale organisasjoner, med forebygging, behandling, etikk, rettshåndheving, flyplassproblematikk og forskning. Norge deltar i det operative flyplasssamarbeidet, og har pekt ut eksperter til prosjekter og arbeidsgrupper knyttet til gruppens arbeidsfelt. Norge har lang tradisjon for å bidra økonomisk til Pompidougruppens virksomhet.

EUs overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN/EMCDDA) ble opprettet i 1993, og Norge har vært medlem siden 2001. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har ansvar for oppgavene Norge er forpliktet til å utføre. SIRUS leverer årlig rapport om narkotikasituasjonen i Norge og bidrar med informasjon til

en database (EDDRA) over forebyggende og behandlingsrettede prosjekter. Helse- og omsorgsdepartementet sitter i overvåkingssenterets styre.

EUs narkotikaprogram «Drugs Prevention and Information Programme» ble opprettet i 2007 og løper til og med 2013. Helsedirektoratet er nasjonalt kontaktpunkt. Gjennom EØS-finansieringsordningene kan det gis støtte til helsefaglige programmer til utviklings- og investeringsprosjekter. Norge vil fortsatt arbeide for flere programmer som styrker folkehelsefaglig kompetanse, herunder reduserer rusrelaterte problemer.

EUs arbeid knyttet til narkotikaspørsmål er ikke åpent for Norge, ut over det som er nevnt over. Dette understreker at det er viktig med involvering i andre regionale organer, så som Pompidougruppen.

Narkotikaspørsmål behandles i Nordisk ministerråd og i en rekke regionale organer for nordområdesamarbeid. Det er også godt samarbeid på embetsmannsnivå.

#### *Innsatsen mot organisert kriminalitet*

Produksjon, omsetning og bruk av narkotika er en av vår tids største sikkerhets- og samfunnsutfordringer. EU-kommisjonen anslår at narkotikahandel har en verdi på mer enn 100 milliarder euro og er den tredje største illegale økonomien på verdensbasis. Den omfatter både plantebasert narkotika og kjemisk/medisinsk produksjon. Den illegale økonomien mangedobles i kjeden fra fattige bønder som dyrker narkotika, via produksjon, transport, smugling og illegal innførsel til vestlige land. Svake statlige sikkerhets- og justisinstitusjoner er ofte en del av problemet. Utfordringene ser ut til å øke uten at det globale samfunnet responderer effektivt nok overfor de organiserte kriminelle. Grenseoverskridende trusler, inkludert narkotikasmugling, er drøftet i FNs sikkerhetsråd den senere tid. Løsningen må ligge i globalt samarbeid innen FN, men nøkkelaktører må bringes sammen slik at man kan enes om effektiv og riktig respons.

Den illegale handelen med narkotika er en vesentlig del av den organiserte kriminaliteten. Narkotikanettverkene opererer på tvers av kontinenter og sammenslutninger av stater og på tvers av nasjonale og regionale grenser. Et velfungerende samarbeid er avgjørende for å kontrollere omsetning og distribusjon av narkotika og kjemikalier som benyttes til narkotikaproduksjon og avdekke og bekjempe kriminelle nettverk. Innen

FN, EU, Europarådet og det nordiske samarbeidet er det en rekke muligheter for å påvirke de enkelte landenes narkotikapolitikk. Det kan for eksempel være å utvikle teknologi og tekniske løsninger for å avdekke illegale transportruter, og derved hindre videre distribusjon.

Status på feltet og strategi for å bekjempe problemet er utførlig beskrevet i Meld. St. 7 (2010–2011) *Kampen mot organisert kriminalitet*. Forholdene er også omtalt i Helse- og omsorgsdepartementets posisjonsnotat fra 2009 om norsk narkotikapolitikk i internasjonale fora. Norge er en betydelig bidragsyter til FN i kampen mot internasjonal narkotikakriminalitet.

Det må legges bedre til rette for internasjonalt samarbeid mellom politi, tollmyndigheter og andre kontrollmyndigheter. Målet er å redusere illegal dyrking og produksjon av narkotika, øke innsatsen for å hindre transport, avdekke smugling og illegal innførsel, samt utvikle etterretning og informasjonsdeling. Regjeringen legger vekt på at samarbeidet skal videreutvikles gjennom FNs organer, Europarådet (Pompidougruppen) og gjennom samarbeidet med EU. Nasjonalt skal det videreutvikles gjennom samarbeid mellom politiet, toll- og avgiftsetaten, Legemiddelverket og UD/Norad. Grensekontrollen er viktig her.

Norge er en viktig bidragsyter til the Paris Pact Initiative. Dette er et tett samarbeid for å hindre at opium dyrkes og heroin produseres og sendes illegalt fra Afghanistan. Tiltakene mot narkotika er viktige også for Norges del for å hindre at heroin smugles inn i landet, samt å hindre organisert kriminalitet knyttet til dette. Norge bør fortsette sitt arbeid innen the Paris Pact Initiative sammen med andre land i FN.

I global sammenheng er det også store utfordringer knyttet til illegal handel med sentralstimulerende stoffer som kokain og (met-)amfetamin, og som ikke fanges opp av the Paris Pact Initiative. I regi av UNODC og med norsk medfinansiering har det såkalte Container-prosjektet (identifisering og kontroll av mistenkelige containere) vist lovende resultater. Effektive tiltak i regioner hvor kokain og amfetamin har sin opprinnelse, er av stor betydning for å hindre økt bruk og mengde sentralstimulerende stoffer på det norske markedet. Prinsippet om delt ansvar mellom produsent og konsumentland, tilsier at Norge må ha en posisjon og rolle også når det gjelder denne problemstillingen. Det innebærer blant annet å ta del i diskusjonen om løsninger på den betydelige kriminaliteten og antall drap i Latin-Amerika.

Regjeringen vil arbeide for å styrke samarbeidet med å se ulike kriminalitetsformer i sammen-

heng, samt gå etter pengesporene og bekjempe den organiserte kriminaliteten (multikriminelle nettverk). Politiets og toll- og avgiftsetatens innsats for å avdekke smugler- og transportruter av narkotika og virkestoffer er sentral. Det samme gjelder andre former for organisert kriminalitet som smugling og illegal omsetning av alkohol og tobakk, menneskehandel, illegal våpenhandel, finansiering av terror og MC-kriminalitet.

Regjeringen vil legge bedre til rette for at politiet og toll- og avgiftsetaten kan bidra til enda mer effektivt internasjonalt samarbeid med sikte på å styrke kontrolltiltakene. Etterforskning og etterretning vil være sentrale virkemidler for å avdekke bakmenn og kriminelle nettverk.

Norge har sluttet seg til flere internasjonale avtaler. Blant annet er vi forpliktet til å innføre lovbestemmelser for å effektivisere bekjempelse av kriminalitet ved å følge pengesporet. Politiets arbeid for å utvikle metoder med sikte på å avdekke utbytte av kriminalitet og kunne følge pengesporet mer effektivt skal videreutvikles og styrkes.

Menneskerettighetene brytes ofte i kampen mot narkotika. Mange land har dødsstraff for alvorlige narkotikaforbrytelser, og drap begås i kampen mot organisert narkotikakriminalitet og narkotikakarteller. At mennesker blir ofre i innsatsen mot narkotika kan ikke overses i narkotikapolitikken. Rapporten fra The Global Commission on Drug Policy, en privatfinansiert (R. Branson) høynivåkommisjon, drøfter nettopp denne problemstillingen. Rapporten er et eksempel på at det nå stilles kritiske spørsmål ved kampen mot narkotika i langt bredere kretser enn de tradisjonelle.

Tiltak for å redusere tilgjengelighet til narkotika skal være i overensstemmelse med våre internasjonale forpliktelser. Å sikre menneskerettigheter og retten til helsehjelp for narkotikaavhengige tillegges særlig vekt i Norges internasjonale engasjement. Det samme gjelder forebygging av intravenøs hiv-smitte og hiv-positives situasjon. Ansvar for å sikre narkotikabrukere tilgang til tjenester som kan redusere spredning av hiv og andre sykdommer som spres ved sprøytedeling, skal understrekes. Retningslinjer for slikt skadebegrensende og forebyggende arbeid er utviklet av UNODC, UNAIDS og Verdens helseorganisasjon. Norge har arbeidet for at disse retningslinjene skal få allmenn aksept. Norge skal i internasjonale fora være tydelig på at innsatsen mot narkotika må føres i tråd med menneskerettighetene og rettsstats- og rettsikkerhetsprinsipper.

Toll- og avgiftsetaten samarbeider internasjonalt med Verdens tollorganisasjon (WCO), Euro-

pol, det nordiske politi- og tollsamarbeidet (PTN), FN-organisasjonene og tollmyndigheter i andre land. Toll- og avgiftsetaten er avhengig av god og hurtig informasjonsflyt og erfaringsutveksling over landegrensene. Verdens tollorganisasjon gjennomfører, i samarbeid med andre internasjonale aktører, kontrollaksjoner som retter seg mot spesielle områder som valuta- og narkotikasmugling. Etatens rolle på grensen og nære samarbeid med andre lands tollmyndigheter gjør at etaten ofte oppdager nye trusler tidlig og kan bidra til å begrense problemet.

Gjennom bistandsmidler, delvis også kanalisert via UNODC, bidrar Norge til alternativ utvikling som et viktig bidrag til å redusere dyrking av opium og cannabis, dels også kokablader. Dette er et langsiktig arbeid hvor også tiltak mot korrupsjon inngår. Det samme gjelder tiltak som fremmer infrastruktur som vannforsyning, energiforsyning og transportmuligheter for å sikre at for eksempel landbruksprodukter når fram til markedet som ferskvare. I den forbindelse kan en også

#### **Boks 4.6 Politi Toll Norden (PTN) – sambandsmannsordning**

Politi Toll Norden (PTN) er et samarbeid mellom politi- og tollmyndigheter i de nordiske landene. Samarbeidet kom i gang i 1984. Målet er å bekjempe organisert kriminalitet. Det er etablert en sambandsmannsordning, hvor tjenestemenn fra politi og toll fra de nordiske landene stasjoneres i land som står sentralt når det gjelder kriminalitet rettet mot Norden, og hvor det regnes som særlig viktig å ha direkte kontakt med lokale rettshåndhevende myndigheter. På anmodning hjelper sambandsmennene både vertslandet og de nordiske landenes myndigheter med undersøkelser for å forebygge og bekjempe internasjonal kriminalitet.

Per mars 2010 er det 39 sambandsmenn og -kvinner i 19 land. Tjenestemenn fra de forskjellige nordiske landene arbeider for alle, og ikke kun for sitt eget land. De norske sambandsmennene tjenestegjør ved norske ambassader og utenriksstasjoner. Utenriksdepartementet har det administrative ansvaret, og Politidirektoratet har overordnet fagansvar for politisambandsmennene. Kripos er nasjonalt kontaktpunkt og har ansvar for å formidle kontakt og informasjon mellom politidistriktene og sambandsmennene.

møte tollbarrierer som hindrer fri konkurranse. I et narkotikapolitisk perspektiv vil det være av stor interesse at norske bistandsmidler i større grad kanaliseres til alternativ utvikling for å begrense dyrking og produksjon av narkotika.

#### Regjeringen vil:

- Bidra til at lavinntektsland og mellominntektsland får faglig bistand til etablering av regulatoriske virkemidler
- Opprettholde forbudet mot narkotika
- Sikre målrettet arbeid for å avdekke og begrense organisert narkotikakriminalitet og øke mengden beslaglagt stoff på det norske markedet
- Målrette innsatsen for å hindre grensepasing av ulovlig narkotika og valuta
- Utvikle regelverk og rutiner som raskere identifiserer og regulerer nye stoffer med misbrukspotensial
- Sørge for bedre oversikt over internett som markeds plass for nye rusmidler og gjøre stoffene betydelig vanskeligere å importere
- Sørge for at faktabasert informasjon om rusmidler og deres skadevirkninger er tilgjengelig på internett.
- Ta en aktiv rolle i det internasjonale narkotikasamarbeidet, motarbeide organisert kriminalitet og medvirke til redusert dyrking, tilvirkning, distribusjon og omsetning av narkotika og bidra med økt bruk av norske bistandsmidler til alternativ utvikling.

### 4.3 Vanedannende legemidler

Med vanedannende legemidler menes legemidler som kan resultere i en avhengighetstilstand hos pasienten. Dette gjelder i hovedsak legemiddelgruppene benzodiazepiner og benzodiazepinlignende stoffer (z-hypnotika) og opioider for behandling av angst, søvn og smertetilstander. Disse legemidlene har reseptstatus A (narkotiske stoffer) og B (andre vanedannende legemidler), noe som gir økt kontroll ved forskrivning og utlevering fra apotek. Rundt 800 000 nordmenn får hvert år utlevert resepter på vanedannende legemidler.<sup>25</sup> Brukt riktig er dette gode, effektive, pålitelige og trygge midler som kan lette både psykisk og fysisk smerte. De aller fleste pasientene bruker disse medisinene i en kort periode og kun

i de doser som er forskrevet og anbefalt. En del pasienter bruker slike midler i større mengder og/eller i lengre tid enn anbefalt. Dette kan ha negative konsekvenser både for enkeltpersoner og for samfunnet.

Eldre bruker ofte mange legemidler. Dermed er de mer utsatte for bivirkninger og interaksjoner. For eksempel gir ikke alltid langvarig bruk av sovemidler bedret søvn hos eldre, og kan redusere den enkeltes funksjonsnivå neste dag. Enkelte pasienter bruker vanedannende legemidler over lengre tid, men ofte i doser som er mindre enn angitt maksimaldose. Det kan diskuteres om slik bruk skal karakteriseres som skadelig.

Ved langtidsbruk av opioider og benzodiazepiner kan det utvikles toleranse som kan føre til at dosen økes for å oppnå samme effekt. Dersom bruken avsluttes kan det lede til abstinenser, sug etter legemidlene og tilbakefall av symptomer som angst og søvnløshet.

En mindre gruppe kommer inn i et mønster med økende doser og toleranseutvikling og ønske om å oppnå rus. Hos disse brukes ofte kombinasjoner av medikamenter eller medikamenter kombinert med alkohol og i noen tilfeller illegal narkotika. Mer enn tre av fire heroinbrukere og vel halvparten av amfetaminbrukere rapporterer at de også bruker vanedannende legemidler.<sup>26</sup> Slik kombinasjonsbruk øker risikoen for overdose.

Det kan være vanskelig å forutse hvilke pasienter som kan komme til å utvikle uhensiktsmessig bruk av vanedannende legemidler. Dersom det først har oppstått uønsket bruk, finnes det ulike strategier for nedtrapping eller avslutning av legemiddelbehandlingen. For noen kan det være tilstrekkelig med enkle tiltak, mens andre kan ha behov for mer omfattende intervensjoner. En eldre person som har brukt en halv sovetablett hver kveld i ti år, forskrevet av fastlegen, vil sannsynligvis ha behov for annen type hjelp enn en person som bruker stadig økende doser i kombinasjon med alkohol eller narkotika, og som kjøper midler på det illegale markedet. Når det gjelder forebygging av potensielt uhensiktsmessig bruk, vil det være generelle forholdsregler som må legges til grunn når legen vurderer forskrivning av vanedannede legemidler.

Totalsalget av vanedannende legemidler var jevnt økende i perioden 1995 til 2005, men veksten har flatet ut de siste årene.<sup>27</sup> Forbruket av enkeltlegemidler og legemiddelgrupper har endret seg ettersom nye virkestoff har kommet til eller blitt

<sup>25</sup> Arbeidsgruppa for revisjon av IK-2755 (2012): Statusdokument

<sup>26</sup> SIRUS-rapport 3/2011: *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet*

<sup>27</sup> FHI (2012): *Legemiddelforbruket i Norge 2007–2011*

fjernet fra markedet. Det har vært spesielt stor endring i salget av angstdempende legemidler og sovemidler. Det selges stadig mindre benzodiazepiner, mens det har vært økende salg av z-hypnotika. Det er til dels store regionale forskjeller i bruken av vanedannende legemidler i Norge.

Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet gjør det mulig å følge legemiddelforbruket over tid, samlet og på individnivå, og å koble data mot andre sentrale registre. Det er utført flere studier på vanedannende legemidler med utgangspunkt i reseptregisteret. Folkehelseinstituttet har, i samarbeid med blant annet Senter for rus- og avhengighetsforskning, sett på bruk av vanedannende legemidler blant uføretrygdede.<sup>28</sup> Bruken er høyere i denne gruppen enn i befolkningen generelt. Langtidsbruk av benzodiazepiner blant uføretrygdede varierte fra 11 til 13 prosent blant de yngste. Det var en topp i aldersgruppen 44 til 49 år, hvor en femdel av alle menn og en firedel av alle kvinner var langtidsbrukere. Langtidsbruken i resten av befolkningen var 6 prosent eller lavere. Blant uføretrygdede benzodiazepinbrukere som var 40 år i 1985–86, var det rundt 60 prosent som fortsatt hentet ut benzodiazepiner 20 år senere. Disse årene dekker mye av den potensielt aktive yrkesperioden.

I årsrapporten fra 2010 framhever The International Narcotics Control Board (INCB) legemiddelbruk som et problem, og anbefaler at myndighetene setter i verk forebyggingsprogrammer som øker kunnskapen om farene ved å misbruke slike medisiner.<sup>29</sup>

Den største andelen av vanedannende legemidler blir forskrevet og brukt på forsvarlig og legalt vis, men mye omsettes og brukes illegalt. Dette omfatter forskrevne legemidler som vidreselges og legemidler som er ulovlig innført via internetthandel og annen smugling.

Privatpersoners import av potensielt farlige, ulovlige legemidler øker. Det er startet et arbeid med å utrede lovhjemmel for beslaglegging og destruksjon av ulovlig innførte legemidler. Det vil også bli vurdert om reglene for privatimport av legemidler ved forsendelse innen EØS-området bør endres.

Helsemyndighetene har opp gjennom årene iverksatt ulike kontrolltiltak for å redusere misbruk av vanedannende legemidler.<sup>30</sup> Et kontroll-

system basert på alle apoteks ekspedisjon av A-preparater ble opprettet i 1970, men ble senere avvirket. Fylkeslegenes register over pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler, det såkalte legemiddelmisbrukerregisteret, ble avvirket i 2001.

I tilsynssaker ber Helsetilsynet nå om å få den aktuelle informasjonen om forskrivning tilsendt elektronisk, direkte fra det aktuelle apoteket. Fylkeslegene kan også ta initiativ til undersøkelser der alle resepter på vanedannende legemidler (eller andre legemidler) samles inn fra bestemte apotek i en periode. Fylkeslegen følger opp med videre tilsyn ved mistanke om uforsvarlig forskrivning.

I 1976 ble det innført spesielle reseptblanketter med perforert helsepersonellnummer for forskrivning av legemidler i reseptgruppe A. Hensikten var å redusere muligheten for å forfalske A-resepter. B-preparater kan skrives ut på en vanlig reseptblankett. Resepter på A- og B-preparater kan bare ekspederes én gang, og resepten skal oppbevares i apoteket etter at legemidlet er utlevert.

I 1990 ga Helsedirektoratet ut en veileder i forskrivning av vanedannende legemidler. Målet var å bidra til å hindre at pasienter utviklet skadelig bruk eller at problematisk bruk ble vedlikeholdt gjennom legers forskrivning. Veilederen ble revurdert i 2001 (IK-2755) og er nå under revisjon igjen (se eget avsnitt).

Noen brukere driver såkalt legemiddelshopping, det vil si at de oppsøker ulike leger for å få utskrevet store mengder legemidler. Innføring av fastlegeordningen har redusert dette problemet noe, men det er fremdeles noen som besøker mange leger for å få tak i legemidler med misbrukspotensial. Ordningen med e-resept som etter planen skal være i bruk i hele landet i 2013, vil gjøre det vanskeligere å forfalske resepter. Ordningen kan bidra til redusert illegal bruk.

Fra 1. februar 2012 ble det innført «promillegrenser» for 20 narkotiske stoffer og legemidler med ruspotensial. Norge er det første landet i verden med straffbarhetsgrenser og straffeutmålingsgrenser for andre rusmidler enn alkohol i trafikken.

Riktig forskrivningspraksis er en forutsetning for å redusere uheldig bruk av vanedannende legemidler. Det er viktig at fagpersonell og befolkningen har kunnskap om vanedannende legemidler. Helsepersonell må få god veiledning så de kan informere om forsvarlig bruk.

Den som forskriver legemidler skal være restriktiv og ikke forskrive unødvendige medisi-

<sup>28</sup> Hartz, Tverdal, Skurtveit (2011): *Langtidsbruk av BZD i kombinasjon med opioider og z-hypnotika blant uføretrygdede i Norge*, Norsk farmasøytisk tidsskrift

<sup>29</sup> INCB (2010): *Annual report*

<sup>30</sup> FHI (2010): *Reseptregisteret 2005–2009*

ner. Samtidig må man ikke tilbakeholde effektiv og nødvendig farmakologisk behandling. Legen må vurdere hva pasienten har mest nytte av på kort og lang sikt. Nyttene av å få forskrevet medisinen skal veies mot mulige negative personlige og samfunnsmessige konsekvenser. God behandling innebærer at man har vurdert at det er indikasjon for bruk, at behandlingsvarigheten er tydelig ved å skrive ut passende mengde medisin, og at det legges en plan for når og hvordan behandlingen skal avsluttes.

Helsetilsynets veileder for vanedannende legemidler (IK-2755, 2001) er under revidering. Etter planen skal den publiseres tidlig i 2013. Veilederen skal sikre riktig forskrivning og bruk av vanedannende legemidler. Den vil blant annet beskrive dokumenterte metoder og verktøy for nedtrapping eller avslutning av behandling. Veilederen skal sette en faglig standard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og hindre at pasienter kommer i en uønsket avhengighetssituasjon.

Et langsiktig mål er at veilederen skal være en rettesnor for forskrivere for å fremme god legemiddelbehandling med vanedannende legemidler. Legemiddelbruk vil ha en sentral plass i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som legges fram høsten 2012. Tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk vil være like aktuelt for vanedannende legemidler som for legemidler generelt.

#### Regjeringen vil:

- Legge til rette for riktig medisinsk forskrivning og bruk av vanedannende legemidler
- Sette i verk tiltak for å redusere illegal import av vanedannende legemidler.

#### 4.4 Dopingmidler

Bruk av dopingmidler handler i all hovedsak om bruk av anabole androgene steroider (AAS) og testosteronpreparater. Også sentralstimulerende stoffer og veksthormoner blir brukt som dopingmidler. Disse stoffene har tradisjonelt vært brukt i prestasjonsfremmende hensikt i konkurranseidrett. De siste tiårene har problemet spredd seg til enkelte grupper utenfor den organiserte idretten, for eksempel kroppsbygger- og fitnessmiljøer, såkalte torpedoer, i motemiljøer og i enkelte ungdomsmiljøer. Bruken ses også i sammenheng med den generelle kroppsfixeringen i dagens samfunn. Det er slik bruk av dopingmidler som

omtales i denne meldingen. Bruk av dopingmidler innenfor organisert idrett omtales ikke.

Kulturdepartementet har ansvar for doping innenfor idretten, mens Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for doping som generelt samfunnsproblem. Helsedirektoratet og kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har ansvar for forebygging på Helse- og omsorgsdepartementets område. Også Antidoping Norge, Hormonlaboratoriet og Dopingtelefonen arbeider med informasjon og forebyggende arbeid.

I en undersøkelse om bruk av doping, som ble gjort blant ungdom på sesjon, svarte 2,6 prosent at de enten bruker eller har brukt dopingmidler. Undersøkelsen viser at de som bruker dopingmidler ofte, også bruker andre illegale rusmidler og drikker mer alkohol enn gjennomsnittet. Bruken av anabole steroider kan synes å ha sammenheng med kjønn, utdanning og treningsfrekvens. Det ser ut til at menn med lav utdanning som trener mye, bruker disse substansene i større grad enn andre grupper. Lav selvfølelse og et forvrengt kroppsbilde kan påvirke bruken.<sup>31</sup>

Per i dag er ikke bruk og besittelse av dopingmidler rammet av lovgivningen. Det er bare den organiserte idretten som forbyr bruk.<sup>32</sup>

Straffeloven § 162 b slår fast at det er ulovlig å tilvirke, innføre, utføre, oppbevare, sende eller overdra dopingmidler. En forskrift med hjemmel i denne bestemmelsen slår fast hva som er å anse som dopingmidler (dopinglisten). Denne listen er ikke sammenfallende med idrettens dopingliste. Forbud mot narkotika er inntatt i straffeloven § 162. Erverv, besittelse og bruk av narkotika er straffbart etter legemiddeloven § 24, jf. § 31.

I 2002 fikk en arbeidsgruppe i oppdrag av Justisdepartementet å innhente forskningsresultater om hvorvidt bruk av anabole androgene steroider fører til økt aggresjon og voldelig atferd hos brukeren. Arbeidsgruppen konkluderte med at det ikke fantes tilstrekkelig dokumentasjon for at det er sammenheng mellom bruk av anabole androgene steroider og aggresjon/vold.

På bakgrunn av den daværende samlede faglitteraturen, kunne det likevel ikke utelukkes en slik sammenheng, særlig ved bruk av høye doser og/eller kombinasjon av ulike stoffer hos enkelte personer.

<sup>31</sup> Barland og Tangen (2009): *Kroppspresentasjon og andre prestasjoner – en omfangsundersøkelse om doping*, Politi høyskolen

<sup>32</sup> Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité: Bestemmelser om doping

Ved revidering av straffeloven i 2008 ble det vurdert å innlemme forbud mot bruk, erverv og besittelse av dopingmidler. I Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) om endringer i straffeloven, ble det foreslått at dette ikke skulle tas inn i loven. Det ble lagt avgjørende vekt på at det ikke forelå en klar årsakssammenheng mellom bruk av testosteron og anabole steroider og vold og aggressiv atferd, som kunne begrunne kriminalisering. Regjeringen gikk inn for at et slikt forbud skulle vurderes tatt inn i legemiddeloven.

En ny kunnskapsoppsummering om bruk av steroider og økt aggresjon tyder på at en del bru-

kere blir mer aggressive under påvirkning av steroider.<sup>33</sup> Det er sannsynlig at menn med tendens til voldsbruk trekkes til miljøer hvor det brukes anabole steroider fordi de ønsker å bli større, sterkere og mer aggressive.

Det framgår av Kripas' narkotika- og dopingstatistikk at det er beslaglagt betydelige mengder dopingmidler i form av renstoff de senere år. Beslagene tilsier at det foregår produksjon av dopingmidler i Norge og underbygger mistanken om at kriminelle nettverk er involvert. Brukere kan enkelt bestille dopingmidler over internett. Norske aktører er sentrale i dette dopingmarkedet, nasjonalt og internasjonalt, ved å drive ulovlige nettsteder for kjøp og salg av dopingmidler og som bindeledd mellom produsenter/tilbydere og selgere/brukere.

Et trendpanel i regi av det regionale kompetansesenteret for rusmiddelspørsmål i Bergen rapporterer om økt tilgjengelighet og bruk av anabole virkestoffer.<sup>34</sup> Situasjonen taler for mobilisering mot doping, både når det gjelder forebygging, behandling og kriminalitetsbekjempelse.

Også i EU er man opptatt av utfordringene knyttet til doping, jf. rådskonklusjon av 12. mai 2012.

#### *Mobilisering mot doping*

Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått å ta inn et forbud i legemiddeloven mot bruk, erverv og besittelse av dopingmidler. Departementet har lagt vekt på at et forbud vil forsterke effekten av andre virkemidler. Kriminalisering av erverv, besittelse og bruk av dopingmidler vil effektivisere politiets arbeid. At noe er straffbart, åpner for bruk av straffeprosesslovens tvangsmidler ved etterforskning.

Lovgivning alene kan ikke løse doping som samfunnsproblem. Informasjon og holdningsskapende arbeid er i tillegg viktige forebyggende tiltak i innsatsen mot doping. Et lovforbud vil imidlertid kunne være av betydning for å få gjennomslagskraft i forebyggende arbeid. Virkemidler kan forsterke hverandre. Det vil være enklere å gjennomføre konsekvent innsats mot doping, dersom det er tydelig i lovverket at samfunnet tar avstand fra doping.

Regjeringen vil integrere doping i rusmiddelpolitikken og vil mobilisere mot doping. Helsedi-

#### **Boks 4.7 Skader og problemer som følge av dopingmidler**

Anabole steroider kan medføre fysiske, psykiske og sosiale problemer. Stoffene påvirker den finstemte reguleringen av hormonproduksjonen i kroppen og setter den ut av balanse. Bruk av anabole steroider gir økt risiko for hjerte- og karsykdom og leverskade. Bruken kan medføre redusert fruktbarhet, og i verste fall sterilitet ved at kroppen slutter å produsere testosteron og sædceller. Hos kvinner kan stoffene påvirke menstruasjonssyklus. En del anabole steroider blir omdannet til østrogen, noe som kan medføre at menn begynner å utvikle bryster. Hos kvinner kan brystene bli mindre. Andre kosmetiske konsekvenser er kviser, økt hårtap og strekkmerker i huden hos brukere som har svært hurtig vekst i muskelmassen. Dette gjelder begge kjønn. Kvinner som bruker anabole steroider, utvikler over tid mer mannlige trekk. Mange av disse trekkene er irreversible.

Psykiske problemer av ulik alvorlighetsgrad kan knyttes til bruk av anabole steroider, men sammenhengen er uklar. Problemene omfatter økt aggressivitet, uro, irritabilitet, søvnforstyrrelser, brå svingninger mellom depressive og maniske tilstander, psykoser, depresjoner med forhøyet selvmordsfare i nedtrappingsfasen (seponeringsfasen), personlighetsendringer og panikkangst. Det er en klar sammenheng mellom bruk av anabole steroider og økt bruk av andre rusmidler. Injeksjon av anabole steroider medfører risiko for skader ved feil bruk og infeksjoner ved bruk av urene sprøyter.

Kilde: Hormonlaboratoriet, Oslo universitetssykehus

<sup>33</sup> Pallesen, professor ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, ikke publisert per juni 2012

<sup>34</sup> Stiftelsen Bergensklinikkene (2011): *Føre Var, rustrender i Bergen 01/11*



rektoratet vil ha en koordinerende rolle, og ansvaret for at doping integreres i forebyggingsapparatet. Det gjelder både generelt forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Organisasjoner som representerer brukere og pårørende skal involveres. Helsedirektoratet skal styrke samarbeidet med Antidoping Norge og samarbeide om bevisstgjøring om doping.

Dopingbrukere innhenter mye informasjon om stoffene de bruker, for å bekrefte at eget bruk er kontrollert og ufarlig. Brukeren har som mål å endre kroppen med dopingmidler og midlene brukes gjerne sammen med ulike trenings- og kostholdsregimer. Det kan gjøre forebygging og intervensjon vanskeligere. Det er nødvendig med pedagogiske evner i tillegg til kompetanse om

dopingmidler, behandling og forebygging. Personer med dopingproblemer og deres pårørende skal møtes av helsepersonell som har kompetanse om dopingproblematikk. Det er viktig å styrke kompetansen i tjenestene generelt, blant de som arbeider med rusproblematikk spesielt, og å styrke spisskompetansen om doping.

**Regjeringen vil:**

- Mobilisere mot doping som samfunnsproblem ved å integrere doping i rusmiddelpolitikken, kriminalisere erverv, besittelse og bruk av doping og prioritere forskning og kompetanse om doping.

# Kapittel



Figur 5.1

## 5 Redusere etterspørselen etter rusmidler

### 5.1 Helse i alt vi gjør

*Innsats i mange ulike sektorer er nødvendig for å redusere rusrelaterte skader*

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å opprettholde, fremme og bedre befolkningens helse og fordelingen av helse i befolkningen. Bruk av rusmidler kan medføre en rekke sosiale og helsemessige skader og problemer, og kan påvirke den generelle velferden og helsetilstanden i befolkningen i stor grad.

Regjeringen har som mål at det skal forebygges mer og bedre for å fremme god folkehelse, inkludering og velferd. En befolkning med god helse gjennom hele livet er viktig for den enkelte. Det gir større muligheter for å bidra i arbeidslivet og er dermed også avgjørende for vårt velferds-system og for samfunnets bærekraft. God helse er viktig for inkludering i samfunnet og deltakelse i arbeidslivet. Samtidig har deltakelse i arbeidslivet positiv betydning for den enkeltes helse og velferd.

Folkehelsepolitikken tar utgangspunkt i faktorene som påvirker helse og fordeling av helse i befolkningen. Politiske valg og beslutninger som har andre formål enn helse, kan ha store konsekvenser for helsen. Ulike sektorer og forvaltningsnivåer, frivillige, ideelle og private organisasjoner og virksomheter kan bidra til gode liv. Bruk av rusmidler innebærer helserisiko. Det er derfor viktig å tenke «helse i alt vi gjør» for å forebygge rusrelaterte problemer.

Helsen påvirkes av en rekke faktorer i en årsakskjede fra bakenforliggende samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Bakenforliggende forhold er økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styresett. Dernest finner vi levekår og arbeidsforhold og sosiale forhold som sosial kapital, nettverk og relasjoner. Til slutt finner vi individuelle levevaner og helseatferd, slik som rusmiddelbruk, som har en mer umiddelbar betydning for helsen. Disse er også formet av bakenforliggende faktorer. Alle disse faktorene påvirker enkeltmennesker, som har ulike biologiske og

genetiske kjennetegn, beskyttelsesfaktorer og sårbarhet.

Regjeringens folkehelsepolitikk legger vekt på tiltak for å påvirke årsakskjeden – fra grunnleggende faktorer som økonomi og gode oppvekstmiljø og velferdsordninger, via risikofaktorer som frafall fra utdanning, svak tilknytning til arbeidslivet og dårlig bomiljø, til påvirkningsfaktorer som levevaner og bruk av helsetjenester.

Det er særlig viktig å sikre en tidlig innsats for barn og unge som styrker deres muligheter for inkludering i samfunnet og legger godt grunnlag for deltakelse i arbeidslivet.

#### *Folkehelseloven*

Gjennom samhandlingsreformen har regjeringen påpekt behovet for å legge større vekt på folkehelse og forebygging. Dette har medvirket til en egen folkehelselov. Videre er det bestemmelser om forebygging i selve helsetjenesten i den nye helse- og omsorgstjenesteloven.

Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og velferd. Dette innebærer en bred samfunnsmessig tilnærming. Prinsippet om «helse i alt vi gjør» gjelder for kommuner, fylkeskommuner og stat. Ansvaret for folkehelsearbeid er lagt til kommunen som sådan og ikke bare til kommunens helsetjeneste. Kommunen skal benytte alle virkemidler for å ivareta og fremme folkehelse og møte de folkehelseutfordringer kommunen har. Loven løfter ansvaret til politisk nivå ved at kommunen skal integrere folkehelse i planarbeidet og fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet. Dette må ses i sammenheng med arbeidet med rusmiddelpolitisk/alkoholpolitisk handlingsplan, se kapittel 3.3.2.

Mye av aktiviteten og tiltakene på rusmiddelområdet ligger i kommunenes virkemiddelpakke. Eksempler er alkoholloven som regulerer alkoholomsetningen i kommunen og kommunens ansvar for tidlig intervensjon gjennom barnehage, skole, helsestasjon og skolehelsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevernstjeneste.

Regjeringen skal legge fram en gjennomføringsplan for folkehelseloven i 2012. Planen skal omfatte økonomiske virkemidler, utvikling av bedre kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet, utvikling av kompetanse på alle nivåer og i flere sektorer, og standarder for godt folkehelsearbeid og helseøkonomi. Regjeringen vil også legge fram en tverrsektoriell folkehelsestrategi.

## 5.2 Risikofaktorer

De siste tiårene har det vært økende internasjonal oppmerksomhet om hvordan man kan redusere forekomsten av sykdommer ved å påvirke risikofaktorer. Det er en sterk vekst i ikke-smittsomme sykdommer i store deler av verden. Verdens helseorganisasjon og FN har som mål å bekjempe utviklingen i kroniske sykdommer.

Å utjevne helseforskjeller er ikke en oppgave for helsetjenesten alene. Det handler i høy grad også om utdanningssystemene, boligforholdene, mulighetene for meningsfylt arbeid, tilrettelegging for et aktivt fritidsmiljø og et inkluderende samfunn.

Forebygging av alkoholproblemer inngår i en bredere global strategi for å begrense sykdom og helseskader og sikre god livskvalitet. FNs hovedforsamling vedtok høsten 2011 en resolusjon om å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer ved å angripe risikofaktorene. Det gjelder særlig for hjertesykdommer, lungesykdommer, kreft og diabetes og risikofaktorene tobakk, alkohol og kosthold.

Verdens helseorganisasjon vedtok i 2010 en global strategi for å redusere skadelig bruk av alkohol. Det er anslått at 2,5 millioner mennesker årlig dør av alkoholrelaterte skader (3,5 prosent av alle dødsfall). Alkohol utgjør den tredje største risikofaktoren for dårlig helse og for tidlig død. Helseskadene er knyttet til en rekke sykdommer hvor rusmidler er medvirkende eller eneste årsak til helseskaden.

Skader og problemer som påføres andre som følge av rusmiddelbruk krever særlig oppmerksomhet. Rusmiddelbruk forårsaker fysiske skader etter ulykker og vold, psykiske problemer, vanskjøtsel av barn, og sosiale og økonomiske problemer. Begrepet «passiv drikking» illustrerer disse skadene. Med skader forårsaket av passiv drikking menes i denne meldingen alle skader og problemer som følge av andres alkoholbruk. Tilsvarende kan en også snakke om passiv bruk av andre rusmidler.

### Boks 5.1 Ulike måter å måle dødelighet og sykkelighet på

Det meste kjente målet på helse i en befolkning har vært gjennomsnittlig levelengde. Men det er nå utviklet flere andre målemetoder.

I 1990 utviklet Harvard-universitetet i Boston, USA, på oppdrag for Verdensbanken, en måte å måle sykdomsbyrden på hvor man legger sammen for tidlig død, og såkalte tapte friske leveår, *Disability adjusted life years*, (DALY). WHO tok i bruk målemetoden fra slutten av 1990-tallet og bruker den særlig når de skal måle risikofaktorer for sykdom.

For å måle effekten av blant annet medikamenter og behandlinger er det utviklet et verktøy som måler forlenget levetid og friske leveår ved bruk av medikament/behandling *Quality-adjusted life year* (QALY).

I tillegg finnes det en målemetode som vektlegger de enkelte sykdommers betydning i forhold til tapte yrkesaktive år. *Potential years of life lost*, (PYLL), vil for eksempel gi større utslag for sykdommer som forårsaker død i ung alder.

Det er nødvendig med samarbeid og samhandling på tvers av fagfelt og sektorer for å løse problemene. Alkohol og narkotika utgjør en større samlet risiko for sykdom enn tobakk. Informasjon om rusmidler må bli en del av det allmenne helseopplysningsarbeidet om sunne levevaner og på alle arenaer som har ansvar for rusforebygging.

Regulatoriske virkemidler er mest effektivt, men myndighetene har også et ansvar for å opplyse befolkningen om forebyggende og helsefremmende tiltak. Opplysningsarbeidet kan gjøres gjennom medier og frivillige organisasjoner og gjennom offentlig informasjonsarbeid.

#### Tidlig inn

Mange voksne med omfattende hjelpebehov forteller at de ble oversett og forsømt i barne- og ungdomsårene. Det er ikke uvanlig at disse personene har vært i kontakt med både barnevernet, arbeids- og velferdsforvaltningen, sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenestene og justisdepartementet. Blant gjengangere i hjelpeapparatet er det en opphoping av levekårsproblemer og personlige problemer. Det er ikke satt inn tilstrekkelige og koor-

### Boks 5.2 Risikogrupper – fra bekymring til handling

Undersøkelser viser at barn som er i kontakt med barnevernet har flere sosiale problemer og til dels relativt flere alvorlige helseproblemer enn andre grupper (Hjern, Vinnerljung 2004; Kristofersen 2005; Vinnerljung 2006; Clausen and Kristofersen 2008; Kristofersen 2009; Zewdu 2010). Barn, unge og unge voksne i enkelte innvandrergupper, fattige familier og familier med sosialhjelpsbrukere har også større risiko for helse- og sosiale problemer (Seim og Larsen 2011).

Uten oppfølging står disse unge i fare for å utvikle vansker på flere områder ved en kombinasjon av helseproblemer, negativ livsstil og skoleproblemer. Unge med psykiske vansker over tid har økt risiko for rusmiddelbruk. Mindreårige asylsøkere som kommer til Norge alene, utgjør en økende andel i barneverntjenesten. Mange av disse har psykiske vansker, men det er uklart i hvilken grad de får oppfølging i helsetjenesten (Haugland og Havik 2009).

dinerte tiltak før problemene utviklet seg, selv om mange kan ha uttrykt bekymring.

Det er viktig å sikre en helhetlig tilnærming overfor barn og unge for å forebygge rusproblemer. Rusforebygging retter seg i stor grad mot de samme målgruppene som annen forebygging og mye av aktiviteten foregår på de samme arenaene. Regjeringens strategi for forebygging fra 2009 understreker viktigheten av et langsiktig perspektiv, fellesskapsløsninger og vilje til å skape et inkluderende samfunn. Tidlig og målrettet innsats er viktige betingelser for et godt forebyggingsarbeid kombinert med økt bruk av dokumenterte kartleggingsverktøy og korte intervensjoner.

Et mål for rusmiddelpolitikken er bedre samhandling og tidlig inngripen. Veilederen *Fra bekymring til handling, en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet* kom i 2009 og var et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Veilederen skal bidra til økt kunnskap om hva man skal se etter for å oppdage begynnende rusproblemer hos ungdom, gravide, voksne og eldre, og om hva som kan og skal gjøres.

Målet er bedre praksis og økt bruk av kunnskapsbaserte metoder som mini-intervensjoner

og kartleggingsverktøy. Det er lagt betydelig vekt på å implementere veilederen. De sju regionale kompetansesentrene for rusfeltet har vært viktige i dette arbeidet. De følger opp med kurstilbud i kommunene. Veilederen er gjort kjent i de aller fleste kommuner og mange driver kompetansehevende tiltak i tidlig intervensjon. Dette er et godt utgangspunkt å bygge videre på.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har en aktiv rolle i å rapportere om mistanke om omsorgssvikt overfor barn og unge til rette myndighet. Tannhelsetjenesten skal, etter lov om tannhelsetjenesten, gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester blant annet til barn og unge fra 0 til 20 år. I 2010 var 93 prosent av alle i denne aldersgruppen under regelmessig oppfølging. Fylkeskommunene har utarbeidet rutiner for å fange opp barn og unge og inngått samarbeidsavtaler med barneverntjenesten.

For å støtte skolens universelle forebygging, og for å avlaste når elever trenger spesiell oppfølging, er det behov for en godt utbygd skolehelsetjeneste og pedagogisk-psykologisk tjeneste.

Man skal være forsiktig med å forutsi problemutvikling på bakgrunn av at en person tilhører en bestemt risikogruppe. Faren for stigmatisering må avveies mot risikoen for at noen ikke får hjelp mens det fortsatt er mulig å hjelpe med begrenset innsats. Det finnes gode, kunnskapsbaserte verktøy for å forutse problemutvikling og avdekke behov for hjelpetiltak. Det forutsetter at man definerer riktig målgruppe og finner arenaene hvor metodikken vil ha størst effekt.

#### *Felles målgruppe, felles bekymringer og felles løsninger*

Større satsing på forebyggende arbeid er et kjernepunkt i samhandlingsreformen. Det legges vekt på befolkningsrettede strategier og regulatoriske virkemidler. Forebygging er også et viktig budskap i NAV-reformen. Arbeids- og velferdsetaten har «arbeid først» som hovedmål i sin virksomhetsstrategi. Innsatser for å få folk i arbeid eller hindre at de mister jobben er god forebygging og har hele befolkningen i yrkesaktiv alder som målgruppe.

Forebyggende arbeid krever godt samspill mellom aktører som ofte arbeider på de samme arenaene og med de samme målgruppene. Flere departementer og direktorater har handlingsplaner, strategier og veiledere som skal stimulere til forebygging. Ofte peker disse på et lokalt nivå hvor planer skal omsettes til handling. Det er potensial for å styrke den tverrsektorielle sam-

handlingen og samordningen både på statlig og lokalt nivå, og unngå dobbeltarbeid.

Universelle forebyggingsstrategier retter seg ikke mot enkeltpersoner eller risikogrupper. De må kompletteres med målrettede strategier overfor risikogrupper, og tiltak for å identifisere problemutvikling hos enkeltpersoner.

Mennesker med rusmiddelproblemer vil ofte fornekte at de har et problem, og oppsøker derfor heller ikke hjelp i en tidlig fase. Utfordringen er å erkjenne at rusmiddelbruken er bekymringsfull, og å få hjelp til rusproblemet og underliggende problemer. At andre påpeker bekymringsfull rusmiddelbruk betyr ikke at den det gjelder sier seg enig. Det kan like gjerne resultere i benekting og tilbaketrekking. Det er utvidet gode kartleggingsverktøy for egenrapportering, standardiserte oppfølgingsspørsmål og korte intervensjoner. Denne tilnærmingen har gitt positive resultater og er svært kostnadseffektiv.

Metoden med korte intervensjoner kan hjelpe personer i en tidlig fase av problemutviklingen. Ved alvorlige problemer kan det være nødvendig med mer omfattende oppfølging. Det betinger en sammenhengende kjede av hjelpe- og behandlingstilbud, se også kapittel 6.

Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) har oppsummert hva som er gode metoder for behandling av barn og unge med rusmiddelproblemer.<sup>1</sup> Det framkom at det etablerte behandlingstilbudet for yngre personer med rusmiddelproblemer ikke er godt nok. Det er behov for økt kompetanse blant de som arbeider med barn og unge. Ikke minst er det behov for å intensivere den selektive forebyggingen og fange opp og avhjelpe i en tidlig fase av problemutvikling.

Det er vanskelig å måle effekten og virkningene av det forebyggende arbeidet. Ofte forventes det umiddelbare svar, men det tar tid å se resultater av forebygging. Et langsiktig perspektiv er avgjørende for å lykkes, samtidig som det må videreutvikles og fornyes. Forskning, innovasjon og erfaringsutveksling om forebyggende arbeid skal prioriteres, se kapittel 8.

### 5.3 Kriminalitetsforebygging

Regjeringens arbeid med kriminalitetsforebygging er forankret i en strategi for forebygging, *Fel-*

*lesskap – trygghet – utjevning*, og en kriminalitetsforebyggende handlingsplan, *Gode krefter*, begge fra 2009. Dokumentene har en bred tilnærming til forebygging, og framhever betydningen av å arbeide på tvers av sektorer.

Handlingsplanen *Gode krefter* inneholder 35 tiltak for økt trygghet som er samlet i tre tiltakspakker, forankret i forebyggingsstrategien:

- Kunnskapsforankring – styrket fremskaffelse og bedre anvendelse
- Tidlig innsats – tiltak rettet mot barn og unge
- Styrket samarbeid og samordning

Rusmidler og kriminalitet er tema i handlingsplanen og flere tiltak er knyttet til rusforebygging. Det gjelder blant annet styrking av kommunenes kompetanse om rusforebygging, styrket kontroll med salgs- og skjenkebevillinger, veileder om tidlig intervensjon på rusfeltet og vurdering av redusert skjenketid.

Involvering av lokalsamfunn er viktig i regjeringens satsing på forebygging av kriminalitet. Samarbeidet skal foregå på tvers av fag- og tjenesteområder, og det skal legges vekt på å videreutvikle og forsterke lokalt samarbeid gjennom politiråd og Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT). Dette samarbeidet inkluderer næringslivet og frivillige organisasjoner.

Politiråd er et formalisert samarbeid mellom kommunale myndigheter og det lokale politiet. Ordningen er frivillig for kommunene. Målet med politiråd er å ansvarliggjøre lokalpolitikere og utvikle et strategisk samarbeid om kriminalitetsforebygging. Det er også regjeringens mål at samarbeid i politiråd skal bidra til et lokalt forankret politi. Per juni 2011 var det etablert politiråd i 389 av landets kommuner.

Mens hele befolkningen er målgruppe for politiråd, er barn og unge målgruppen for Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT). SLT startet på 1990-tallet etter initiativ fra Det kriminalitetsforebyggende råd. Målet var å styrke samordningen mellom offentlige etater, profesjoner og frivillige organisasjoner. Over halvparten av landets kommuner har organisert det kriminalitets- og rusforebyggende arbeidet overfor barn og unge etter SLT-modellen.

Politiet skal også engasjere seg i etterspørselsreducerende tiltak. Justissektoren skal bidra til oppfølging av relevante forslag fra Stoltenbergutvalget som har fått regjeringens tilslutning.

<sup>1</sup> Atferdssenteret (2011): *Modeller for rusbehandling*, kunnskapsoversikt

## 5.4 Rusmiddelfrie soner og arenaer for særskilt aktsomhet

Norge har lang tradisjon med offentlige og frivillige programmer for å påvirke folks holdninger til rusmidler. Strategier for alkoholfrie soner har vokst fram som alternativ til en ren edruskapsstrategi. Fra slutten av 1970-tallet ble det lagt opp til en helhetlig strategi for alkoholfrie soner. Det ble opprettet et samarbeidsnettverk med frivillige organisasjoner under navnet Alkokutt, senere Av og til. Programmene tar sikte på å skape bred enighet i befolkningen om situasjoner hvor alkohol ikke skal brukes.

Det skilles mellom ulike typer soner: Soner som bør være rusfrie av hensyn til barn og unge, av sikkerhetsmessige hensyn, eller av hensyn til at aktiviteten er uforenlig med rusmiddelbruk, og soner hvor man bør utvise særlig aktsomhet av samme grunn og soner som er velegnet for forebygging og holdningspåvirkning.

Forebygging skjer på mange arenaer hvor barn og unge oppholder seg. Det betyr at skole, arbeidsliv, fritidsmiljø, kultur- og boligpolitikk, har en forebyggende dimensjon. Et systematisk arbeid og god samordning av tjenester rettet mot barn, unge og deres familier, er en forutsetning for å sikre et inkluderende oppvekstmiljø med deltakelse for alle. Å legge til rette for deltakelse og innflytelse for alle barn og unge, er en forutsetning for godt forebyggingsarbeid.

### 5.4.1 Fritid og idrett

Møteplasser og fritidsarenaer, der barn og unge møtes, skal være trygge. Det er en selvfølge at slike steder er rusmiddelfrie. Det skal både barn og unge og deres foresatte være trygge på.

Frivillige og ideelle organisasjoner skal fortsatt spille en viktig rolle som tilrettelegger for aktiv fritid, fysisk aktivitet, meningsbrytning og involvering. Offentlige tilskuddsordninger skal bidra til og legge til rette for et høyt frivillig engasjement. Et inkluderende idretts- og kulturtilbud gir meningsfulle fritidstilbud for personer med rusmiddelproblemer.

### 5.4.2 Trafikk

Alkohol og andre rusmidler, herunder enkelte legemidler, påvirker kjøreferdighetene. Rusmidler har egenskaper som påvirker menneskers vurderings-, syns- og reaksjonsevner. Oppmerksomheten og konsentrasjonsevnen svekkes, man blir søvnnig og risikovilligheten kan øke.

Risikoen for ulykker i trafikken øker allerede ved 0,5 promille. For førere med promille over 1,5 er det høy risiko for skade eller død i ulykke. Det finnes ingen fullstendig statistikk over hvor mange ulykker og skader i trafikken som skyldes ruspåvirkning. I kollisjoner med dødelig utgang, er ruspåvirkning en avgjørende faktor i 22 prosent av tilfellene.<sup>2</sup>

Hvert år dør mellom 200 og 250 personer i trafikken og mange skades. Omtrent halvparten av de som omkommer er sjåførere. I en norsk studie fra 2011 som så på dødsulykker i 2001–2002 i Norge, Sverige og Finland, ble rusmidler påvist hos 42 prosent av sjåførene som omkom.<sup>3</sup> Rusmidler var medvirkende årsak i nesten to av tre ulykker hvor bare ett kjøretøy var involvert.

Det er bred enighet i befolkningen om at trafikken skal være en rusfri sone. Dersom vi skal nå visjonen om null døde og hardt skadde i trafikken, må vi redusere rusmiddelbruken. Derfor er det nulltoleranse for bruk av rusmidler i biltrafikken i Norge.

Promillegrenser kombinert med kontroller og sanksjoner er effektivt for å redusere alkoholbruk i trafikken. Tiltak som tidlig rådgivning og tvungen behandling overfor alkoholavhengige, førerkortbeslag og alkoholås kan også ha en effekt. Det påpekes videre at holdingskampanjer kan forsterke andre tiltak for å hindre alkoholbruk i trafikken.

Promillegrensen for kjøring i trafikken ble senket til 0,2 i 2001. Erfaringen har vært positiv. Den lave promillegrensen har ført til at færre spekulerer i om man er over eller under den tillatte promillegrensen, ved for eksempel å tillate seg en «kjørepils» eller et glass vin før man setter seg i bilen.

Rusmiddelstatistikk tyder på at det er en økning i bruk av andre rusmidler enn alkohol blant sjåførere.<sup>4</sup> Alkohol er det rusmidlet som påvises hyppigst i blodprøver fra bilførere som er mistenkt for ruspåvirket kjøring (ca 4700 saker). Deretter kommer amfetaminer som ble påvist i 1513 blodprøver (32 prosent), og THC (virkestoffet i cannabis) som ble påvist i 1454 blodprøver (31 prosent).

Forbudet mot å kjøre under påvirkning av alkohol eller andre rusmidler er inntatt i veitra-

<sup>2</sup> Statens vegvesen (2008): *Dybdeanalyser av dødsulykker i vegtrafikken*

<sup>3</sup> Ceder m.fl. (2011): *Drugs related to motor vehicle crashes in northern European countries: a study of fatally injured drivers*.

<sup>4</sup> Folkehelseinstituttet (2010): *Funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring*

### Boks 5.3 En veikantundersøkelse

Over 9000 bilførere deltok frivillig i en storstilt veikantundersøkelse i 2008–2009. Blant disse var det 3 prosent som hadde alkohol eller andre rusmidler eller sløvende legemidler i kroppen. De hyppigste legemidlene var det angstdempende stoffet diazepam (blant annet Valium), sovemidlet zopiklon (blant annet Imovane) og det smertestillende stoffet kodein (blant annet Paralgin forte, Pinex forte). Det var flest menn under 35 år som hadde brukt ulovlige rusmidler. I denne gruppen ble det påvist narkotiske stoffer i spyttprøven hos cirka 5 prosent. Cannabis ble påvist oftest (1,2 prosent), dernest kokain (0,5 prosent) og amfetaminer (0,5 prosent). Bare 0,3 prosent hadde alkoholpromille over 0,2.

Kilde: Folkehelseinstituttet

fikkloven. For alkohol er grensen som nevnt 0,2 promille. For andre rusmidler er det innført tilsvarende faste grenser for 20 rusgivende stoffer gjeldende fra 1. februar 2012. Lovendringen innebærer at medisinsk sakkyndige ikke lenger trenger å gå inn i hver enkelt sak for å vurdere hvor påvirket sjåføren var. Domstolen kan forholde seg til en tabell med grenseverdier. Grensene innebærer i praksis en nulltoleranse tilsvarende som for alkohol. Dette gir en klar signaleffekt om at rus og bilkjøring ikke hører sammen uavhengig av hva slags rusmiddel som er brukt.

Reglene om faste grenser gjelder *ikke* ved bruk av legemidler forskrevet av lege – der sjåføren har tatt legemidlet i samsvar med behandling og forskrevet dose. Dersom en sjåfør mistenkes for ruspåvirket kjøring, vil en individuell sakkyndig vurdering fortsatt være nødvendig for å fastslå påvirkning og påvirkningsgrad. I slike saker vil det bli vurdert om de påviste blodkonsentrasjonene er forenlig med forskrivingen.

Det er innført faste straffeutmålingsgrenser tilsvarende de som gjelder for alkohol for 13 av de 20 rusgivende stoffene. Straffeutmålingen avhenger av blodprøvenivået, og gir strengere straffer ved høyere verdier. Norge var det første landet i verden som systematisk har innført både straffbarhets- og straffeutmålingsgrenser for andre stoffer enn alkohol.

Formålet med lovendringene er å forbedre trafikksikkerheten og oppnå større likhet i saker

med alkoholpåvirkning og saker med påvirkning av andre stoffer. Regelendringene vil legge til rette for mer effektiv ressursbruk for politi, påtale-makt og domstoler.

En vesentlig andel av de som taper førerretten på grunn av alkoholpåvirket kjøring, fortsetter å kjøre i inndragningsperioden. Det gjelder både i edru og i påvirket tilstand. Mange blir pågrepet og straffet på nytt. En arbeidsgruppe skal vurdere om alkohol kan inngå i program mot ruspåvirket kjøring. Program mot ruspåvirket kjøring kan idømmes som betinget straff og er et alternativ til ubetinget fengselsstraff ved høypromille/gjentatt promillekjøring. Målgruppen for alkohol-ordningen vil i tilfelle begrenses til de alvorligste tilfellene av promilledømte som utgjør den største trusselen mot trafikksikkerheten. Arbeidsgruppen skal komme med tilrådinger og forslag til lov- og forskriftsendringer innen utgangen av 2012.

Det er særlig viktig å sikre at yrkestransportører ikke er påvirket av alkohol eller andre rusmidler når de er på arbeid. Det er derfor regler om pliktmessig avhold for yrkestransportører på områder som vei, jernbane, luft- og skipsfart og for militært personell. Bestemmelser om pliktmessig avhold er innarbeidet i særlover. De forbyr inntak av alkohol og/eller andre rusmidler i tjenestetiden og åtte timer før tjenestetiden begynner. For luftfarten er det i Prop 83 L (2011–2012) foreslått å utvide forbudet til å omfatte flere personellkategorier enn lufartspersonell og flygeledere. Det skal også vurderes å muliggjøre kontroll av om reglene etterleves uten at det foreligger mistanke (rutinekontroller), og å åpne for forskrift om legale grenser for bruk av andre rusmidler enn alkohol.

Også påvirkning av alkohol i sjøtrafikken øker faren for ulykker og skader. Promillegrensen til sjøs ble i 2004 satt til 0,2 for førere av større skip, mens promillegrensen for båter inntil 15 meter er 0,8. Det er altså en høyere promillegrense for små båter enn det er for førere av kjøretøy på land.

De siste årene har det blitt flere og raskere båter og mer trafikk på sjøen. I kombinasjon med alkohol utgjør dette høy risiko for ulykker. Det anslås at minst hver tredje som dør i forbindelse med bruk av fritidsbåt er beruset. Alkohol er en medvirkende faktor til grunnstøting og drukning. Alkohol og båtliv er ingen god kombinasjon, og båtliv bør derfor være en alkoholfri sone.

På bakgrunn av alvorlige ulykker med fritidsbåter de siste årene, har en arbeidsgruppe gjennomgått og evaluert sikkerheten til små båter og foreslått tiltak. I rapporten fra april 2012 er det en rekke forslag, blant annet om promillegrenser.



Flertallet i gruppen mener at regjeringen bør vurdere å senke promillegrensen for små båter. Dette kan ha ulykkesforebyggende effekt og forbedre båtfolkets holdninger til å kombinere alkohol og båtliv. Mindretallet går imot en skjerping, men er åpen for at det foreslås vurdert en skjerpet promillegrense for hurtiggående fritidsbåter. Rapporten er sendt på høring med høringsfrist i juli 2012 og vil bli vurdert av regjeringen etter høringen.

### 5.4.3 Utdanning og arbeidsliv

Arbeidstiden er en rusmiddelfri sone for de aller fleste. Men økningen i alkoholkonsum i befolkningen gjenspeiles også i økt bruk av alkohol i arbeidsrelatert sammenheng etter arbeidstid. Økt forbruk innebærer flere beruselseepisoder, økt korttids- og langtidsfravær, flere med problematisk alkoholforbruk og økt forekomst av kroniske skader.

Roglandsforskning beregnet i 2001 at 43 prosent av det totale alkoholforbruket forekommer i arbeidsrelaterte situasjoner. Det vil si i fritiden sammen med kolleger, ved sosiale arrangement i regi av ledelsen, under arbeidsreiser, og i forbindelse med kurs, seminarer og representasjon. Når det gjelder illegale rusmidler, viste resultatene at 2,7 prosent hadde brukt slike i løpet av de siste 12 månedene og at 1 til 2 prosent hadde brukt vanedannende legemidler.<sup>5</sup>

Det er store omkostninger knyttet til alkohol i arbeidslivet. Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN) hevder at det er grunn til å tro at en betydelig del av sykefraværet er rusrelatert, men at det er behov for bedre data om rusrelatert fravær i norsk arbeidsliv.

Ikke-medisinsk bruk av legemidler og narkotiske stoffer kan også være en sikkerhetsrisiko på mange arbeidsplasser. I en undersøkelse i fire norske bedrifter ble det påvist spor av sløvende legemidler hos 5,1 prosent og bruk av narkotika hos 1,7 prosent av dem som deltok i undersøkelsen.<sup>6</sup> I visse arbeidssituasjoner anses rusmiddelbruk som så risikofylt at det er regler om plikt-messig avhold. Dette gjelder bl.a. for flere typer transportyrker og for helsepersonell. For å bedre pasientsikkerheten ble det i mai 2012 innført et forbud mot at helsepersonell inntar alkohol eller andre rusmidler åtte timer før arbeidstidens

start. Videre ble det innført bestemmelser om at helsepersonell kan pålegges å avlegge rusprøver ved mistanke om at rusmidler er inntatt. Helsepersonell kan også fremstilles for rusprøve ved politiets hjelp dersom de nekter å avlegge prøve.

Arbeidsplassen er en arena der en på et tidlig stadium kan identifisere problematisk rusmiddelbruk. Arbeidslivet er dermed en viktig arena for rusmiddelforebyggende arbeid. Det gjelder både bevisstgjørende arbeid som skal nå alle medarbeidere over tid og forebyggende tiltak i form av tidlig intervensjon. Arbeidslivet er helsefremmende for de aller fleste. Ryker jobben, er det mye i livet som kan rakne. Det er derfor viktig å hindre at rusmiddelproblemer fører til utstøting fra arbeidslivet.

AKAN er et samarbeid mellom LO, NHO og staten. Kompetansesenteret gir råd, veiledning og opplæring i hvordan virksomheter kan arbeide med problemstillinger knyttet til arbeidsrelatert rusmiddelbruk og pengespill. AKAN bidrar til bevisstgjøring om betydningen av arbeidsrelatert rusmiddelbruk og har utviklet verktøy som hjelper den enkelte medarbeider til å gjøre riktige valg vedrørende egen rusmiddelbruk.

Ifølge AKAN er det viktigste tiltaket at virksomhetene har en generell og bevisstgjørende rusmiddelpolitikk som er godt kjent og forankret i ledelse, hos tillitsvalgte og blant ansatte. Rusmiddelpolitikken bør beskrive virksomhetens syn på bruk av rusmidler på arbeidsplassen, i situasjoner som kan relateres til arbeidsfelleskapet og i fritiden når det kan få konsekvenser for jobben. Det dreier seg ikke om å forby alkohol i gråsonesituasjoner mellom arbeidstid og fritid eller relatert til arbeidsfelleskapet. Det handler om å sette ord på et tema som det kan være vanskelig å snakke om, for å skape trygghet og forutsigbarhet i arbeidsfelleskapet.

Studentene drikker ofte mye. Samtidig må det påpekes at ca 60 prosent av studentene drikker mindre enn gjennomsnittet av befolkningen. For studenter er det, som i befolkningen for øvrig, et mindretall som står for storkonsumet: 14 prosent av kvinnene drakk 10 liter eller mer per år, mens 34 prosent av mennene hadde et tilsvarende høyt forbruk. AKAN har startet et arbeid rettet mot studentmiljøer. Det er et stort potensial for brukermedvirkning i forebyggende arbeid blant studenter. Dette kan være en modell for det videre arbeidet.

Det er viktig å vie oppmerksomhet til alkoholkulturen blant elever og studenter. AKAN, de regionale kompetansesentrene for rusfeltet og Velferdstinget har satt i gang tiltak, og det er eta-

<sup>5</sup> Roglandsforskning RF-Rapport 2001/068: *Rusmiddelbruk blant ansatte i norsk privat arbeidsliv*

<sup>6</sup> Gjerde (FHI) og Moan (SIRUS) (2010): *Bruk av rusmidler i arbeidslivet – Resultater fra en pilotstudie*

**Boks 5.4 Balance**

Balance er et internetbasert helsefremmende tilbud for dem som vil sjekke og eventuelt justere sine alkoholvaner. Balance gir også råd om hvordan å takle stress og ha det bedre i hverdagen.

Balance består av to deler. Den første delen er beregnet på alle. Testen kan tas hjemme på egen pc, og er en hurtigsjekk av alkoholvanene. Når man har gjennomført testen får man tilbakemelding på om alkoholvanene er trygge, eller om det er et behov for å justere kursen. Det skjer ingen pålogging – brukeren legger ikke igjen noen personidentifiserbare spor.

Den andre delen av Balance har to alternative spor:

1. Et interaktivt program som handler om å ha det bedre i hverdagen og redusere stress. Hoveddelen handler om psykologi og stress, men det vil også være en del om alkohol. Programmet går over fire uker med tre sesjoner i uken.
2. Et interaktivt, individualisert program som gir den enkelte hjelp og støtte til å legge om alkoholvanene. Programmet løper daglig i 56 dager og deretter følger en (mindre intensiv) oppfølgingsperiode på ti måneder.

**Boks 5.5 Kartlegging av rusmidler i arbeidslivet**

Folkehelseinstituttet samarbeider med SIRUS om kartlegging av forekomsten av rusmidler i arbeidslivet. Kartleggingen baserer seg på måling av rusmidler i biologiske prøver, kombinert med selvrapporing om rusmiddelbruk, og om slik bruk har ført til fravær fra jobb. De fleste undersøkelsene baserer seg på spyttprøver, men også hårprøver blir analysert. Forberedelse til datainnsamling er et langsiktig arbeid som krever at både ledelse, arbeidstagerorganisasjonene og HMS i den enkelte virksomhet er involvert. Målet er å samle inn prøver fra ulike bransjer innen arbeidslivet, for å få et representativt materiale som kan illustrere rusmiddelbruk i den yrkesaktive del av befolkningen. Ved arbeidsplasser som hittil har deltatt i prosjektet, har ca. 95 prosent av de som ble kontaktet avgitt prøvemateriale. Kartleggingsarbeidet gjør det mulig å sammenligne bruk av de enkelte rusmidler og legemidler innen arbeidslivet, med befolkningen ellers. Kartleggingsarbeidet i yrkeslivet er planlagt fullført i 2014.

blert et nettverk mellom lærestedene. Arbeidet har vist gode resultater, og det må vurderes hvordan dette best kan organiseres for å styrke arbeidet videre.

Det er regjeringens mål at flest mulig ansatte i privat sektor og alle ansatte i offentlig sektor samt alle studenter og elever skal være omfattet av en generell og bevisstgjørende rusmiddelpolitikk som er tydelig forankret i virksomhetens ledelse.

For å nå disse målene vil Regjeringen fortsatt kanalisere innsatsen gjennom AKAN og forsterke innsatsen innenfor høyere utdanning. Helsedirektoratet skal i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet og AKAN prøve ut og tilgjengeliggjøre kunnskapsbaserte metoder innen forebygging og tidlig intervensjon.

**5.4.4 Familie – hjem**

Barns holdninger og atferd formes i stor grad i hjemmet. Foreldre har stor betydning som forbilder. Familien er en privat sfære som myndighe-

tene skal ha stor respekt for og være varsom med å intervensere i. På den annen side skal ikke myndighetene være likegyldige til hvilke forhold barn vokser opp og formes i. Barn skal ikke vokse opp i miljøer som er preget av rusmiddelbruk, jf. også barnekonvensjonens artikkel 33 om barns rett til å bli beskyttet mot ulovlig bruk, omsetning og produksjon av narkotiske stoffer.

I ytterste konsekvens kan rusmiddelbruk være grunn til at foreldre fratras omsorgsretten. Bevissthet om bruk av rusmidler i hjemmet angår både de som har kontroll over sin rusmiddelbruk og de som ikke har det. Ungdom adopterer i stor grad sine foreldres rusmiddelvaner. Barn og unge som tidlig og ofte blir konfrontert med voksnes rusmiddelbruk, tenderer mot å bruke mer rusmidler enn de som er mer skjermet. Alle voksne bør derfor ha et bevisst forhold til hvorvidt, når og hvordan de bruker rusmidler når barn er til stede. Forskning viser dessuten at barn og unge som får alkohol hjemme, drikker mer enn andre barn og unge. Det er behov for vedvarende opplysnings- og holdningsskapende arbeid, både ved myndigheter og frivillige organisasjoner.

### 5.4.5 Barnehage

Barn som har opparbeidet sosial kompetanse og god selvtillit blir mer robuste og står bedre rustet når de senere blir introdusert for rusmidler. Barnehagen er en god arena for å lære å ta ansvar, kommunisere og etablere relasjoner. Barnehagen er også en god arena for å fange opp barn som trenger hjelp. Barnehagestatistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at om lag ni av ti barn mellom ett og fem år går i barnehage.

Konflikter mellom foreldrene etter samlivsbrudd og det å ha foreldre med psykisk lidelse eller rusmiddelproblem er blant de viktigste risikofaktorene for problemutvikling hos barn. Symptomer kan være emosjonelle vansker, søvn- og atferdsproblemer og kognitive utviklingsforstyrrelser. Nedsatt selvfølelse, redusert tiltro til egne ressurser og sosial unnvikelse er også blant kjennetegnene.

Barnehagen skal bidra til å gi barn en god barndom der de får utvikle seg til å bli selvstendige individer som senere er i stand til å ta ansvar for seg selv og egne handlinger. Barnehagen inngår i velferdsstatens førstelinjetjeneste, og ansatte i barnehagen har meldeplikt til barnevernet. I et rusforebyggende perspektiv kan to hovedoppgaver dekkes i barnehagen. Den ene er å oppdage og hjelpe barn som lider på grunn av problematisk rusmiddelbruk i familien, og da primært gjennom samarbeid med barnevernet. Den andre oppgaven er å bidra til at barn får et grunnlag som gjør dem robuste i møtet med rusmidler senere i livet.

Det er dessuten av stor betydning at skolen er forberedt og innforstått med spesielle behov ved overgang fra barnehage til barneskole. Det samme gjelder ved skifte mellom skoler og i overgangen til ungdomstrinnet.

### 5.4.6 Skole

Skolen løftes gjerne fram som en velegnet arena for forebygging og holdningspåvirkning. Det er mye forskning om hva som er god og virkningsfull forebygging og denne skal legges til grunn også i skolen.

Forebyggingstiltak som favner bredt kan ha større betydning for det totale omfanget av rusmiddelproblemer enn initiativ som retter seg mot avgrensede risikogrupper. Gjennom skolen som arena hvor alle barn og unge oppholder seg, sosialiseres og formes er det mulig å nå alle unge med langsiktige forebyggingstiltak – noe som anses som mer effektivt enn kortvarige stunt.

På barne- og ungdomstrinnet bør det legges større vekt på å «bygge» robuste barn enn på tradisjonell forebygging. Dette arbeidet bør integreres i skolens alminnelige læreplaner og oppfostringsansvar.

Det er støtte for å hevde at forebyggingstiltak i skolen både kan påvirke og motvirke ulike former for problematferd og senere rusmiddelbruk hos barn og unge.<sup>7</sup> Mange av disse tiltakene retter seg ikke direkte mot rusproblematikk, men mot problematferd mer generelt og mot utvikling av sosial kompetanse.<sup>8</sup>

I internasjonal forskning vektlegges mestringsevne («life skills»). Trygge barn med god selvtillit bør være målet ettersom de er mer robuste til å stå imot og er mindre utsatt for problemutvikling.

En god skole med et godt læringsmiljø, hvor det er gode relasjoner mellom lærerne og elevene og mellom elevene, er i seg selv det beste forebyggende tiltaket som skolen kan gjennomføre. Satsingen *Bedre læringsmiljø* er således et viktig forebyggende tiltak også innenfor ruspolitikken. Satsingen videreutvikles nå innenfor området «Psykisk helse» og kan med fordel også inkludere rusforebygging.

Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet har i fellesskap utarbeidet støttemateriellet *Rusmiddelforebyggende arbeid i skolen – forslag til læringsaktiviteter*. Dette støttemateriellet er knyttet opp mot relevante kompetansemål i læreplanverket i de ulike fag. Støttemateriellet er også tilpasset satsingen *Bedre læringsmiljø*.

Spesifikk rusmiddelinformasjon bør tidligst introduseres i ungdomsskolen. Myndighetene og skolen har et ansvar for å informere om rusmidler og relaterte problemer. Ifølge SIRUS har norske tenåringer mangelfull kunnskap om alkohol- og narkotika. Formidling av faktaorientert kunnskap om rusmidler og deres skadevirkninger rettet mot ungdom spesielt og mot befolkningen generelt er nødvendig for å rette på dette misforholdet.

I denne sammenheng er det relevant å vise til Stoltenbergutvalgets forslag om å knytte internett-mobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen. Se kapittel 5.4.7. for nærmere omtale av dette.

Særlig betydningsfulle risikofaktorer for blant annet problematisk bruk av rusmidler er aggressiv atferd, normbrytende atferd, manglende sosiale ferdigheter med fravær av positive vennerela-

<sup>7</sup> Ferrer-Wreder m.fl. 2005, Nesvåg 2007, NIDA 2003, Johnsen og Schancke 2010

<sup>8</sup> Babor 2010, FHI 2011, Ogden 2006, Elliott og Gresham 2002

sjoner, sviktende skolefaglige ferdigheter og skoleskulk. Tilsvarende sentrale beskyttelsesfaktorer er positive relasjoner til en eller flere betydningsfulle voksne, hensiktsmessig grensesetting og involvering fra betydningsfulle voksnes side, etablering av positive vennerelasjoner og skolefaglig mestring.

Generelt forebyggende arbeid innebærer også å få flere elever igjennom videregående opplæring. Forskning viser at unge som ikke gjennomfører videregående opplæring har økt risiko for å bli arbeidsledige, uføretrygdet, fengslet, utvikle rusproblemer eller bli sosialhjelpsmottakere som voksne.

Etter opplæringsloven skal kommune og fylkeskommune gi forskrifter om ordensreglement for henholdsvis grunnskolen og den videregående opplæringen. Opplæringsloven gir rammene for hva skolene kan ha regler om i sine ordensreglement. Det er viktig at skolene har klare regler om bruk av rusmidler, og at brudd på reglene har konsekvenser. Opplæringsloven behandler ikke bruk av rusmidler spesielt, men krever at ordensreglementet skal inneholde regler om atferd, regler om hvilke tiltak som skal benyttes dersom elever bryter reglementet og regler om framgangsmåte ved behandling av slike saker.

Skolen bør ha klare rutiner for hvordan skolens personale skal opptre ved mistanke om at elever har befatning med rusmidler. Beskrivelsen av personalets framgangsmåte må være i samsvar med ordensreglementet, og kan med fordel fremgå av dette. Det kan i slike situasjoner for eksempel gjennomføres samtaler med elever som involverer helsesøster og foresatte.

Dersom skolen, ved mistanke om at elever har befatning med rusmidler, vurderer at det er behov for ransaking, må skolen melde fra til politiet som på selvstendig grunnlag må finne ut om vilkårene for ransaking er tilstede. Kontakten med politiet bør håndteres av skoleleder.

Ransaking og narkotikarazziaer på skoler er inngripende tiltak. Det stilles derfor spesielle straffeprosessuelle krav for at slike verktøy kan benyttes. Stortinget har i den sammenheng bedt regjeringen presisere overfor politiet at det må innhentes skriftlig samtykke fra elever før det gjennomføres eventuelle personverninngripende narkotikaaksjoner ved skolene.

Opplæringsloven gir ikke hjemmel til å innta i ordensreglementet bestemmelser om tvungen ransaking av elever og deres eiendeler. Dette reguleres av reglene i straffeprosessloven. Ved eventuelle aksjoner ved skolene i samarbeid med politiet, har politiet et selvstendig ansvar for å

### Boks 5.6 Ny GIV

Ny GIV er en nasjonal dugnad for å øke gjennomføringen i videregående opplæring. Ny GIV ble lansert høsten 2010 og pågår ut 2013. Kunnskapsdepartementet, Arbeidsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og alle fylkesleddene i NAV deltar.

Målet er å etablere et varig samarbeid mellom stat, fylkeskommuner og kommuner for å få flere ungdommer til å fullføre og bestå. Det er iverksatt nasjonale og lokale tiltak. Samarbeidet mellom den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten (OT), de videregående skolene, fagopplæringen og arbeids- og velferdsforvaltningen skal styrkes. Ungdom utenfor ordinær opplæring og arbeid skal motiveres tilbake til videregående opplæring eller til ordinært arbeid. Målgruppen er alle mellom 15 og 21 år som har avsluttet grunnskolen, og ikke søkt, takket nei, ikke møtt opp eller sluttet i videregående opplæring.

Fylkeskommunene og arbeids- og velferdsforvaltningen samarbeider om å tilrettelegge for tiltak som praksisnær opplæring med planlagt grunnkompetanse som delmål og/eller arbeidspraksis. For ungdom med bistandsbehov fra arbeids- og velferdsforvaltningen samarbeider fylkene om å kombinere arbeidsrettede tiltak fra arbeids- og velferdsforvaltningen med opplæringsmål fra det aktuelle programområdet i videregående opplæring. Målet er å motivere/kvalifisere målgruppen for retur til videregående opplæring eller til ordinært arbeid. Oppfølgingen av frafallselever skal settes inn tidligere enn tilfellet har vært fram til i dag.

Fylkene etablerer nå rutiner for forpliktende individuelle oppfølgingsavtaler i tverrfaglig oppfølgingsteam rundt eleven, før eleven kan skrives ut av/slutter i skolen.

Fra høsten 2012 etableres et høgskolebasert videreutdanningstilbud for ansatte i Oppfølgingstjenesten, skoler og arbeids- og velferdsforvaltningen, ved Høgskolen i Finnmark og Høgskolen i Lillehammer. Kunnskapsdepartementet implementerte en ny forskrift for Oppfølgingstjenesten fra 1.februar 2012. Det legges vekt på at tilbud som gis ungdom skal være kompetansebyggende, og at foresatte skal informeres om ungdommens situasjon og deres rettigheter.

sørge for tilstrekkelig hjemmel innen eget ansvarsområde. Det er altså ikke større anledning til å foreta denne typen kontroller i skolesammenheng enn i samfunnet for øvrig. Elevene har krav på samme rettssikkerhet og samme type vern som andre. Det skal med andre ord ikke gjennomføres kontroller som ikke ville blitt gjennomført på en arbeidsplass.

I situasjoner der lærere eller andre ansatte ved skolen har rusproblemer, må dette håndteres i samsvar med de generelle arbeidsrettslige regler på området. Se også kapittel 5.4.3.

#### 5.4.7 Internett som påvirkningsarena

Unge og unge voksne er aktive på internett og sosiale medier, hjemme og på skolen. Så å si alle barn fra 9 til 16 år har tilgang til pc og internett (Medietilsynet). I snitt bruker barn omtrent to timer daglig på internett. Sosiale aktiviteter som chatting og deltakelse i nettsamfunn som YouTube, Facebook og Twitter er populært. Stoltenbergutvalget peker på at blogger og nettsamfunn har stor betydning for byggingen av meninger og kulturer i ungdomsmiljøene.

Stoltenbergutvalget forslø å bruke nettsider, bloggere og nettsamfunn i et felles løft mot narkotika og å knytte en internettmobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen. I høringsuttalelsene til utvalgets rapport er det bred tilslutning til i større grad å bruke internett som arena for forebyggende tiltak. Flere mener internettmobilisering og holdningsarbeid i skolen bør ses i sammenheng, mens andre høringsinstanser er opptatt av at det finnes nok informasjon om rusmidler.

Det er ønskelig å sette ungdom i stand til å ta egne, informerte valg om hvordan de vil forholde seg til rusmidler. Derfor er det nødvendig å sørge for lett tilgjengelig faktakunnskap om virkninger og skadevirkninger av rusmiddelbruk. Informasjon er lett tilgjengelig på internett, og tilfanget er overveldende og øker stadig. Offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner, ideelle og kommersielle virksomheter, privatpersoner og ulike sammenslutninger tilbyr informasjon og veiledning rettet mot ungdom.

I tillegg til faglige, forskningsbaserte kunnskapspresentasjoner, slik som for eksempel Folkehelseinstituttet og helsenorger.no gir, finnes et stort antall nettstedet som til dels feilinformerer om skademulighetene. Det vil derfor være viktig at både holdningsarbeid i skolen og en bred internettmobilisering handler om å løfte fram kvalitets-sikrede og balanserte kunnskapskilder.

Det er regjeringens mål at pålitelig faktakunnskap om rusmidler og mulige skadevirkninger skal være lett å finne og lett å skille fra annen informasjon. Det er nødvendig å forsterke opplysningsvirksomheten gjennom faktasider som også tilbyr interaktive tjenester. Individuell opplysning, råd og veiledning kan ha god effekt. I tillegg til chat, diskusjonsforum og svar på e-posthenvendelser kan «digitale nabokjerringer» gjennom blogger, nettsamfunn og mikroblogger tjenester sørge for kvalitetssikret og kunnskapsbasert informasjon og delta i debatter.

Det finnes en rekke hjelpetelefoner og internettsider i regi av offentlige myndigheter og ideelle og frivillige organisasjoner. Disse kan bidra i dette arbeidet. Helsedirektoratet skal, i tråd med anbefalingene i *Veileder i sosiale medier for forvaltningen*, utarbeidet av Direktoratet for forvaltning og IKT, (DIFI), vurdere hvordan sosiale medier i større grad kan tas i bruk på rusmiddelområdet. Det skal blant annet ses på muligheter for å legge til rette for kompetanseoverføring mellom tjenestene og i større grad samordne og bruke kompetansen interaktivt på nettet.

Helsedirektoratet utgir, i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, støttemateriell om rusmiddelforebyggende arbeid i skolen. Kunnskap om virksomme strategier og tiltak er lagt til grunn. Interaktive tjenester kan med fordel også brukes i klasseromsundervisning. På den måten kan opplysningsvirksomhet og holdningsskapende arbeid i skolen få drahjelp av fagpersoner med høy kompetanse, samtidig som tjenestene blir tilgjengeliggjort og markedsført overfor skoleungdommer.

#### 5.4.8 Annet informasjons- og holdningsarbeid

Det er i Norge, som i andre land, tradisjon for statlige informasjons- og holdningstiltak om rusmidler. Slike tiltak kan være viktige for å bygge kunnskap og påvirke holdninger. Samtidig er det viktig at tiltakene bygger på oppdatert kunnskap om hvordan slikt arbeid bør innrettes for å ha den ønskede effekt.

Informasjons- og holdningstiltak kan ha liten, ingen eller kontraproduktiv effekt dersom innretningen er feil. Generelt kan man si at det er viktig at slike tiltak inngår i en helhetlig strategi og tiltakspakke.

Regjeringen vil fortsatt satse på informasjons- og holdningstiltak. Tiltakene skal målrettes og settes inn i en større kontekst. Informasjonsinnsatsen skal settes inn der kunnskapsbehovet er

**Boks 5.7 Hvite uker**

Helsedirektoratets kampanje «Alkohol og helse» er en kampanje hvor flere informasjons- og holdningsskapende tiltak ses i sammenheng.

Kampanjemålene er å

- øke den generelle kunnskapen i hele befolkningen om alkoholens effekt på helse, kropp, sunnhet og trening
- bevisstgjøring av eget alkoholforbruk
- stimulere til debatt om alkoholforbruk og drikkepress
- øke forståelsen for og styrke oppslutningen om bruk av regulatoriske virkemidler.

Hovedmålgruppen er den yrkesaktive delen av befolkningen mellom 30–50 år.

Kampanjen inneholder fire delprosjekter:

1. Knus myter. Helsedirektoratet gjennomfører en tung PR-satsing, basert på forskning, for å vise alkoholens faktiske virkninger og dermed knuse mytene om at alkohol er sunt og bygge kunnskap i befolkningen. Direktoratet samarbeider her med Legeforeningen, Toppidrettssenteret, Krefregisteret og Folkehelseinstituttet.
2. Bygge holdning. Målgruppen er svært fokusert på helse og trening. Helsedirektoratet vil

spre informasjon via treningseksperter og samarbeider med «Birken». Det samarbeides med mat- og vinekspertene, dagligvarebransjen, Vinmonopolet og Øyafestivalen for å informere om alkoholfrie alternativer.

3. Arbeidsliv. En stor del av økningen i alkoholkonsumet skjer i den såkalte «gråsonen» mellom arbeids- og privatliv. Det er behov for refleksjon rundt bedrifters alkoholkultur. Ansatte med et moderat alkoholforbruk står for en større andel av bedriftskostnadene og skadevirkningene, enn ansatte som har et høyt rusmiddelforbruk. Direktoratet samarbeider her med AKAN, LO og NHO.
4. Hvite uker. Det er utviklet en app kalt «Hvite uker» som skal hjelpe brukerne til å reflektere over forbruk, gjennomføre hvite uker, eller redusere alkoholkonsumet. Ved lanseringen ble sentrale personer fra politikk, næringsliv, offentlig sektor, organisasjoner, toppidrett og kulturliv utfordret til å gjennomføre hvite uker og reflektere over eget forbruk.

Det planlegges evaluering av enkeltelementer og av kampanjen samlet.

størst. For eksempel bør det settes inn tiltak for å øke kunnskapen om at alkoholbruk er en risikofaktor for mange sykdommer, herunder flere kreftformer. Viktige målgrupper er blant annet barn og unge, gravide og foreldre. Ulike arenaer må vurderes for ulike målgrupper. Helsedirektoratet er en viktig aktør i dette arbeidet. Innenfor sitt mandat har også Vinmonopolet en rolle å spille.

**Regjeringen vil:**

- Legge prinsippet om «helse i alt vi gjør» til grunn i alle relevante sektorer for å forebygge rusmiddelrelaterte problemer
- Legge oppdatert kunnskap om risikofaktorer til grunn for rusmiddelpolitikken
- Intensivere den selektive forebyggingen for at alle som trenger det skal få god hjelp i en tidlig fase og på rett nivå
- Videreutvikle det tverrdepartementale og tverretatlige samarbeidet om forebyggende

innsatser for å sikre sammenhengende tiltak og unngå dobbeltarbeid

- Videreføre stimuleringen av de lokale samarbeidsstrukturene politiråd og Samordning av lokale tiltak (SLT)
- Fortsatt stimulere til rusfrie og gode fritidstilbud, og sørge for gode vilkår for frivillighet
- Videreføre arbeidet for å hindre bruk av rusmidler i trafikken, herunder vurdere skjerping av promillegrensene til sjøs
- At den rusforebyggende innsatsen på ulike sektorer og nivåer skal ha et tydelig arbeidsperspektiv med inkludering i arbeidslivet som et viktig mål
- At flest mulig arbeidstakere og studenter skal være omfattet av en ledelsesforankret rusmiddelpolitikk
- Videreutvikle strategier for en familiebasert forebyggende og holdningsskapende innsats
- Gi gode barnehage tilbud hvor barn med særlige behov identifiseres og følges opp

- Samordne skolens forebyggende arbeid basert på tilnærminger som har faglig og forskningsmessig belegg
- Videreutvikle opplysnings- og holdningsskapende arbeid, ved aktivt å ta i bruk interaktive tjenester
- Satse på målrettede og helhetlige informasjons- og holdningstiltak.

# Kapittel



Figur 6.1



## 6 Tilgjengelige og helhetlige tjenester

Mennesker med rusproblemer er ulike som befolkningen ellers. Behovet for hjelp og støtte varierer mye, både individuelt, mellom aldersgrupper og når det gjelder tilleggsproblemer. Mange som har alkoholproblemer kommer seg ut av problemene ved egen hjelp eller med litt hjelp fra andre. Amerikanske helseundersøkelser kan tyde på at det samme gjelder for personer med narkotikaproblemer.<sup>1</sup> Noen lever med rusproblemene uten behandling. Mange har moderate til alvorlige rusproblemer og trenger sammensatt og samtidig hjelp fra en rekke tjenester over flere år.

Et fåtall bruker rusmidler for første gang allerede i 10–12-års alder eller i ungdomsskoletiden. Skolehelsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjeneste), barnevern eller fastlege kan være første kontaktpunkt for barnet, ungdommen eller pårørende. I andre tilfeller identifiseres problemene i voksen alder, for eksempel ved lokalt NAV-kontor, på studiestedet, arbeidsplassen eller i hjemmet, av omsorgstjenesten, ved konsultasjon hos fastlegen eller ved innleggelse i sykehus for en somatisk sykdom.

### 6.1 Status

Antall personer med registrerte rusproblemer i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er en indikasjon på omfanget av rusproblemer i befolkningen. Tall fra Norsk pasientregister for 2011 viser at om lag 25 000 personer fikk tverrfaglig spesialisert behandling for sine rusproblemer. I tillegg ble et betydelig antall pasienter med rusproblemer som bidiagnose, behandlet innen psykisk helsevern med en psykiatrisk hoveddiagnose. Alkohol og bruk av opiater er de hyppigst forekommende rusmidlene blant pasienter med rusproblemer i spesialisthelsetjenesten. Det er registrert 30 000 personer over 18 år som mottar kommunale tjenester som følge av rusproblemer.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA (2010): *The Past and Future of Research on Treatment of Alcohol Dependence*. Alcohol, Research and Health, vol. 33 (s 55-63). Heimann (2009): *Addiction – a Disorder of Choice*.

En lav andel kommuner har foretatt kartlegginger av omfang av rusproblemer. Av de beregninger som er foretatt, er det en tendens til at omfanget av personer med rusproblemer øker med kommune størrelse og kommunesentralitet. Data fra de kommunene som har registrert personer med et rusproblem, viser et snittall per 1 000 innbyggere for fylkene på 8,3 registrerte personer. På landsbasis er det store variasjoner, med Oslo som har det høyeste gjennomsnittlige antallet registrerte personer med et rusproblem, etterfulgt av Østfold, Hordaland og Aust-Agder. Lavest ligger Sogn og Fjordane og Buskerud.<sup>3</sup>

Kommunens samlede innsats for å forebygge at rusproblemer oppstår og for å gi hjelp kalles gjerne lokalt rusarbeid. Det lokale rusarbeidet retter seg mot hele befolkningen, mot risikoutsatte grupper og mot dem som allerede har et rusproblem og deres omgivelser. Arbeidet omfatter alle typer rusproblemer. Tjenestetilbudet kan omfatte råd og veiledning, hjelp til å få en ordnet økonomi, bolig tjenester, hjemmetjenester, personlig assistanse, arbeids- og arbeidsrettede tiltak og fritidstiltak. Andre aktuelle tjenester kan være: psykisk og somatisk helsetjeneste, oppsøkende ambulante tjenester/nærmiljøbaserte team, tilbud til pårørende, lavterskeltilbud, utredning, behandling og henvisning til, samt oppfølging under og etter behandling, i spesialisthelsetjenesten eller fengsel.

Det samlede lokale tjenestetilbudet til personer med rusproblemer omfatter tjenester fra en rekke sektorer. Sentrale tjenesteytere er arbeids- og velferdsforvaltningen, fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern, de hjemmebaserte omsorgstjenestene, sykehjem, psykologer, rus/psykisk helseenheter i kommunen, bolig tjenester og lavterskel helsetiltak.

<sup>2</sup> Bruker Plan er et verktøy utviklet av Helse Fonna, IRIS (International Research Institute of Stavanger) og Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, KORFOR, som kommuner kan bruke for å kartlegge omfang og karakteren av rusproblemer i kommunen.

<sup>3</sup> Rambøll Management (2011): *Utvalgsundersøkelse om personer med rusmiddelproblemer*.

NAV-kontoret er kontaktsted for arbeids- og velferdsforvaltningen lokalt og tilbyr et bredt spekter av statlige arbeidsrettede tiltak og kommunale sosiale tjenester. NAV-kontorene skal som et minimum tilby råd og veiledning, økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og midlertidig botilbud. Utover disse oppgavene står kommunene fritt til å legge også andre kommunale tjenester til NAV-kontoret. Erfaringer så langt viser at om lag 80 prosent av kommunene har lagt det som omtales som rusbehandling til NAV-kontoret. Bare åtte prosent av kontorene har lagt inn tiltak for mennesker med psykisk sykdom.<sup>4</sup>

Barneverntjenestens hovedoppgaver er å sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter barnevernloven, har barneverntjenesten rett og plikt til å iverksette dette.

Visjonen for norsk boligpolitikk er at alle skal bo godt og trygt. Kommunene skal sørge for å gi hjelp til dem som ikke selv klarer å skaffe seg en egnet bolig og bli boende i den.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen, tilbys spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for tverrfaglig spesialisert behandling i form av polikliniske tjenester, dag- og døgnbehandling for rusavhengige.

Ved at rusinstitusjoner fra 2004 ble hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, fikk pasienter på slike institusjoner rettigheter etter lov om tannhelse. Pasientene har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester fra fylkeskommunen, forutsatt at oppholdet i institusjon har en varighet på minst tre måneder. Tilbudet ble utvidet i 2006 og 2008 til å omfatte dem som er under kommunal rusomsorg og legemiddellassistert rehabilitering. I tillegg gis noe tannbehandling som del av lavterskel helsetilbud i kommunene.

<sup>4</sup> Tallet «80 prosent av kommunene» bygger på opplysninger fra de lokale samarbeidsavtalene mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunene. Det varierer hvor spesifikke de lokale avtalene er med hensyn til å beskrive tjenester utover minimumsløsningen. Begrepet «rusbehandling» refererer her ikke til spesialisthelsetjenester, men kan forstås som en samlebetegnelse for ulike oppgaver knyttet til bistand til personer med rusproblemer etter kapittel 6 i tidligere lov om sosiale tjenester.

Private aktører tilbyr en rekke tjenester basert på avtaler med kommuner eller regionale helseforetak, eller på frivillig basis. Private aktører tilbyr omsorgstiltak, behandlingstiltak og aktivitets-tiltak.

## 6.2 utfordringer

Det har vært satt inn en omfattende innsats på rusfeltet de senere årene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Brukerorganisasjoner og fagmiljøer peker imidlertid på at tjenestene må komme tidligere inn og at tilgjengeligheten til tjenestene må bli bedre. Manglende samhandling er en annen viktig utfordring. Mange brukere og pasienter opplever problemer når ansvaret for videre oppfølging overføres til nye tjenester. Denne samhandlingsutfordringen oppleves både innenfor og mellom sektorer og nivåer. En oppdatering av Rusreform-evalueringen tyder på at samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, de spesialiserte tjenestene til personer med rusproblemer, og kommunale tjenester, ikke fungerer godt nok.<sup>5</sup> Hjelpetilbudet oppleves som fragmentert. Brukere med behov for døgnopphold og spesialisert behandling henvises til tverrfaglig spesialisert behandling, ofte med lange ventetider. Etter opphold i spesialisthelsetjenesten, kommer brukeren eller pasienten tilbake til kommunen og eventuelt nye tiltak. Fra kommunalt hold hevdes det at det er vanskelig å skape kontinuitet i behandlingen. Overgangen mellom statlige og kommunale tjenester skaper ofte brudd i behandlingen, og konsekvensen er en dårligere helsesituasjon for brukerne. Det er gode samarbeidsrelasjoner mellom første- og andrelinjetjenesten, men dette har ofte bakgrunn i personlig kjennskap, ikke strukturen i behandlingsskjeden.

Flere aktører understreker behovet for å tydeliggjøre oppgaver og ansvar for de enkelte tjenestene. For rusavhengige med omfattende hjelpebehov er de største utfordringene somatisk og psykisk sykdom, mangel på egnet bolig og mestring av hverdagen og boforholdet. Andre tilleggsutfordringer er manglende tilknytning til meningsfulle aktiviteter, arbeid og sosiale nettverk.

Hovedutfordringene er dokumentert gjennom evalueringer, tilsyn, revisjoner og brukernes egne erfaringer.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning, KORFOR (2012): *Oppdatering av Rusreform-evalueringen (2006-2010)*

### 6.3 Styrket samhandling – lokalbaserte tjenester

Tjenestene skal bygge på et sterkt bruker- og mestringsperspektiv. Dette inkluderer pårørende som ressurs og samarbeidspart. Tilrettelegging og mestring av hverdagen for den enkelte og for pårørende er både et mål i seg selv og et viktig redskap for å forebygge tilbakefall og gjentatte innleggelseser. Brukere og pårørende skal oppleve en tjeneste som griper tidlig inn, som er tilgjengelig og som samhandler.

Samhandlingsreformen gir overordnede føringer for organisering av helse- og omsorgstjenestene. Gjennom kompetansetiltak, økonomiske virkemidler og anbefalinger og forslag til organisatoriske løsninger skal det legges til rette for å styrke kommunale tjenester kombinert med en tilgjengelig, desentralisert og understøttende spesialisthelsetjeneste. Frivillige og ideelle aktører utgjør sammen med det offentlige tjensteapparatet utgjøre et samlet og helhetlig tilbud. At brukere og pasienter får hjelp lokalt kan bidra til å opprettholde hverdagens rutiner og tilknytningen til nærmiljøet og sosiale nettverk.

Samhandlingsreformen stiller forventninger til at kommunene skal ivareta flere funksjoner. Ulike tjenester vil kunne dekke noen av de samme funksjonene. Det gjelder både omsorgs- og behandlingsfunksjoner, det vil si funksjoner knyttet til å bo, få oppfølging, hjemmebesøk, beredskapsfunksjoner, krisesamtaler, noen å ringe til, kortvarige døgnopphold og avrusning. Lokal kompetanse, tilgjengelige ressurser og brukernes preferanser kan innvirke på hvem som ivaretar hvilke funksjoner. Dette gjelder både innenfor og mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Det er en forventning om et tett samspill mellom nivåene tuftet på det lovfestede sørgeforansvaret som både kommunene og spesialisthelsetjenesten har. Gjennom dette samspillet og i samspill med andre aktører må tjenestene sørge for at brukerne får oppfylt sine behov for et helhetlig og sammenhengende tilbud. Dette gjelder også etter hvert som kommunene tar et større

ansvar for flere funksjoner. Det er brede grenseflater innad og mellom lokale, kommunale og spesialiserte tjenester. Disse grenseflatene må være samarbeidssoner hvor det må tas felles ansvar, slik at brukernes og pårørendes behov møtes best mulig.

Kommuner, bydeler, tverrfaglig spesialisert behandling, distriktpspsykiatriske sentre og barne- og ungdomspoliklinikker må utgjøre en lokalbasert helse- og omsorgstjeneste som er kjennetegnet av tilgjengelighet, tidlig innsats, god oppfølging og helhet og godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og andre aktører, som for eksempel barnevern og kriminalomsorgen. I alle tjenester skal det legges vekt på å bistå brukeren.

I helse- og omsorgstjenesteloven er det stilt krav om at kommuner og helseforetak skal inngå avtaler om samarbeid om en rekke oppgaver, blant annet om retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud. Samarbeidsplikten gjelder alle pasientgrupper, også personer med rusproblemer. Avtalene legger til rette for helhetlige, individuelt tilpassede, kontinuerlige og sammenhengende behandlingsskjeder. Konkrete løsninger må utvikles lokalt i et samarbeid mellom tjenester og nivåer. Forpliktende samarbeid innebærer at kommunene med kompetanse og støtte fra spesialisthelsetjenesten skal kunne gi bedre oppfølging og håndtere flere situasjoner selv. Ett ønsket resultat er også færre henvisninger og at kvaliteten på henvisningene styrkes.

Mange har stor risiko for tilbakefall fra behandling. Hjelpetilbudet, herunder både organisering og arbeidsform, må videreutvikles og være tilpasset pasientenes livssituasjon. Det spesialiserte helsetjenestetilbudet bør bli mer fleksibelt, med raskere intervensjoner og støtte over tid. Pasienter med langvarige oppfølgingsbehov, bør få tilgang til spesialisthelsetjenesten uten ny henvisning. Tilgjengelighet og kontinuitet er særlig viktig for pasienter med behov for tverrfaglige tjenester over mange år.

Eksempler på økt fleksibilitet kan være nye digitale kontaktformer og andre former for støtte og omsorg som kan øke pasientens tilgang til tjenestene, med liten ressursinnsats. Begrep som «åpen retur» og brukerstyrte plasser (se omtale kapittel 6.7.1) der pasienten selv kan skrive seg inn, gjør at pasienten selv kan bestemme når han/hun har behov for innleggelse eller annen type oppfølging. Spesialisthelsetjenesten skal gjøres mer tilgjengelig gjennom veiledning, felles konsultasjoner og ambulante tjenester.

<sup>6</sup> Rambøll, 2010, 2011, Riksrevisjonen, Dokument 3:7 (2009–2010): *Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige*, Helsetilsynet (2005): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere*, Helsetilsynet (2007): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere*. Rapport fra Helsetilsynet 2007, Helsetilsynet (2007): *Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere: Oppsummering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004–2006*.

Kompetanse på samarbeid utvikles i fellesskap. Erfaringer fra samarbeid mellom kommuner og distriktpsikiatrisk senter på Jæren, fra Lovisenberg sykehus (psykiatrisk avdeling) i Oslo og bydeler i Oslo, tyder på at fortløpende felles vurdering av ressurser, muligheter og prioriteringer på tvers av nivåene, kan være et sterkt virkemiddel. Det vil derfor ofte være viktig å vurdere felles tiltak med felles finansieringsbidrag. ACT-team med felles forankring er et godt eksempel<sup>7</sup>.

Begrepet lokalmedisinske sentre brukes ofte om helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller i stedet for innleggelse i sykehus. Lokale forhold og behov avgjør hvilke funksjoner som legges til slike sentre eller til andre modeller for samorganisering av tjenestene. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) peker på at det er mange fordeler ved å samlokalisere allmennlegetjenester, fysikalsk rehabilitering, psykisk helse og tjenester til personer med rusproblemer i lokalmedisinske sentre.

Den statlige tilskuddsordningen til å utvikle samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentre kan også omfatte prosjekter som har tilbud til personer med rusproblemer. Målet i nasjonal helse- og omsorgsplan er å samle funksjoner når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentralisere når det er mulig, for å gi brukere og pasienter et bredest mulig tilbud i nærmiljøet.

En del av NAV-kontorets virksomhet er knyttet til arbeidsrettet rehabilitering. NAV-kontoret har ansvar for menneskers behov for å få arbeid eller beholde arbeid. NAV-kontoret har også ansvar for å gi et hensiktsmessig arbeids- og tilretteleggings-tilbud, motivere, tilrettelegge og kvalifisere for arbeid eller arbeidsrettede aktiviteter. Det er et mål at Samhandlingsreformen vil føre til mer samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgssektoren, særlig for personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer. For å få til et godt samarbeid er det nødvendig med tiltak som kan bygge bro mellom behandling og medisinske rehabiliteringstiltak på den ene siden, og arbeids- og velferdsforvaltningens arbeidsrettede tiltak på den andre siden. I dag er ikke samarbeidet mellom de to tjenestene godt nok. I tråd med samhandlingsreformen og NAV-reformen er det behov for å utvikle lokale samarbeidsmodeller mellom kommunale helsetjenester og de lokale NAV-kontorene. Det er viktig å utvi-

kle et helhetlig tjenestetilbud og legge vekt på arbeidsdimensjonen og motivasjon for å arbeide, også når personer med rusproblemer mottar bistand fra helse- og omsorgstjenestene.

Det bør utvikles et godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten, slik at tjenestene kan komme tidlig inn og gi god oppfølging. Under institusjonsopphold etter barnevernloven er barnevernets rolle å sørge for å tilrettelegge et tilbud som kan ivareta barnets omsorgssituasjon. Helsetjenesten skal sørge for behandling av rus og psykisk sykdom.

Private, ideelle og frivillige samarbeidspartnere vil spille en viktig rolle også i det fremtidige tjenestetilbudet (for omtale av private aktører, se kapittel 6.9).

#### *Pasientforløp og behandlingsforberedende tiltak*

Mange personer med rusproblemer har tilleggsproblemer og behov for flere tjenester *samtidig*. Mange vil ha behov for hjelp over lang tid, men intensiteten i hjelpebehovet kan variere. Når pasienten blir henvist til eller selv oppsøker spesialisthelsetjenesten for hjelp, er det grunn til å anta at rusproblemet har utviklet seg over noe tid. Disse pasientene kan ha behov for fastlege, psykolog- og sykepleietjeneste. De kan også ha behov for bolig, hjelp til å mestre boforholdet, polikliniske og ambulante spesialisthelsetjenester, tidvis innleggelse enten på brukerstyrt plass, i distriktpsikiatrisk senter eller i en akuttavdeling. I tillegg kommer arbeidsrettede og sosiale tiltak og tiltak fra barneverntjenesten og kriminalomsorgen.

Studier med livsløpstilnærming tilsier at rusavhengighet bør forstås som en kronisk sykdom som krever behandling og oppfølging over lang tid.<sup>8</sup> Med grunnlag i en slik forståelse, må tjenestene til rusavhengige i spesialisthelsetjenesten og kommunene være organisert på samme måte som til pasienter med kroniske sykdommer.

Behandlingsstart bør ses som en egen fase i behandlingsforløpet. Kommunene, spesialisthelsetjenesten, pasientene, pårørende og andre bidrar til å komme i gang med behandlingsstart. Det er viktig at det ikke oppstår brudd i behandlingsforløpet. Derfor må det legges vekt på involvering av relevante aktører og overgangen fra behandlingsstart til aktiv behandlingsfase. I den aktive behandlingsfasen vil spesialisthelsetjenesten ha en mer dominerende rolle, samtidig som

<sup>7</sup> Oppsøkende behandlingsteam. Se omtale av ACT-team under 6.7.1

<sup>8</sup> KORFOR (2012): Innspill til *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Forløp og kunnskapsoppsumming: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering*.

### Boks 6.1 Behandlingsstart

Prosjektet *Behandlingsstart* er et samarbeid mellom Sandnes kommune, Helse Stavanger ved avdeling unge voksne/psykiatrisk ungdomsteam, PUT Sandnes, og Helse Vest/Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning. Målet er å motivere og sette deltakeren i stand til å nyttiggjøre seg tilpasset avhengighetsbehandling. Det er et mål å redusere brudd i behandlingsforløpet og de konsekvensene som brudd ofte har fått i behandlingen, gjennom muligheter for rask restart. Målgruppen er voksne med et definert rusproblem.

Gjennom forskning knyttet til «pre-treatment» skal prosjektet bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget på rusfeltet. *Behandlingsstart* skal bidra til å gi deltakerne stabile støttetjenes-

ter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennom hele behandlingsforløpet, med fortløpende vurdering ut i fra behov. Det skal sikre at behandlingstilbudet blir skreddersydd, basert på en omfattende kartlegging og diagnostisering. Samtidighet og intensitet i tjenesteytingen er sentralt. Kommunen og spesialisthelsetjenesten tilbyr støttetjenester gjennom hele behandlingsforløpet. Sandnes kommune bidrar med botilbud (deltakerens egen bolig, egne botilbud som er utviklet knyttet til *Behandlingsstart*), rusfaglige tjenester og boligsosial oppfølging. Gjennom *Behandlingsstart* skal de kommunale tiltakene gis samtidig med tjenesteyting fra helsefor- etaket.

### Boks 6.2 Brukere med psykiske problemer og rusproblemer i arbeids- og velferdsforvaltningen

Arbeids- og velferdsforvaltningen har de senere årene opplevd en økning i brukere med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og rusproblemer. Dette gir endrede behov med hensyn til avklaring, oppfølging og bruk av virkemidler, noe som trekker i retning av mer tverrgående arbeidsrettede tiltak og samhandling mellom arbeid og helse. Erfaring og forskning viser at personer med ulike typer sykdommer og personer med funksjonsnedsettelser bør gis bistand til å få eller beholde arbeid fordi det gir bedre helse.<sup>1</sup> I 2011 ble det gitt tilskudd til 17 ulike lavterskel arbeidsrettede brukertiltak basert på *Individuell jobbstøtte*.

I Agder-fylkene er det utviklet en samarbeidsavtale mellom Sørlandet sykehus og NAV Aust-Agder for perioden 2010–2015. Det er opprettet et utvalg som skal følge opp felles pro-

blemstillinger/aktiviteter og prioritere tiltak som sykehus og NAV-kontor skal legge spesielt vekt på: personer under 40 år med lettere/moderat psykisk sykdom i behandling ved et distriktspsykiatrisk senter og personer under 30 år med rusproblemer i behandling ved avdeling for psykisk helse, rus og avhengighet.

Innenfor rammen av avtalen er det i Aust-Agder utviklet et individuelt jobbstøtte-basert tiltak for å styrke muligheten for å delta i arbeidslivet for unge mennesker i alderen 18 til 30 år med rusproblemer og eventuell psykisk sykdom som tilleggsproblem. Tiltaket ble etablert i 2011. I følge NAV Aust-Agder rapporterer helsetjenesten at den individuelle behandlingen får et annet innhold, og at behovet for behandling har blitt vesentlig redusert.

<sup>1</sup> Forskningen på dette området er blant annet gjennomgått og oppsummert i rapporten «*Is Work Good for Your Health and Well-being?*» av Gordon Waddell og A. Kim Burton 2006.

intensitet og samarbeid med ulike aktører tilpasses den individuelle endringsprosessen.

Behandling og aktiv deltakelse i samfunnet bør ses i sammenheng. Arbeidsrettede tjenester fra arbeids- og velferdsforvaltningen, stabile tje-

nester fra kommunen kombinert med en lett tilgjengelig spesialisthelsetjeneste, bør vurderes gjennom hele behandlingsforløpet, ikke minst for å kunne forebygge behandlingsavbrudd og tilbakefall.

## 6.4 Tilgjengelige og helhetlige lokale tjenester

I det følgende beskrives tjenestenes bidrag for å sikre tilgjengelige og sammenhengende tilbud.

### 6.4.1 Kommunal helse- og omsorgstjeneste

#### *Svangerskaps- og barselomsorg*

I perioden med svangerskap og barnets første leveår er de fleste kvinner i kontakt med helsetjenesten over lengre tid. Kontakten åpner for mulighet til å avdekke rusproblemer og til å følge opp risikobruk med tidlig innsats. Det er viktig å få til gode samtaler og refleksjon om bruk av rusmidler. Rådgivende livstilssamtale tidlig i svangerskapet kan bidra til å redusere alkoholskader hos fosteret. Helsetjenesten har et ansvar for å spre kunnskap om at all rusbruk bør unngås under svangerskapet, særlig i første del.

#### *Helsestasjon- og skolehelsetjenesten*

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er en helsefremmende og forebyggende helsetjeneste som arbeider individ- og miljørettet. Tjenesten har et stort potensial for å forebygge rusproblemer. Tjenesten har svært høy oppslutning i befolkningen, og er et tilbud både til gravide og til barn og unge i alderen 0–20 år. Undersøkelser viser også at befolkningen har høy tillit til tjenesten. Nesten 100

prosent av norske barn har vært på 2-årskontrull. For 4-årskontrull er tallet 95 prosent.<sup>9</sup>

Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å nå enkeltindivider og grupper. Tjenesten kan oppdage problemer og risikofaktorer tidlig. Mye av grunnlaget for senere helsetilstand legges i den livsstilen og de mestringsstrategiene som etableres i skolealderen.

Skolehelsetjenesten skal arbeide for å skape et godt og helsefremmende læringsmiljø i samarbeid med skolen. Tjenesten må ha spesiell oppmerksomhet på risikogrupper. I samarbeid med skolen bør den ha strategier som innebærer tilbud til og oppfølging av elever med rusproblemer. Når tjenesten er regelmessig til stede og har fokus på rus, tar mange elever kontakt ved bekymring for eget, foreldres eller venners rusmiddelbruk. Tjenestens frie stilling i forhold til skole, elever og foresatte gir mulighet til å bygge allianser og løse problemer. At skolehelsetjenesten har godt samarbeid med andre, er nødvendig for å kunne gi hjelp og oppfølging.

Helsestasjon for ungdom er et supplement til skolehelsetjenesten. Den når også unge som ikke går på skole. Tjenesten har et tverrfaglig samarbeid med skolehelsetjenesten og andre faggrupper og etater i kommunen. I likhet med skolehelsetjenesten henvises det videre ved behov for behandling.

<sup>9</sup> Statistisk sentralbyrå, SSB: *Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesta 2002–2010*. <http://www.ssb.no/helsetjko/tab-2011-07-05-08.html>

### Boks 6.3 Prosjekt «ut av tåka» – hasjavyvenningsprogram i Oslo

#### *Prosjektets mål*

Etablere et lett tilgjengelig tilbud til unge opptil 25 år med cannabisavhengighet eller andre cannabisrelaterte problemer. Tilby hasjavyvenningsprogram og bevissthetssamtaler. Informasjon og veiledning til pårørende.

Kompetanseheving ved å gi opplæring og veiledning i metodikken til ansatte i bydelene i Oslo. Etablere og utvikle et byomfattende tilbud.

Forankring ved å skape et varig tilbud til unge med cannabisproblematikk i Oslo.

Å ha et tilbud som er sentralisert, spesialisert og tilgjengelig i bydelene.

En rekke instanser har henvist til tiltaket for oppfølging, herunder arbeids- og velferdsfor-

valtningen, oppfølgingsteam ved politistasjonene og utekontakter.

#### *Erfaringer fra prosjektet*

Mange av de unge er ambivalente, og dette krever tålmodighet i motivasjonsarbeidet. Det er viktig at prosjektet er et lavterskeltilbud, der den unge raskt kan komme til samtale. Det er også viktig å legge vekt på endring i livsstil og det å mestre hverdagen. Kristiansand og Fredrikstad har tilbud om hasjavyvenningsprogram i sine kommuner. Det er også andre kommuner som er i ferd med å etablere tilbudet.

### Fastlegen

Fastlegene har ansvar for at innbyggerne på deres liste får nødvendige allmennlegetjenester. Listeansvaret omfatter allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus.

Nær hele befolkningen er tilknyttet en fastlege. Et av målene med ordningen er å legge til rette for kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Et kjent menneske bidrar til trygghet og kan ha stor betydning, blant annet for pasienter med alvorlige rusproblemer.

Fastlegene er i en gunstig posisjon til å kunne forebygge og avdekke skadelig bruk av rusmidler. For eksempel kan standardiserte kartleggingsverktøy benyttes. Når det avdekkes risikofylt forbruk, bør det følges opp videre. Det er viktig at symptomer på somatisk sykdom ikke blir oversett hos mennesker med rusproblemer. Pasienter med samtidig psykisk og somatisk sykdom må få nødvendig oppfølging.

Fastlegene har en sentral rolle i oppfølgingen av sykmeldte og deltar i dialogmøter i regi av arbeidsgiver og arbeids- og velferdsforvaltningen. Har pasienten behov for et langvarig og koordinert tilbud, er individuell plan et nyttig verktøy. Fastlegen har en sentral rolle i individuell plan. Fastlegen er en viktig samarbeidspartner når pasienten har behov for spesialisthelsetjenester.

Fastlegene har en sentral plass i legemiddelasistert rehabilitering. En stadig økende andel av de opioidavhengige pasientene får LAR-legemid-

delet forskrevet av sin fastlege (68 prosent i 2010).<sup>10</sup>

Fastleger skal ha oppdatert kunnskap om forsvarlig forskrivning av legemidler med avhengighetspotensial. Det er et mål ikke å bidra til unødig avhengighetsutvikling. Forskrivning av vanedannende legemidler skal bare unntaksvis gjøres av andre enn pasientens egen fastlege. Fastlegen har et særlig ansvar for å forebygge og behandle avhengighet av forskrevne legemidler. Se omtale i kapittel 4 om vanedannende legemidler.

Det er et mål å styrke kvaliteten på allmennlegetjenestene som tilbys i kommunene. Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav og bedre tilgjengelighet vil være viktig for å bidra til tidligere innsats og bedre oppfølging overfor personer med rusproblemer.

### Omsorgstjenester

Reformen for mennesker med utviklingshemning, handlingsplan for eldreomsorgen, opptrappingsplanen for psykisk helse og Omsorgsplan 2015 har bidratt til en nødvendig utbygging og modernisering av de kommunale omsorgstjenestene. Ved utgangen av 2010 mottok over 265 000 personer pleie- og omsorgstjenester. Av disse var om lag 43 000 beboere i institusjon, om lag 174 000 mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk

<sup>10</sup> Seraf-rapport 4/2011, Statusrapport 2010. Første år med nye retningslinjer.

## Boks 6.4 Ungdom og rus, Legevakten i Oslo

Formålet med prosjektet er å oppdage og gi målrettet hjelp til unge under 23 år som kommer til legevakten med en rusrelatert problemstilling. Mange av ungdommene har vært i en livstruende situasjon med alvorlig rusforgiftning. Målet er å gjøre ungdommen bevisst på den hendelsen som har ført til at de har kommet til legevakten.

Prosjektet skal etablere nye rutiner for systematisk arbeid med målgruppen og for samarbeid på Oslo legevakt. Prosjektet skal prøve ut og tilpasse arbeidsmetoder som er utviklet ved tiltaket Maria Ungdom i Stockholm, til lokale forhold. Effekten av arbeidet i prosjektet skal vurderes. Formålet er å se hvordan tjenesten/programmet kan videreføres og videreutvikles på legevakten.

Intervensjonsprogrammet kan deles opp i ulike faser: akutt samtale på legevakten, oppfølgingssamtale, telefonrådgivning, brev. En av fasene er kobling til lokalt hjelpeapparat. Er barnet under 18 år, sendes det bekymringsmelding til lokal barneverntjeneste. Er det akutte forhold, engasjeres Barnevernvakten. Prosjektet samarbeider og henviser til arbeids- og velferds-etaten, barneverntjenesten, ruspoliklinikker og distriktpsykiatriske sentra. Det gis tilbud om hjelp til pårørende.

I 2011 ble det registrert 702 ungdommer. Av disse kom 84 mer enn en gang til legevakten på grunn av en rusrelatert hendelse. Det var 45 jenter og 39 gutter. 42 var uten bolig. 38 er definert til å være rusavhengige. De fleste sliter med både rus og psykiske problemer. Noen har også psykiske sykdommer.

### Boks 6.5 Stokka sykehjem i Stavanger

Stokka sykehjem i Stavanger kommune opprettet i 2006 en egen avdeling for personer med rusproblemer. Målet er at brukerne skal oppleve meningsfulle hverdager og ha best mulig livskvalitet. Avdelingen har 17 langtidsplasser, og er for personer som har eller har hatt betydelige rusproblemer og trenger hjelp til daglige gjøremål og egenomsorg.

Avdelingen er et lavterskeltilbud, og det kreves ikke rusfrihet. Den dekker det høyeste omsorgsnivået i rusomsorgen i Stavanger kommune. Erfaringene viser at det har vært uproblematisk å integrere en slik avdeling i et vanlig sykehjem, og at det er et godt tilbud for denne brukergruppen.

bistand (hjemmehjelp, hjemmevaktmester m.v.), og vel 48 000 fikk andre tjenester (avlastning, omsorgslønn, støttekontakt m.v.). I løpet av de siste ti årene er antall brukere under 67 år i omsorgstjenesten nesten fordoblet. De utgjør om lag en tredel av omsorgstjenestens 265 000 brukere. Om lag ni prosent av mottakere av omsorgstjenester under 67 år består av personer med rusproblemer. Denne brukergruppen omfattes også av Omsorgsplan 2015.<sup>11</sup>

#### Psykologer i kommunen

Opptrappingsplanen for psykisk helse bidro til å øke antall psykologer i den kommunale helsetjenesten. Likevel arbeider det i dag relativt få psykologer i de kommunale tjenestene.

Erfaringene fra *Opptrappingsplanen for psykisk helse* viser at mange kommuner hadde utfordringer med å rekruttere og beholde psykologer. Derfor har regjeringen fra 2009 gjennomført en særskilt satsing for å rekruttere og prøve ut modeller med kommunalt ansatte psykologer. Gjennom en egen tilskuddsordning kan kommuner søke om tilskudd til å ansette psykolog i en bestemt organisatorisk rolle. Satsingen bidrar til verdifull kunnskap om psykologenes funksjon i de kommunale tjenestene. Modellene er under evaluering.

Tilgjengelig psykologkompetanse i kommunene bidrar til å styrke utrednings- og behand-

lingstilbudet og er en støtte for det øvrige kommunale hjelpeapparatet. Arbeidet kan også omfatte helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, behandling og oppfølging av lettere og mer omfattende vansker og sykdommer, og arbeid med personer med rusproblematikk. Psykologer i kommunene er også en viktig ressurs i planlegging, utforming og dimensjonering av tjenester til mennesker med psykiske sykdommer. De kan bidra til opplæring og kompetanseheving i det øvrige kommunale tjenesteapparatet.

Tidlig hjelp til barn og unge som av ulike grunner har et vanskelig utgangspunkt, er viktig for å hindre sosial skjevutvikling. Når unge får vansker som påvirker funksjonsnivået, er det viktig å få avklart situasjonen så raskt som mulig. Sykdom og vansker over tid kan få betydelig større konsekvenser i denne aldersgruppen.

Psykologer kan gjøre en viktig innsats i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Mange kommuner tilbyr også en lavterskel psykologisk helsetjeneste for barn og unge, der tidlig og rask vurdering, behandling, råd og veiledning er sentrale oppgaver. Denne typen tjenester dekker et bredt spekter av behov, fra enkle spørsmål til problemer med stor rusavhengighet og alvorlige psykiske sykdommer.

#### Frisklivsentralen

Frisklivsentralen er en kommunal helse- og omsorgstjeneste med tilbud om veiledning og oppfølging på områder som fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Personer kan bli henvist fra fastlege, annet helsepersonell eller NAV-kontor. De tar som regel også imot personer uten henvisning. Helsedirektoratet ga i 2011 ut en veileder for etablering og drift av frisklivsentraler.

Frisklivsentralen har kompetanse på endringsfokusert veiledning og fungerer ofte som ressurs og kontaktpunkt for andre tjenester og helsefremmende tiltak i kommunen. Tilbudene er forankret i kommunen, men har samarbeid med andre sektorer og tjenester, for eksempel frivillige organisasjoner, private aktører, arbeids- og velferdsforvaltningen og spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av 2011 var det frisklivsentraler i om lag 140 kommuner, og det etableres stadig nye. Frisklivsentralenes tilbud er i dag primært rettet mot områdene fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Noen frisklivsentraler har også tilbud til personer som har et høyt alkoholforbruk.

Departementet vurderer at frisklivsentralene er et godt virkemiddel for å styrke det forebyggende arbeidet og tidlig innsats. Det er ønskelig at

<sup>11</sup> Romøren, TI (2006) Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik. *Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.*



frisklivsentralene etter hvert i større grad følger opp personer med et risikokonsum av alkohol, fordi mekanismene for endring henger tett sammen med de andre områdene frisklivscentralen intervensjoner på.<sup>12</sup> Det er ønskelig at flere sentraler tilbyr å veilede og følge opp personer som har et risikokonsum av alkohol, og at de utvikler gruppe- og individrettede tiltak for denne gruppen.

Det er en egen tilskuddsordning for kommuner som vil etablere frisklivscentraler. I 2012 var ordningen på 7 mill. kroner og tilskuddet skal videreføres. I tillegg er det gitt støtte til en rekke frisklivscentraler og liknende tiltak gjennom tilskuddsordningen til samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentre.

### Selvhjelp

Kunnskap fra selvhjelpsfeltet viser at enkelte personer med rusproblemer kan komme seg ut av problemene ved egen hjelp og mestre livet godt. Dette er et viktig perspektiv i arbeidet. Selvhjelpsgruppene er en verdifull tilleggsressurs til det ordinære hjelpetilbudet.

Norsk selvhjelpforum har kartlagt og beskrevet selvhjelpstilbudet på rusfeltet og oppsummert aktuell forskning om selvhjelp. Det er igangsatt utvikling av en e-læringsmodul i selvhjelpsarbeid. I tillegg har Selvhjelp Norge og Helsedirektoratet (2010) laget et informasjonshefte med oversikt over organisasjoner som tilbyr selvhjelpsgrupper for mennesker med rusproblemer: *Selvorganisert selvhjelp i møte med rusproblemet*.

### 6.4.2 Gode boliger og tjenester som styrker evnen til å mestre hverdagen og boforholdet

Egnet bolig gir den enkelte trygghet og vil ofte være en forutsetning for at andre tjenester vil være virksomme. Bistand med bolig kan være viktig for å få god effekt av behandling. Mange rusavhengige har ikke egnet bolig eller kan ha vanskeligheter med å mestre et boforhold. Oppfølging og bistand i form av personlig assistanse, som omfatter praktisk bistand, opplæring eller støttekontakt, er kommunale tjenester som skal bidra til å utvikle og styrke evnen til å mestre hverdagen og boforholdet. En undersøkelse fra 2011 viser at det

i flere kommuner er utstrakt og økende bruk av slike tilbud.<sup>13</sup>

Regjeringens mål er at alle skal kunne bo godt og trygt – fortrinnsvis i egen bolig. De som trenger hjelp til å skaffe seg en bolig og til å bli boende i den, skal få det.

Boligutvalget leverte høsten 2011 utredningen NOU 2011: 15 *Rom for alle*. Utvalget har vurdert behovet for bolig for vanskeligstilte grupper, og hvordan statlig og kommunal innsats bør innrettes. Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om boligpolitikk i 2013. Stortingsmeldingen vil blant annet følge opp NOU 2011: 15. Et tema i meldingen vil være den målrettede innsatsen overfor personer som ikke selv klarer å skaffe seg en bolig og bli boende i den, deriblant mennesker med rusavhengighet og/eller psykiske sykdommer.

Kartlegginger viser at 60 prosent av bostedsløse sliter med rusavhengighet. Om lag 40 prosent har psykisk sykdom. Det er særlig personer med rusavhengighet og personer med både rusavhengighet og psykisk sykdom som blir boende i midlertidige botilbud mer enn tre måneder. En god og trygg bolig er viktig for å stå i arbeid og for å gjennomføre skole og utdanning. Ordnete boligforhold er også en forutsetning for at den enkelte skal lykkes med behandling og oppfølging.<sup>14</sup>

### Tilskudd til boligsosialt arbeid

Arbeids- og velferdsdirektoratet forvalter tilskudd til sosiale tjenester og tiltak for vanskeligstilte. Et av tilskuddene, tilskudd til boligsosialt arbeid, har som mål å styrke og utvikle de ordinære tjenestene i kommunene for bedre å ivareta behovene for oppfølging i bolig.

### Samarbeidsavtale

Fem departementer inngikk høsten 2011 en samarbeidsavtale med KS om boligsosialt arbeid (Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet). Avtalen er forankret som en del av regjeringens konsultasjonsordning med KS, og varer ut 2013. Den forplikter partene til å legge til rette for tverrfaglig og helhetlig boligsosialt arbeid, herunder

<sup>12</sup> Helsedirektoratets veileder for tidlig intervensjon på rusområdet anbefaler at oppfølgingen av risikokonsum av alkohol likestilles med andre levevaneutfordringer.

<sup>13</sup> NIBR-rapport 2011: 13: *På ubestemt tid. Døgnovernattingssteder og andre former for kommunalt disponert bolig*.

<sup>14</sup> NIBR rapport 2009:7: *Bostedsløse i Norge 2008*

bistand til personer som har vansker med å skaffe seg egen bolig og å mestre bosituasjonen. Avtalen vektlegger blant annet boligetablering for pasienter som skrives ut fra institusjoner i psykisk helsevern og rus.

#### Økonomisk og faglig støtte gjennom Husbanken

Husbanken tilbyr kommunene og deres samarbeidspartnere en rekke økonomiske virkemidler. Sammen skal virkemidlene bidra til å øke bosettingen av vanskeligstilte: bostøtte, startlån, tilskudd til etablering og tilpasning av bolig, tilskudd til utleieboliger og boligsosialt kompetansetilskudd. Husbanken har inngått langsiktig og forpliktende samarbeid med kommuner med store boligsosiale utfordringer. Formålet er å utvikle et helhetlig og effektivt boligsosialt arbeid i kommunene. Blant tiltakene er flere bolig- og tjenestemodeller for de som trenger omfattende hjelp til å skaffe seg en bolig og bli boende i den.

Stoltenbergutvalget foreslår at en trygg bosituasjon gjøres til en del av behandlingen. Regjeringen støtter Stoltenbergutvalgets vurdering av at en trygg bosituasjon er viktig for mestring og livskvalitet. En trygg bosituasjon kan bidra til at tjenester er virksomme og har bedre effekt. I helse- og omsorgstjenesteloven skal tiltak som individuell plan og koordinator, bidra til god oppfølging av den enkelte. Husbanken har flere virkemidler som skal bidra til å gi en trygg bosituasjon.

#### **Boks 6.6 Fra bostedsløs til herre i eget hus. Boligsosial tiltakskjede**

Nøtterøy kommune har bygget 42 tilpassede boliger fordelt på åtte botiltak. Disse spenner fra døgnbemannet bofellesskap, botrenings-senter, leiligheter med bemanning på dag og kveld, småhus og selvstendige leiligheter. Prosjektet *Fra bostedsløs til herre i eget hus* ble etablert i 2007 og skulle bygge små, trygge boliger for mennesker med både rusavhengighet og alvorlig psykisk sykdom.

Det var et selvbyggerprosjekt med høy grad av brukerdeltagelse i planlegging og byggeprosess. Evaluering viser at deltakerne fikk økt livskvalitet, større selvaktelse, bedre bosituasjon, deltagelse i sysselsetting/aktiviteter, tilhørighet i et fellesskap, og de opplevde trygghet, ansvar og selvbestemmelse. Prosjektet fikk Husbankens pris for beste tiltak mot bostedsløshet i 2011.

#### 6.4.3 Arbeid som mål

Arbeids- og velferdspolitikken skal legge til rette for at flest mulig kan delta i arbeidslivet og støtte opp om grupper som har særlig behov for hjelp til å komme i arbeid. Det skjer gjennom et bredt spekter av arbeidsrettede tiltak. Personer som ikke kan delta i arbeidslivet skal sikres en rimelig inntekt, som blant annet gjør det mulig å delta i samfunnet på linje med den øvrige befolkningen.

NAV-kontorene er sentrale i tilrettelegging for arbeidsmessig rehabilitering eller annen meningsfull aktivitet. Arbeidsevnevurdering, kvalifisering og arbeidstrening inngår i en prosess fram mot ulike grader av inntektsgivende arbeid. Tiltakene skal bedre arbeidsmulighetene gjennom å gi kompetanse og ferdigheter som kan brukes direkte i et arbeid, eller kompetanse til å komme seg videre i det ordinære utdanningssystemet. Tiltakene skal motivere til å søke arbeid og gjøre arbeidssøking mer effektiv.

Personer med rusproblemer står i stor grad utenfor arbeidslivet, eller i fare for å falle ut. Mange er mottakere av ulike stønadsordninger.<sup>15</sup> Som ledd i regjeringens innsats mot fattigdom er det satt i gang målrettede arbeidsmarkedstiltak overfor utvalgte grupper, herunder personer som er i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Mange av deltakerne i LAR har sammensatte problemer og et langvarig opiatbruk som gjør tilbakeføring til samfunnet vanskelig og tidkrevende. Evaluering av målrettede arbeidsmarkedstiltak viser at investering i et lengre tidsperspektiv likevel kan gi resultater. Det er svært viktig at LAR-pasienter som er stabilisert på substitusjonsmedisin, og ellers har anledning til det, gis mulighet til å delta i arbeidslivet.

Regjeringen har også iverksatt et kvalifiseringsprogram for utsatte grupper. Programmet retter seg mot langtidsmottakere av sosialhjelp og andre som står langt fra arbeidsmarkedet. Målet er å bidra til at flere kan komme i arbeid. Erfaringene så langt er positive. Ved utgangen av 2011 gikk om lag halvparten av dem som hadde gjennomført programmet dette året, til arbeid, utdanning eller andre arbeidsrettede tiltak.

I den nasjonale strategiplanen for *Arbeid og psykisk helse* har man valgt å innlemme rus i satsingen. Det er igangsatt flere fagutviklingsprogram, herunder *Mestringsveier til arbeid – rus og psykiske helseproblemer* og veilednings- og oppfølgingsløser. Regjeringen la, sammen med statsbud-

<sup>15</sup> Lødemel m.fl 2006. *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. Høyskolen i Oslo-rapport 2006 nr. 29.

### Boks 6.7 Tiltak for å hjelpe innsatte og tidligere dømte tilbake til samfunnet

Arbeids- og velferdsdirektoratet igangsatte i 2009 i samarbeid med Justisdepartementet, et treårig forsøk i sju kommuner som har fengsel. Formålet er å finne fram til modeller og metoder som sikrer kontinuitet, god samordning av tjenester og tettere individuell oppfølging i overgangen fra fengsel til frihet. I prosjektet kan innsatte få hjelp til å planlegge kommunale og statlige arbeidstiltak, bolig m.m. Målet er at innsatte kan starte i tiltakene den dagen de løslates. Mange innsatte har rusproblemer, og tilknytning til arbeidslivet og sosiale nettverk kan bidra til å redusere disse problemene.

*Tilbakeføring, arbeid, fritid, utdanning* (TAFU) er et annet arbeidsrettet tiltak for å få

tidligere dømte tilbakeført til samfunnet. Tiltaket startet i 2008. TAFU retter seg mot personer som har sonet ferdig dommen. Målet er at deltakerne skal finne, få og beholde fast arbeid og/eller starte relevant opplæringsløp. Andre mål er å hindre tilbakefall til kriminalitet, at deltakerne skal leve et lovlydig liv og bli selvforsørgende. Kunnskapsdepartementet er prosjekteier. Fylkesmannen i Hordaland, som har det landsdekkende ansvaret for opplæring innenfor kriminalomsorgen, har det overordnede ansvaret for styring og utvikling av prosjektet. Arbeids- og velferdsetaten er en viktig samarbeidspartner.

sjettet for 2012, fram *Jobbstrategi for personer med nedsatt funksjonsevne*. Unge under 30 år med rusproblemer vil kunne omfattes av denne jobbstrategien, dersom rusproblemet har medført varig nedsatt funksjonsevne.

Mange av dem som er dømt og gjennomfører eller har gjennomført straff, har rusproblemer og behov for tjenester fra blant annet Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Samarbeidet mellom kriminalomsorgen og Arbeids- og velferdsetaten er forankret i en sentral samarbeidsavtale som danner grunnlag for avtaler mellom partene på regionalt og lokalt nivå. Formålet er å legge grunnlaget for å videreutvikle samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsetaten og kriminalomsorgen, og å bidra til et forpliktende og systematisk samarbeid.

Tilbakeføringsgarantien innebærer at alle skal sikres oppfølging etter endt soning. Garantien ble lansert i St.meld. nr. 37 (2007–2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*. Med forankring i tilbakeføringsgarantien og samarbeidsavtalen skal Arbeids- og velferdsetaten yte tjenester til innsatte. Disse tjenestene skal NAV-kontoret i fengselskommunen tilby etter avtale og i samarbeid med den innsattes NAV-kontor i bostedskommunen. For noen innsatte vil det være aktuelt å delta i arbeidsrettede tiltak under soning i institusjon, både i og utenfor fengsel. En del fylker arrangerer egne arbeidsmarkedskurs i fengsel i samarbeid med kriminalomsorgen. For å kunne delta på tiltak utenfor institusjon, må den innsatte ha blitt innvilget frigang, jf. straffegjennomføringsloven. Om man kan delta i et tiltak avgjøres på bakgrunn av individuelle behov.

Stoltenbergutvalget foreslår å sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold. Departementet vurderer at det er viktig med tett oppfølging under og etter soning. Mange kan ha behov for tverrfaglig innsats. Tilbakeføringsgarantien, individuell plan og samarbeidsavtaler er tiltak som skal bidra til å styrke oppfølgingen av denne gruppen. Det presiseres i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 at i de kommuner hvor det ligger fengsler, skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester til de innsatte. Prinsippene i samhandlingsreformen legges til grunn for å sikre et helhetlig tilbud fra helse- og omsorgssektoren. Se kapittel 6.10.

#### 6.4.4 Ruskonsulenter

For mange personer med rusproblemer er ruskonsulentene det første kontaktpunktet for hjelp. Ofte vil ruskonsulenten være ansatt på NAV-kontoret. Ruskonsulentene gir helhetlig oppfølging til den enkelte. Det innebærer bistand med sikte på å begrense rusbruk, få egnet bolig, behandling, ordnet økonomi, hjelp til å håndtere gjeld, til å få meningsfulle aktiviteter eller beholde ordinært arbeid. Ruskonsulentenes helhetlige oppfølging kan inneholde motivering, veiledning, råd, opplæring i sosiale ferdigheter, bistand til å søke arbeid med mer. Ruskonsulentene henviser til behandling, og følger opp klienter i og utenfor tiltak. Noen arbeider forebyggende og driver også opplysende virksomhet om rusmiddelbruk. Ruskonsulenten arbeider også i tverrfaglige team.

**Boks 6.8 Kafé X**

Kafé X er et supplement til de ordinære kommunale tjenestene i Tromsø. Tilbudet er rettet mot personer som har hatt rusproblemer eller psykiske problemer, og som nylig er blitt rusfrie. Kaféen tilbyr en plattform der målet er å utvikle formelle og uformelle rusfrie nettverk som kan hjelpe den enkelte i rehabiliteringsprosessen. Kaféen tilbyr også arbeidstrening i samarbeid med arbeids- og velferdsforvaltningen. Bruk av arbeidsavklaringspenger og gjennomføring av samfunnsstraff skjer ofte i tilbudet.

Kafé X er hundre prosent brukerstyrt. Det er tidligere rusavhengige fra brukerorganisasjo-

nene som styrer prosjektet og legger premisene for videre utvikling. Kafé X har vist seg å være et effektivt tiltak for å hjelpe mennesker tilbake til en rusmiddelfri tilværelse. Med hjelp fra Kafé X har mange begynt på en utdanning eller kommet i arbeid. Kafé X blir også benyttet som praksisplass for personer som er under utdanning til helseyrker.

Prosjektet eies av Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon ved RIO Nord, i samarbeid med MARBORG (medikamentassistert rehabiliteringsbrukerorganisasjon) og Tromsø kommune.

**6.4.5 Personlig økonomi**

De fleste som har levd med rusproblemer lenge, har økonomiske problemer. Mange har stor gjeldsbyrde, både til formelle og uformelle kreditorer. Å få hjelp av økonomisk rådgiver i kommunen til å rydde opp i gjelden, kan bety mye for den videre rehabiliteringen. Det kan for eksempel være aktuelt å nedbetale eller refinansiere særlig dyr gjeld og gjeld til uformelle kreditorer, få en realistisk avtale om nedbetaling eller inngå en avtale om gjeldsordning. God veiledning i økonomiforvaltning og gjeldshåndtering for eksempel fra en ruskonsulent er en forutsetning for å få grep om egen tilværelse for mange av NAV-kontorets brukere. Det kan være nødvendig med grunnleggende opplæring i planlegging og husholdningsøkonomi. For mange vil dette være en betingelse for å komme seg ut av rusproblemen.

**6.4.6 Meningsfull fritid, sosialt nettverk**

Regjeringen vil legge til rette for at personer med rusproblemer settes i stand til å delta i ordinære aktiviteter. Tidligere sosialtjenestelovens bestemmelser om støttekontakt og praktisk bistand, er videreført i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom kommunenes plikt til å tilby personlig assistanse. Endringen med å innføre begrepet personlig assistanse innebærer at det åpnes for flere måter å organisere bistand på i tillegg til støttekontakt.

Tjenesten kan gis som bistand til organisert deltakelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettede tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon. Mange har gode erfaringer med for eksempel å organisere etter metoden «Fritid med

bistand», jf. boks 6.9. Loven understreker at brukerens behov og interesser så langt som mulig skal være styrende for valg av fritidstiltak. Kristiansand kommune får støtte fra Helsedirektoratet til å drifte nettstedet fritidforalle.no. Formålet er å bidra med informasjon knyttet til støttekontakt, kultur – og fritidsdeltakelse.

For LAR-pasienter som ikke er yrkesaktive, er det å ha møteplasser og arenaer viktig i en rehabiliteringsprosess. Dette kan være aktivitetshus, kafédrift og liknende hvor man engasjeres i fellesskap med andre. Slike møteplasser kan også fungere som arenaer for selvhjelpsgrupper eller andre typer støtte- og motivasjonsgrupper i regi av kommunalt ansatte eller personer som tidligere har hatt rusproblemer. Det er samtidig viktig å understreke at det er et mål at personer med rusproblemer integreres på naturlige møteplasser, som for eksempel arbeid eller arbeidsrettede aktiviteter.

**6.5 Barnevernet**

Barneverntjenesten er avhengig av opplysninger fra andre offentlige myndigheter, herunder fra helse- og omsorgstjenesten, skole, barnehage og politi, for å ivareta sine oppgaver. Opplysningsplikten er av stor betydning for at barnevernet og andre tjenester skal kunne identifisere og sette inn tiltak så tidlig som mulig. Taushetsplikten skal ikke være til hinder for opplysningsplikten.

Barneverntjenesten skal legge vekt på å samarbeide med familien og barnet, så langt dette er mulig, med hensyn til barnets beste. Barneverntjenesten kan overta omsorg for barn der det av

### Boks 6.9 Fritid med bistand

Fritid med bistand bygger på partnerskapsavtaler mellom kommuner og private organisasjoner og finansieres gjennom «støttekontaktmidler». En ansatt i kommunen følger opp den enkelte deltaker i samarbeid med tilrettelegger i den frivillige organisasjonen som vedkommende har valgt å delta i. Målet er at den enkelte skal få en meningsfylt tilværelse sammen med andre. Målgruppene er ulike aldersgrupper og diagnoser, også personer med rusproblemer eller fysiske funksjonsnedsettelse.

Metoden bygger på et mestringsperspektiv, hvor den enkeltes ønsker, drømmer og behov står sentralt. Målet er at deltakeren blir inkludert i en selvvalgt fritidsorganisasjon i løpet av en begrenset tidsperiode. Inkluderingsproses-

sen er derfor avgjørende og ingen av dem er like. Det viktigste suksesskriteriet handler om at kommunen må sikre tilstrekkelig støtte og oppfølging.

Fritid med bistand har sitt teoretiske fundament knyttet til empowerment. Empowerment kan forstås som en prosess hvor mennesker bygger opp evnen til å handle på egne vegne og på den måten styrker sitt selvbylde. Det legges vekt på at deltakelse bare er meningsfylt dersom det er tale om sosial inkludering gjennom samhandling og aksept.

Gjennom fritid med bistand får deltakeren muligheter til å endre livssituasjonen gjennom selvvalgte fritidsaktiviteter.

<http://www.fritidmedbistand.no>

ulike årsaker ikke kan skapes tilfredsstillende forhold for barnet ved andre hjelpetiltak.

Et godt samarbeid mellom statlig og kommunalt barnevern er en forutsetning for å gi utsatte barn best mulige tiltak og tjenester. Det er laget en prosessveileder for hvordan samarbeidet mellom statlig barnevern og kommunene kan gjennomføres, og det er forslag til en mal for felles samarbeidsavtale. Avtalene skal bidra til felles forståelse for oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunalt og statlig barnevern og til god samordning av tjenester og utvikling av tjenestetilbudet. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har inngått en fornyet samarbeidsavtale med KS om utvikling av barnevernet (2011–2013). Målet er å få til en bedre samordnet innsats for utsatte barn og unge i samvirke mellom statlig og kommunalt barnevern og gjennom samhandling mellom relevante kommunale tjenester.

Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge har også ansvar for å tilby tjenester til barn og unge med rusproblemer.<sup>16</sup>

Samtidig har tverrfaglig spesialisert rusbehandling ansvar for å tilby tjenester til personer under 18 år med rusproblemer. Veilederen peker videre på at det er opp til det enkelte helseforetak å avklare hvorvidt unge under 18 år med rusproblemer skal få tjenester innen det psykiske helsevernet for barn og unge, eller ved klinikker for rus og avhengighet.

Dersom barn og unge under 18 år henvises til spesialisthelsetjenesten og vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, vil disse ha rett til behandling også for rusproblemer. Tjenestene skal tilbys i nært samarbeid med barnevernet.

#### Barnevernsinstitusjoner

I barnevernet reiser rusmiddelbruk og avhengighet i særlig grad spørsmål om virksom behandling for unge som har utviklet rusproblemer. Det er også viktig å forhindre at unge bruker rusmidler og utvikler rusproblemer under opphold på en institusjon i barnevernet. Rusproblemer og rusatferd vil alltid måtte håndteres i institusjonene. Dette krever kjennskap til normale bruksmønstre av rusmidler blant ungdom, og evne til å forebygge uheldig utvikling.

Under et opphold i barnevernsinstitusjon er barnevernets rolle å sørge for at det blir tilrettelagt et tilbud som kan ivareta barnet. Ved behov for psykisk helsehjelp eller rusbehandling er henvisning til og samarbeid med spesialisthelsetjenesten viktig.

Barnevernsmyndighetene har sett behovet for å finne nye løsninger for oppfølging av barn og unge med rusproblemer som ikke kan bo hjemme. Det er opprettet to mindre barnevernsinstitusjoner i det statlige barnevernet som skal prøve ut hvordan barn og unge med rusvansker bedre kan følges opp i sin hverdag.

Det er allerede implementert institusjons- og hjemmebaserte programmer i det statlige barnevernet rettet mot ungdom med alvorlige atferds-

<sup>16</sup> Helsedirektoratet (2008): *Psykisk helsevern for barn og unge – veileder for poliklinikker*

**Boks 6.10 Ernæring, rus og tannhelse i Oslo**

Kosthold og tannhelse er innsatsområder i folkehelseplan for Oslo. Tilbud om måltider og oppfølging av tannhelse i tilknytning til rusinstitusjonene er viktige for å fremme bedre helse hos brukerne. I 2008 ble det opprettet en arbeidsgruppe på tvers av flere kommunale etater. Arbeidsgruppen har kartlagt de kommunale rusinstitusjonenes innsats innen tannhelse og kosthold og foreslått tiltak på området.

I 2010 ble en klinisk ernæringsfysiolog ansatt i et prosjekt i Rusmiddeletaten. Ernæringsfysiologen samarbeider med rusinstitusjoner og lavterskeltilbudet feltpleien, som har ernæringskompetanse blant personalet. Det er etablert faste nettverksmøter. Kompetanseheving av ansatte, matlagingskurs og tiltak for mer systematisk oppfølging innen ernæring og tannhelse er satt i gang.

Kilde: Oslo kommune 2008. Prosjekt ERT (Ernæring, rus og tannhelse)

problemer. Disse programmene reduserer også rusbruk og rusproblemer.

**6.6 God tannhelse**

Mange rusavhengige har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen. Tannbehandling har helsemessig, arbeidsrettet og sosial betydning. Brukerne sier selv at tilbud om tannbehandling er en viktig del av rehabiliteringen. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er avhengig av godt samarbeid med øvrige tjenesteytere for å bidra til et helhetlig tilbud til den enkelte.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) kartla i 2009 det fylkeskommunale tannhelsetilbudet til rusavhengige.<sup>17</sup> Kartleggingen viste at fylkeskommunene i stor grad har fulgt opp de statlige føringene. Tilbudet omfatter ikke personer i poliklinisk behandling og tidligere rusavhengige som ikke lenger mottar hjelp fra kommunen.

<sup>17</sup> SIRUS 2009: Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelbrukere.

**6.7 Spesialisthelsetjenesten**

Alle regionale helseforetak skal sørge for at det er tilgjengelig poliklinisk behandling, dag- og døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert behandling. Dette kan være i et av egne helseforetak eller gjennom private avtaleparter. Om lag 60 prosent av pasientene som mottar tverrfaglig spesialisert behandling, behandles poliklinisk og 40 prosent får døgnbehandling. I døgntilbudet inngår tjenester for avrusning, stabilisering og utredning, og kort- og langtids døgnbehandling med varighet over ett år. I tillegg består tverrfaglig spesialisert behandling av legemiddellassistert rehabilitering (LAR) for opiatavhengige der behandling med metadon eller subutex inngår, i tillegg til andre behandlings- og oppfølgingstjenester.

Samlet sett representerer behandlingstilbudene til rusavhengige i spesialisthelsetjenesten en

**Boks 6.11 Korttidsbehandling av unge i Oslo**

Avdeling Ung ved Oslo Universitetssykehus har en korttidsenhet med 16 sengeplasser og tilbyr et intensivt behandlingsprogram på om lag 3 måneder for personer under 26 år med rus- og avhengighetsproblemer. Tilleggsproblemer kan være lettere psykiske lidelser, vanskelige relasjoner og problemer med å kontrollere impulser. Behandlingen kombinerer ulike intervensjoner, der både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver vektlegges. Korttidsenheten har et omfattende gruppeterapitilbud i tillegg til individuell oppfølging og samarbeid med offentlig og privat nettverk. Enheten har som mål å drive evalueringsbasert praksis, og alle pasienter vil derfor bli forespurt om å være en del av The Youth Addiction Treatment Evaluation Project (YATEP). Pasienten vil før, under og etter behandling bli intervjuet og bedt om å fylle ut ulike skjema for å evaluere behandlingen samt egen situasjon. Dette bidrar til en tett oppfølging av hver enkelt pasient, til å evaluere behandlingens effekter og gi kontinuerlig mulighet til å bedre behandlingstilbudet. Deltagelse i prosjektet er frivillig, og pasienten vil få utfyllende informasjon om dette i første møte. All informasjon lagres anonymt i en database. Formålet med prosjektet er å undersøke effekten av ulike behandlingsformer for unge pasienter med rusavhengighet.

rekke metodiske retninger, basert på kognitive/psykologiske, sosialpedagiske/læringspedagogiske eller mer helserelevante metoder. Det er behov for ytterligere styrking av det faglige innholdet i alle disse tjenestene. Mange rusavhengige trenger langsiktig behandling og oppfølging, for eksempel i døgnbaserte tjenester. Samtidig vil samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene være avgjørende, uansett om et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten har kort eller lang varighet.

Etter rusreformen i 2004 har andelen medisinsk faglig personell økt. Omfanget og innholdet i tjenestetilbudene varierer mellom helseregionene og mellom sykehus i samme region. Tjenestene er også ulikt organisert i helseregionene. Tverrfaglig spesialisert behandling er den delen av spesialisthelsetjenesten som har hatt sterkest prosentvis ressursvekst de senere årene. Etter rusreformen har det vært en betydelig økning i antall nyhenvisninger. Dette førte til at ventetidene i en periode økte, samtidig som det har vært for mange brudd på behandlingsfristene. Ventetidene på rusbehandling går ned, og andel fristbrudd ble betydelig redusert i 2010. I samme periode økte aktiviteten i tverrfaglig spesialisert behandling på alle nivåer. I perioden april 2011 til april 2012 gikk gjennomsnittlig ventetid ned fra 74 til 60 dager (Norsk pasientregister).

Unge rusavhengige under 23 år omfattes av en egen ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten (se omtale i kapittel 7). Voksne kvinners alkoholkonsum er økende, tjenestetilbudet må derfor også være tilpasset denne gruppen.

Evalueringen av rusreformen peker på at alle de regionale helseforetakene i tråd med de nasjonale føringene har styrket behandlingsskapasiteten. Dette gjelder i særlig grad den polikliniske og ambulante kapasiteten.<sup>18</sup> Oppsummeringen peker videre på at departementet i de årlige styringsdokumentene har lagt vekt på dreining av tjenestene med mer fokus på kvalitet og hva som virker i rusbehandling.

I oppdragsdokumentene for 2012 til de regionale helseforetakene er det stilt særlige krav om at det samlede tilbudet innen tverrfaglig spesialisert behandling styrkes. Det stilles krav om at antall pasienter som fullfører tverrfaglig spesialisert behandling økes, og etablering av behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling. Det stilles videre krav til økt opp-

merksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.

De regionale helseforetakene skal vurdere behovet for nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i tråd med regelverket for godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Når kompetanse må sentraliseres for å sikre kvalitet, må det vurderes om man likevel kan yte tjenesten lokalt i form av en ambulansfunksjon.

Etter søknader fra de regionale helseforetakene har departementet i 2012 etablert en nasjonal kompetansetjeneste for kombinerte ruslidelser og psykiske lidelser (dobbeltdiagnoser). En samlet nasjonal kompetansetjeneste innen tverrfaglig spesialisert behandling, inkludert legemiddelassistert behandling (LAR), er under etablering.

### 6.7.1 Rus og psykisk helsevern

Studier fra Europa og USA viser at psykiske sykdommer og rusproblemer ofte opptrer sammen.<sup>19</sup> Jo mer alvorlig rusproblemet er, jo høyere er forekomsten av psykiske sykdommer, og omvendt. Personer med narkotikaavhengighet har høyere forekomst av psykisk sykdom enn personer med alkoholavhengighet. Personer med schizofreni og bipolar sykdom har en spesielt høy forekomst av rusproblemer.

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse er det etablert distriktspsykiatriske sentre som dekker samtlige kommuner. Sentrene tilbyr utredning og behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. Distriktspsykiatriske sentre skal bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, altså være veien inn og ut av psykisk helsevern. Distriktspsykiatriske sentre er fortsatt under faglig oppbygging. Det forutsettes at de skal utvikle døgnberedskap. Ambulante team og akutteam har en viktig rolle.

En stor andel av pasientene som legges inn i somatiske avdelinger og ved akuttavdelinger innen psykisk helsevern, har til dels omfattende rusrelaterte sykdommer. Det er derfor behov for tettere samarbeid mellom tverrfaglig spesialisert behandling og de øvrige tjenestene innen spesialisthelsetjenesten. Om lag 30 prosent av pasientene innen

<sup>18</sup> KORFOR (2012): *Oppdatering av rusreform-evalueringen (2006–2010)*.

<sup>19</sup> Helsedirektoratet (2012): *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*

tverrfaglig spesialisert behandling fikk enten samtidig, før eller etter denne behandlingen, også behandling innen psykisk helsevern for sin psykiske lidelser.<sup>20</sup> Gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene de senere årene er det stilt krav om å styrke kompetansen og kvaliteten i tilbudene. Det er også stilt krav om at alle pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling, også skal vurderes med tanke på behov for andre tjenester i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder særlig innen psykisk helsevern. Mange av tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling er i dag organisert som en del av det psykiske helsevernet. Strukturen på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling bør så langt det lar seg gjøre samordnes med strukturen for tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester, slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte sykdommer. Ved oppbygging av samisk språk- og kulturkompetanse i rusomsorgen, kan kompetansen som er bygget opp innen psykisk helsevern til samiske pasienter benyttes.

Det er etablert om lag 150 ambulante team/nærmiljøbaserte team innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Teamene har et omfattende samarbeid med de kommunale tjenestene og gir tilbud til mennesker med psykiske

sykdommer, til rusavhengige og til mennesker som har begge disse sykdommene. Distriktpspsykiatriske sentre har over tid utviklet kunnskap og kompetanse om behandling av rus- og avhengighetssykdommer. Alle distriktpspsykiatriske sentre skal også ha polikliniske tilbud til ruspasienter. Avhengighetssykdommer og psykiske lidelser har mange felles behandlingsmetoder og teknikker. Kompetanse om psykiske lidelser er viktig nøkkelkompetanse for begge områder. Det er derfor hensiktsmessig at tjenestene innen det psykiske helsevernet og tverrfaglig spesialisert behandling knyttes tettere sammen. Samtidig må de regionale helseforetakene vurdere hvordan tjenestene best kan organiseres på spesialistnivå sett i lys av regionale og lokale forhold. Det forutsettes at distriktpspsykiatriske sentre vurderes som en mulig nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus- og avhengighetssykdommer. En rekke sentre har inngått avtaler med omkringliggende kommuner om samarbeid som gjelder pasienter i psykisk helsevern og innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet. Denne type samarbeid bør utvikles videre.

Helsedirektoratet har tidligere anslått at om lag 4000 personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer har et antatt underforbruk av tjenester i kommunen. Dette er personer med til dels store funksjonsnedsettelse og behov

<sup>20</sup> Samdata rapport 2010

### **Boks 6.12 Framtidens lokalsykehustilbud for rusavhengige pasienter ved Nordfjord sjukehus**

Regjeringen har satt i gang et treårig nasjonalt prosjekt ved Nordfjord sjukehus i Sogn og Fjordane. Målet er at Nordfjord sjukehus skal utvikles til en samhandlingsarena og lokalsykehus med tjenestetilbud for de pasientgrupper som i fremtiden vil ha størst behov for spesialisthelsetjenester. Det planlegges å etablere en rusenhet ved sykehuset.

I samarbeid med Helse Vest RHF og kommunene i Nordfjord-regionen har en arbeidsgruppe utviklet en modell med døgnåpne tjenester som kan være modell for samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Tilbudet kan organiseres som en del av Nordfjord psykiatrisenter for alle pasient- og alderskategorier, i nært samarbeid med kommunene i Nordfjord-regionen. Målet er å komme i kontakt med brukerne tidlig i forløpet, før problemene blir for omfattende. Det skal

være lav terskel for kontakt, korte ventetider og et fleksibelt system av tjenester som bygger videre på styrken i det desentraliserte psykiske helsevernet, med fullt integrerte tilbud til personer med rusproblemer.

Det skal være et døgnåpent ambulant team hvor det ikke er nødvendig med henvisning. Det skal ytes tjenester utenfor sykehusområdet i samarbeid med kommunene, og tilbud til pårørende. Samhandlingen skal sikres gjennom stor vekt på utadrettede og konsultative tjenester, felles koordinator på tvers av tjenestenivåene og utvikling av pasientforløp som viser hvordan tjenesteyterne skal forplikte seg i fellesskap.

Styringsgruppen ved Nordfjord sjukehus har pekt på at helheten i modellen er nyskapende, og den sikrer gode arbeids- og samarbeidsformer som involverer og forplikter aktørene.



for bistand på mange områder. Det er igangsatt en rekke tiltak for å målrette den kommunale innsatsen for mennesker med samtidige sykdommer og sammensatte hjelpebehov. Flere tiltak legger vekt på å styrke samarbeidet mellom NAV-kontor og helse- og omsorgstjenesten i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på prosjekter er bo- og behandlingstiltak, tverrfaglige og tverrsektorielle team, utvikling av behandlingslinjer og behandlingsnettverk, og oppsøkende dobbeltdiagnoseteam. Satsingen på ACT-team (assertive community treatment) og brukerstyrte plasser er viktig for å nå fram til denne målgruppen.

Flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen. Disse teamene skal følge opp brukerne der de bor og befinner seg, og har et helhetlig behandlings- og oppfølgingsansvar. Teamene skal ha kompetanse i integrert behandling av rusproblemer og psykisk sykdom. De kan følge opp den enkelte over tid. Det kan være bistand til praktisk hjelp i bolig, samtaleterapi, oppfølging og støtte i en arbeidssituasjon, økonomisk veiledning og råd om medikamentell behandling. De fleste store bykommunene har etablert ACT-team eller andre oppsøkende team.

Jæren distriktpsikiatriske senter har innført brukerstyrte plasser, det vil si plasser som pasienten selv kan benytte etter egen vurdering og etter avtale med institusjonen. Evaluering viser at pasientene var svært tilfredse med dette tilbudet. Antall akutt- og tvangsinnleggelses ble betydelig redusert. Brukerstyrte plasser skal være tilgjengelige hele døgnet og gi pasientene beskyttelse, struktur og følelse av kontroll. De regionale helse-

foretakene er gjennom oppdragsdokumentet bedt om å etablere brukerstyrte plasser i alle helseregioner.

Det er iverksatt flere tiltak for å bedre tilbudene til personer med samtidig rusproblemer og psykiske lidelser. Likevel er det fortsatt mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Nærmere anbefalinger for videreutvikling av tilbudene framgår av *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*, utarbeidet av Helsedirektoratet (2012).

Stoltenbergutvalget foreslår å sikre tydelig ansvars- og arbeidsdeling mellom psykisk helse og rusfeltet. Ansvars- og arbeidsfordelingen mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling skal være tydelig. Samtidig er det helt avgjørende for den enkelte bruker at disse to tjenesteområdene i størst mulig grad samarbeider og samhandler. Integrert behandling og nye retningslinjer skal bidra til å styrke tjenestetilbudet.

## 6.8 Nye samhandlingsarenaer

### 6.8.1 Stoltenbergutvalgets forslag om mottaks- og oppfølgingsentre

Stoltenbergutvalget foreslår å etablere statlige mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet. Forslaget innebærer at ansvaret for hele behandlingsforløpet samles økonomisk og organisatorisk på ett forvaltningsnivå: mottak, utredning, tilgang til medisiner, midlertidig poliklinisk behandling, henvisning til spesialistbehandling, bolig, sosiale

#### Boks 6.13 Strax-huset i Bergen

Strax-huset er en bydekkende enhet og yter en rekke helse- og omsorgstjenester. Målgruppen for tjenesteytingen er personer mellom 18 og 65 år med rusrelaterte problemer knyttet til bruk av illegale narkotiske stoffer, ofte i blanding med legemidler og alkohol.

Strax-huset har natthjem, dagavdeling, LAR-avdeling og et helse- og sosialfaglig akutteam. Teamet gir sosialfaglig oppfølging til pasienter ved Akuttposten ved Bergen legevakt. De fleste tiltakene kan benyttes uten timeavtale. De fleste brukere får flere tjenester og benytter huset regelmessig. Enheten ser et økende antall personer med behov for omsorgsboliger og syke- og pleiehjemsplass.

I tillegg har Strax-huset disse oppgavene:

- Ansvar for Bergen kommunes innsats i narkotikaprogram med domstolskontroll
- Ulike samarbeidstiltak
- Undervisning, foredragsvirksomhet
- Deltakelse i arbeidsgrupper, styringsgrupper, referansegrupper og utredningsgrupper på tvers av profesjoner, instanser, etater og nivå

Strax-huset har et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten både i oppfølging av enkeltpersoner og gjennom formelle samarbeidsavtaler og møter.

tiltak og tett personlig oppfølging ved en koordinator.

Høringsinstansene til Stoltenbergutvalgets rapport er delte i synet på statlige mottaks- og oppfølgingssentre. De fleste brukerorganisasjonene og frivillige organisasjoner støtter forslaget. Statlige og kommunale organer og kompetansemiljøer peker på at forslaget vil bety en uheldig utskilling av tilbudet for rusavhengige. Flere har påpekt at en ny statlig tjeneste ikke er i samsvar med pasientens behov for samhandling og behovet for en ny kommunerolle med større ansvar for forebygging, behandling og oppfølging.

Det er imidlertid flere eksempler på eksisterende modeller som ivaretar vesentlige elementer i Stoltenbergutvalgets forslag og bidrar til helhetlige og sammenhengende tjenester.

Regjeringen er enig i Stoltenbergutvalgets påpekning av behovet for helhetlige og samordnede tjenester. Samhandlingsreformen skal bidra til å styrke tjenestetilbudet nær der brukeren bor. Det handler om å få god hjelp nærmest mulig eget bosted og om å samle gode behandlingstilbud i sterke fagmiljøer også lokalt. Regjeringen legger til grunn at tilbudet til pasientene over tid blir best når det skal gis av det ordinære tjenesteapparatet. Regjeringen vil, på denne bakgrunn, ikke foreslå en ny statlig tjeneste med statlige mottaks- og oppfølgingssentre slik Stoltenbergutvalget foreslår. I stedet ønsker regjeringen at tilbud som skal bidra

til helhetlige og sammenhengende tjenester utvikles best mulig tilpasset lokale forhold og behov.

Det er flere steder etablert gode modeller for samarbeid mellom kommuner og helseforetak, for eksempel gjennom lokalmedisinske sentre. Sentrale mål for slike tilbud er å sikre tilgjengelighet til tjenestene og god kommunikasjon og samhandling mellom eksisterende tilbud, nivåer og sektorer.

Mange personer med rusproblemer har psykiske og somatiske helseproblemer i tillegg til avhengighetsproblemet. Et samlet helsetilbud kan bidra til bedre helse for brukerne. Å videreutvikle lokalmedisinske sentre til også omfatte tilbud til personer med rusproblemer, vil være viktig for å sikre gode tjenester til denne gruppen pasienter.

### 6.8.2 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR ble etablert som et landsdekkende tilbud i 1998. Etter den tid har antallet som er blitt inkludert i denne behandlingsformen for opiatavhengige økt kraftig. Ved utgangen av 2011 var det omlag 6500 som var i aktiv behandling i LAR. I tillegg har mer enn 1500 personer vært inkludert siden 1998, men har avsluttet behandlingen. Det er godt dokumentert at LAR har effekt forutsatt at tilbudet gis helhetlig og med oppfølging av den enkelte. Det er en forutsetning for et godt behandlingsresultat at, «R-en» (rehabiliteringen) i LAR gis et reelt innhold. Dette er pekt på i mange sammenhenger ikke minst av brukerorganisasjonene. Hvis ikke hver enkelt får tilstrekkelig oppfølging i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, vil risikoen øke for tilbakefall og brudd i behandlingen. Jo mer hjelp man trenger, jo tettere oppfølging må etableres.

I tråd med forskriften og nasjonal retningslinje for LAR (2010) skal inklusjon i LAR baseres på en helhetlig og tverrfaglig vurdering. Terskelen for utskrivning fra LAR skal baseres på en forsvarlighetsvurdering. I retningslinjen fremgår det nærmere regler og anbefalt praksis for oppstart og avslutning av LAR. Forskriften fastsetter at LAR er en del av tverrfaglig spesialisert behandling. LAR-pasienter forutsettes derfor å være gitt rett til nødvendig helsehjelp. Ifølge forskriften er det bare spesialisthelsetjenesten som skal starte og avslutte LAR. Retningslinjen presiserer at pasienter ikke kan skrives ut av LAR dersom dette er medisinsk faglig uforsvarlig. Den gir også mulighet for raskere oppstart i LAR.

#### Boks 6.14 Boligtiltak for rusavhengige

Det er gjennom flere år satset på å utvikle tjenester for personer med psykisk sykdom og ofte også rusproblemer, i de fire største byene. Det skjer gjennom storbysatsingen innen psykisk helse. Ett av tiltakene er boligtiltaket Schandorffsgate i Oslo. Dette ble opprettet i 2006, og er rettet mot rusavhengige med alvorlig psykisk sykdom, hyppige innleggelse i spesialisthelsetjenesten og langvarig bostedsløshet. Beboerne får en egen, stabil bolig med ordinær husleiekontrakt. Tiltaket er kommunalt, men det er inngått samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for hver beboer. Samarbeidsavtalen bygger på en gjensidig forpliktelse om å ivareta beboernes behov for helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester i et langsiktig, ofte livslangt perspektiv. Tiltaket er evaluert og vurderes å ha svært god overføringsverdi.

Helsedirektoratet ga i 2011 ut nasjonale retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av barnet opp til skolepliktig alder. Retningslinjene anbefaler oppstart av LAR for gravide opiatavhengige. Anbefalingen er gitt av hensyn til fosteret og faren for hva som kan skje med mor og derved fosteret om mor fortsetter et liv i aktiv rus. Dersom den gravide selv ønsker det og forholdene ligger til rette, kan den gravide i LAR gis anledning til å trappe ned eller avslutte LAR-behandlingen helt.

Ettersom det er godt dokumentert at LAR har god effekt, er det ønskelig at alle som kan dra nytte av LAR, får tilbud om det, forutsatt at de er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp.

Slik LAR er regulert gjennom forskrift og retningslinjer, er pasienten innskrevet i spesialisthelsetjenesten så lenge behandlingen varer. Det betyr at spesialisthelsetjenesten dekker kostnadene til medisiner og i stor grad også kostnadene ved utlevering av medisiner. Når det er etablert et forsvarlig behandlingstilbud overføres ansvaret for forskrivning av medikamenter og oppfølging av den enkelte til fastlegen, i samarbeid med andre samarbeidspartnere i kommunen. Men siden LAR-pasienter er innskrevet i spesialisthelsetjenesten så lenge forskrivningen av medikamentene foregår, vil LAR-pasienter ha lett tilgang på spesialisthelsetjenester uten krav til fornyet henvisning.

Stoltenbergutvalget foreslo at behandling kan startes med medisiner når den enkelte trenger det. LAR-retningslinjene omtaler også substitusjonsbehandling utenfor LAR. Her gis det nærmere beskrivelse av ulike situasjoner der det gis faglige anbefalinger for oppstart av substitusjonsbehandling. Oppstart av en slik behandling kan gjøres av lege i samråd med spesialisthelsetjenesten.

Stoltenbergutvalget foreslo også å redusere bruken av urinkontroller. I LAR-forskriften fremgår det at spesialisthelsetjenesten kan beslutte at pasienten skal avlegge urinprøve, blodprøve og annet biologisk materiale. Formålet er å kartlegge pasientens legemiddelinntak utenom de forskrevne legemidlene i LAR. Mange pasienter kan oppleve slike prøver som belastende og kontrollrende, og ikke basert på gjensidig tillit mellom pasient og behandler. Særlig gjelder det urinprøver.

Folkehelseinstituttet har undersøkt om spyttprøver kan benyttes i stedet for urinprøver hos personer som deltar i LAR. Spyttprøver medfører betydelig raskere prøvetaking og griper mindre inn i privatsfæren enn en urinprøve som tas under

tilsyn. Risiko for manipulering anses også å være mindre. Et stort antall ulike rusmidler og rusgivende legemidler kan påvises i spytt med avansert teknologi. Spyttprøver kan derfor være et godt alternativ ved rusmiddelkontroll hos LAR-pasienter. Departementet vil derfor sørge for at også spyttprøver i større grad kan tas i bruk ved behov for kartlegging og kontroll av pasientens rusinntak.

Godt implementert vil LAR-forskrift, faglige retningslinjer og bruk av mindre inngripende kontrolltiltak, medføre et kvalitativt bedre tjenestetilbud, også som svar på forslaget fra Stoltenbergutvalget. Utover dette, vil de anbefalinger og tiltak som er omtalt om tjenestetilbudene generelt, også legges til grunn for videreutvikling av LAR. LAR er et av flere mulige tilbud til personer med heroinavhengighet.

LAR-retningslinjene omtaler også substitusjonsbehandling utenfor LAR. Her gis det nærmere beskrivelse av ulike situasjoner der det gis faglige anbefalinger for oppstart av substitusjonsbehandling. Fastlegen kan, i samråd med spesialisthelsetjenesten, starte forskrivning av LAR-legemidler når det er behov for det. Videre åpnes det for at substitusjonsbehandling kan startes i den hensikt å stabilisere og utrede pasienter utenfor LAR. Dette må skje i samarbeid mellom kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten.

Med støtte fra Norges Forskningsråd har Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Oslo universitetssykehus HF startet et to-årig multisenesterstudie med naltrekson<sup>21</sup> i samarbeid med 4 andre helseforetak. Studiet vil sammenlikne naltrekson med Suboxone. Studien innebærer at opp til 100 pasienter godkjent for LAR-behandling skal inkluderes fra i alt 6 helseforetaksområder<sup>22</sup> der pasienten får en depot-sprøyte med naltrekson en gang i måneden. Tilsvarende antall som får naltrekson vil få Suboxone for å kunne sammenlikne effekten. Avhengig av resultatene av dette studiet vil naltrekson kunne være et supplement til det eksisterende LAR-tilbudet. Det vil kunne være tilbud til en gruppe som ikke ønsker å være i LAR, men som kan gjøre dem i stand til å ta i mot annen behandling. Departementet vil følge resultatene fra studien.

<sup>21</sup> Naltrekson er et stoff som blokkerer morfinreseptorene og derfor forhindrer at heroin og andre morfinstoffer når frem til virkestedene.

<sup>22</sup> Oslo universitetssykehus HF, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Akershus Universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset i Østfold HF.

### Boks 6.15 LASSO-prosjektet (legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo)

LASSO ble opprettet i 2010, og er et lavterskeltilbud med utdeling av subutex til klienter som er tilknyttet Dalsbergstien hus. Tiltaket er etablert i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Tiltaket skal gi tilbud til en gruppe heroinavhengige som av ulike årsaker ikke klarer å nyttiggjøre seg det ordinære LAR-tilbudet. Målet er å stabilisere klientene med subuxone i en begrenset periode uten omfattende søknadsprosedyrer, uten forutgående avrusing i spesialisthelsetjenesten og uten krav til ruskontroll. Deltakerne kan henvise seg selv til prosjektet eller de kan henvises fra øvrig tiltaksapparat som feltpleie, sprøyterommet og ambulansetjenesten.

Mange i målgruppen er vanskelige å nå for det ordinære hjelpeapparatet og faller ut av botil-

bud og lavterskeltiltak. Mange har store helseproblemer både psykisk og fysisk.

Prosjektet er forankret i Oslo kommune. Det er byomfattende og til alle i målgruppen som bor over tid i kommunen og som har velferdstjenester der. Substitusjonsbehandlingen er forankret i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet er finansiert av kommunale midler til drift. Spesialisthelsetjenesten dekker utgifter til legemidler.

Tilbudet viser hvordan samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan øke tilgjengeligheten til hjelp for de mest hjelpetrenende opiatavhengige – i tråd med samhandlingsreformen.

#### 6.8.3 Koordinerte tjenester

Helse- og omsorgstjenestelovgivningen har flere tiltak som skal styrke helheten i tjenestetilbudet. Individuell plan, koordinator, koordinerende enhet, samhandlingsavtalene mellom kommune og foretak og kommunens plikt til å samarbeide med andre aktører, skal bidra til å styrke tjenestetilbudet til brukerne. Godt koordinerte tjenester er avgjørende for et vellykket behandlings- og rehabiliteringsopplegg for personer med rusproblemer.

##### *Individuell plan*

All innsats må være tilpasset den enkeltes behov. Derfor bør arbeidet være forankret i en individuell plan som tar utgangspunkt i hva brukeren eller pasienten selv ønsker å oppnå. Plikt til å utarbeide individuell plan er regulert både i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Pasientenes og brukernes rett til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. En individuell plan skal sikre medvirkning fra bruker/pasient, pårørende og samarbeidende instanser. Planen er et verktøy for gode samhandlingsrelasjoner og rasjonell arbeids- og ansvarsfordeling.

Planen kan blant annet omtale tiltak knyttet til bolig, økonomi, somatisk helse, psykisk helse, sosialt nettverk, arbeid eller utdanning. Gjennom individuell plan kan kommune, arbeids- og velferdsforvaltningen og spesialisthelsetjenesten planlegge ressursbruk og ha oversikt over fordeling av ansvar og oppgaver, og slik ha mulighet til å gi best mulig hjelp til den enkelte.

Undersøkelser viser at personer med rusproblemer i liten grad får utarbeidet individuell plan og at det er vanskelig å rekruttere koordinatører.<sup>23</sup> Det er avgjørende at kommunen og spesialisthelsetjenesten etablerer systemer og rutiner for planarbeidet som sikrer at brukernes/pasientenes rettigheter blir ivaretatt.

##### *Koordinatorrollen*

Etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen har kommunen og spesialisthelsetjenesten en plikt til å tilby en koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er aktuelt for mange personer med rusproblemer. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Opp-

<sup>23</sup> Brukerplankartleggingen fra 2011 viser at kun 11 prosent av brukerne har ferdigstilt individuell plan, og 35 prosent har en annen form for plan. 43 prosent har en ansvarsgruppe. Statusrapport 2011-LAR i helseforetakene viser at bare 38 prosent av pasientene har utarbeidet individuell plan, mens 52 prosent ikke har det. For 10 prosent er dette ikke oppgitt.

nevning av koordinator skal også bidra til at brukeren slipper å forholde seg til mange personer.

Lovreguleringen gjør at ordningen blir mer synlig og tilgjengelig for brukerne, tjenesteyterne, kommunene og spesialisthelsetjenesten. Koordinator skal bidra til at brukeren får et «sømløst» tilbud innen tjenestene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det bør etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene ved behov. I tillegg skal vedkommende sørge for at brukeren får et koordinert tjenestetilbud.

Dersom ansvarsforholdene er uklare, må koordinator ta initiativ til avklaringer slik at brukeren ikke blir kasteball i systemet. Koordinatoren har ikke eneansvar for å koordinere tilbudet. Ansvar for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, som må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. Koordinatoren på kommunalt nivå bør fungere som en los for den rusavhengige.

#### *Koordinerende enhet*

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

#### *Forsøk med koordinerende tillitsperson*

Forsøket med koordinerende tillitsperson var et viktig tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet. Målgruppen var personer med behov for koordinerte tjenester. Det var helt grunnleggende i for-

søket at brukerne skulle være aktive i endringsprosessen og fremme egne behov i møte med tjenestene.

Tillitspersonene skulle ha en koordinerende funksjon mellom tjenester i kommunen og mellom kommunale og statlige tjenester. De skulle også ansvarliggjøre tjenesteapparatet slik at brukerne fikk de tjenestene de hadde behov for og rett til.

Det ble prøvd ut ulike modeller og metoder for å bidra til et mer sammenhengende og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Målet var å styrke medvirkning og innflytelse, gi brukeren et godt tjenestetilbud og fremme sosial inkludering. Det var også viktig å øke bruken av individuell plan – både i antall planer og som et godt verktøy for samhandling.

Evaluering viser at systematisk individuell oppfølging av en tillitsperson har bidratt til at brukerne opplever økt mestring og at de er aktive deltagere i utforming av tjenestene. Brukerne opplever at de i større grad enn tidligere får dekket sine behov for tjenester.<sup>24</sup> De 26 kommunene som deltok har i stor grad lyktes med å drive frem god samhandling. Individuell plan har vært et viktig verktøy i dette arbeidet.

<sup>24</sup> Rambøll (2011): *Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer – Tillitspersonforsøket 2009–2011*. Kompetansesenter rus – Nord-Norge (2008): *Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige*.

Rambøll Management (2010): *Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner*.

Rambøll Management (2010): *Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid – sluttrapport*.

Rambøll Management (2011): *Sluttrapport i evalueringen av Tillitspersonforsøket (2008–2011)*.

### **Boks 6.16 K46 – bo-, behandlings- og oppfølgingstiltak for unge med rusproblemer**

Stavanger kommune og Helse Stavanger har etablert et bo-, behandlings- og oppfølgingstilbud for unge med rusproblemer i alderen 17–25 år. Tilbudet kalles K46 og har tilbud om dagen, kvelden og på døgnbasis. Det gis tilbud til ungdom og pårørende. Motivasjon, kartlegging, koordinering i hjelpeapparatet og tett oppfølging er viktige områder. Døgntilbudet er for beboerne som er henvist til eller har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. De har enten fått dato for avrusning og behandling, eller de søker om behandling. Ved K46 tilbys en strukturert døgnrytme og planlagte aktiviteter mens de venter.

Stavanger er vertskommune og kommunene rundt kjøper tjenester ved K46. Helse Stavanger bidrar med to stillinger. Kartlegging og utredning gjøres samtidig med at den enkelte får hjelp til å skaffe bolig, aktiviteter og tett oppfølging. Eksempler på tilbud er samtaler, økonomisk rådgivning, individuell plan, sårstell, prevensjonsveiledning, akupunktur, fysisk aktivitet og undervisning. Det er også ulike tilbud til pårørende. Det vises til gode erfaringer og resultater fra tiltaket.

Økt kompetanse har ført til positive holdningsendringer til personer med rusproblemer i andre deler av tjenesteapparatet. Flere kommuner opplever av menneskelige og økonomiske ressurser utnyttes bedre. Metoden vurderes å ha stor overføringsverdi til andre tjenester og målgrupper. Bevilgningen til tillitspersonforsøket innlemmes i tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid fra 2012.

#### 6.8.4 Akuttfunksjon – øyeblikkelig hjelp

Kommunen har ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Dette omfatter også øyeblikkelig hjelp til personer med psykiske lidelser og rusproblemer. I *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011–2015) heter det at plikten til øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunen skal vurderes for psykisk helsefeltet og rusfeltet (se omtale kapittel 9). Et uklart akuttbegrep i rusfeltet gjør det utfordrende å beskrive grensesnittet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Gjeldende rett og oppgavefordeling vil være grunnlag for tjenestetilbudet.

Man kan samlokalisere tilbud fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. En rusakutt må alltid ha et kommunalt element og i størst mulig grad ses i sammenheng med de øvrige øyeblikkelige hjelp-funksjonene i kommunen.

De senere årene er det etablert rusakutt-enheter i flere byer. Målet er å øke kapasiteten, hindre brudd i behandlingsforløpet og skape mer helhetlige og sammenhengende tjenester.

Tiltakene er ulikt organisert og type tjenester som tilbys varierer. Målgruppen er mennesker med rusrelaterede problemer som har behov for akutt hjelp. Felles for tiltakene er at de skal være døgnåpne, lett tilgjengelige og bistå brukeren i en akutt livssituasjon.

I Oslo er prosjekt ungdom og rus på legevakten et spesialisert team som en del av det kommunale rusakutttilbudet (se boks 6.4). Ved legevaktene i Oslo og Bergen er det etablert egne mottak for personer med rusproblemer i samarbeid mellom kommuner og helseforetak, og observasjonssenger for kortvarig innleggelse. Det er etablert sengeposter både i Oslo og i Bergen som tar imot personer med rusproblemer i akutte situasjoner.

Ambulansetjenesten rykker ofte ut til rusavhengige som har tatt en overdose. Tall fra AMK-sentralen for Oslo og Akershus viser at det i 2011 var i alt 3300 ambulansetrykninger ved overdoser. *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011–2015) peker på at det er viktig at tjenesten har kompe-

tanse og erfaring i å behandle disse pasientene på en forsvarlig, helhetlig og respektfull måte. Rusavhengige skal sikres god oppfølging etter overdose, i samarbeid med det lokale hjelpeapparatet. Dette innebærer at ambulanspersonell ikke skal forlate rusavhengige med behov for ytterligere oppfølging. Innsatsen for å forebygge overdoser er omtalt i kapittel 7.

#### 6.9 Private og ideelle samarbeidspartnere

En rekke private, ideelle tjenesteytere med avtaler med de regionale helseforetakene, tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling. På landsbasis utgjør de private tilbyderne 58 prosent av den samlede døgnkapasiteten. De representerer en betydelig del av den samlede fagkompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling.

Bruken av private tilbydere varierer mellom helseregionene. Høyest er den i Helse Vest RHF, med om lag 80 prosent av døgnkapasiteten. De private institusjonene har i mange år hatt en sentral plass innen behandling av personer med rusproblemer og har opparbeidet mye kompetanse. Gjennom tidsavgrensede avtaler tilbyr private institusjoner omfattende tjenester.

Private institusjoner som har avtaler med de regionale helseforetakene, tilbyr tjenester innen hele spekteret av tverrfaglig spesialisert behandling. Avtalene som de regionale helseforetakene har inngått med de private institusjonene på rusfeltet hadde en samlet kostnad på over 1 mrd. kroner i 2011. Gjennom oppdragsdokumentet (2011) har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om at de regionale helseforetakene tar særlig hensyn til de ideelle institusjonenes behov for forutsigbarhet og langsiktighet ved anskaffelser. Hensikten er å bidra til økt stabilitet for institusjonene både når det gjelder kontinuitet i pasienttilbudet, ansattes situasjon og behovet for fremtidige investeringer.

Regjeringen ønsker å skape gode rammevilkår for og sterkere anerkjennelse av frivillig sektor, blant annet gjennom tiltak rettet mot ideelle organisasjoner som tjenesteytere i helse- og sosialsektoren, jf. Prop. 1 S (2011–2012). Regelverket for offentlige anskaffelser er viktig for å ivareta det offentliges ansvar for å yte helse- og sosialtjenester av god kvalitet og til riktig pris. Handlingsrommet i lov og forskrift om offentlige anskaffelser og de rettslige rammene EØS-avtalen setter, må brukes for at ideelle organisasjoner skal være viktige bidragsytere til offentlige tjenester. Fornyings-

administrasjons- og kirkedepartementet har igangsatt et arbeid med sikte på å inngå samarbeidsavtale med ideelle organisasjoner om prinsipper og retningslinjer for godt samarbeid mellom staten og ideell sektor.

#### *Ideelle og private tjenesteleverandører utenfor spesialisthelsetjenesten*

Ideelle og private organisasjoner har spilt en viktig rolle på rusfeltet i mange år. De har vært viktige kunnskapsformidlere og sentrale aktører innen behandling og rehabilitering. De ideelle organisasjonene er helt sentrale i rusmiddelpolitikken. De vil forhåpentligvis påvirke politikken i framtiden i like stor grad som de har gjort hittil.

Ideelle og private organisasjoner utenfor spesialisthelsetjenesten utfører tjenester som kommunene er pålagt å utføre etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og med grenseflater mot arbeids- og velferdsforvaltningen. Noen organisasjoner og tiltak finansieres i sin helhet gjennom tilskudd, andre gjennom kontrakter med kommunene.

Som følge av rusreformen var det en del virksomheter som ikke fikk, eller som ikke ville ha, avtale med de regionale helseforetakene. Gjennom opprettelsen av en egen tilskuddsordning har man ønsket å sikre disse økonomisk (kap. 763, post 71 Frivillig arbeid mv. (daværende kap. 761 post 70)). Helsedirektoratet forvalter i overkant av 170 mill. kroner i 2012 til tilskuddsmidler som går til ideelle og private virksomheter innen rusfeltet. Virksomhetene som mottar tilskudd, spenner fra bruker- og pårørendeorganisasjoner til store aktører som Kirkens Bymisjon, Blå Kors og Frelsesarmeen.

Denne meldingen understreker at tjenester skal ytes som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten, og at en større andel av tjenestene skal leveres i kommunene, i tråd med samhandlingsreformen. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen ha ansvaret for lovpålagte tjenester. Dette innebærer at tjenestene må ytes av kommunene selv, eller at de utføres på vegne av kommunen.

Lovpålagte oppgaver som utføres av andre enn kommunen selv, må utføres slik at pasientenes rettigheter sikres. Det er viktig at tilskudd gitt til ideelle organisasjoner ikke underminerer kommunens ansvar for å yte og følge opp lovpålagte tjenester. Tilskudd gitt til tiltak som berører kommunens ansvarsområde, bør forutsette et samarbeid mellom kommune og den aktuelle organisasjon før tilskudd vurderes.

Samtidig er det viktig å ivareta ideelle organisasjoners rolle som entreprenører, talspersoner for ulike brukergrupper og deres rolle som samfunnsaktør. Ideelle organisasjoner kan også gjennom bruk av frivillige bidra til å inkludere ensomme, utstøtte og marginaliserte grupper i samfunnet. Regjeringen vil derfor fortsatt støtte ideelle organisasjoners innsats innenfor rusfeltet.

Den enkelte pasient og bruker er gjennom pasient- og brukerrettighetsloven sikret rett til vurdering, rett til vedtak, klagemulighet og rett til individuell plan og et helhetlig tjenestetilbud. Rettslig forankring i helse- og omsorgstjenesteloven gir det beste grunnlaget for rettferdig fordeling av tjenester, og tilsynsmyndighetene mulighet til å avdekke svikt i tjenestene. Når ideelle og private aktører yter tjenester utenfor rammen av helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, vil det kunne oppstå gråsoner om den enkeltes rettsikkerhet.

## **6.10 Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen**

---

Innsatte i fengsel har i utgangspunktet de samme rettigheter til tjenester som befolkningen ellers. Men det at de gjennomfører straffen i fengsel medfører at noen rettigheter er innskrenket. Tilbakeføringsgarantien, innebærer at innsatte som mangler bolig, arbeid eller opplæring, og som har behov for sosiale tjenester, rusbehandling eller andre helse- og omsorgstjenester, skal få slike tilbud når de løslates. En stor andel av innsatte i fengsel har rusproblemer, de mangler bolig, arbeid, skolegang og har lavinntekt over tid. *Tilbakeføringsgarantien* skal legge til rette for integrerte tjenesteforløp mellom fengsler, kommuner, fylker og helseforetak.

Etter straffegjennomføringsloven § 12 gis domfelte anledning til å sone dommen helt eller delvis i institusjon. Mange rusavhengige har benyttet seg av dette. Om lag to tredeler av de som soner etter § 12, gjør dette på institusjoner i spesialisthelsetjenesten. De siste årene har i overkant av 500 innsatte årlig blitt overført til straffegjennomføring i behandlings- eller omsorgsinstitusjon etter straffegjennomføringsloven § 12. Det er et mål at flere skal få denne muligheten.

Det er samarbeid mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om å utvikle tilbudene til innsatte med rusproblemer. På bakgrunn av at en betydelig andel innsatte har til dels omfattende rusproble-

mer, har det siden 2006 i alt blitt etablert rusmestringsenheter i 13 norske fengsler.<sup>25</sup> Disse enhetene er et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket er ofte representert med en psykolog fra et distriktpspsykiatrisk senter eller ruspoliklinikk. Målet er å gi innsatte ved slike enheter hjelp for sin rusavhengighet. Innsatte skal også kunne sikres videre behandling i spesialisthelsetjenesten etter endt soning, dersom behandling i rusmestringsenheten ikke er avsluttet. Etter endt opphold i rusmestringsenheten kan den domfelte for eksempel overføres til behandlings- eller omsorgsinstitusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 eller poliklinisk behandling kombinert med straffegjennomføring i samfunnet med oppfølging av friomsorgskontorene.

Det er utarbeidet et forslag til et rundskriv for rusmestringsenhetene. Hensikten er å tydeliggjøre rammebetingelsene for eksisterende og mulige framtidige rusmestringsenheter og å vise til sentrale regelverksbestemmelser. Rundskrivet beskriver ansvarsforholdet, oppgavene og samarbeidet mellom kriminalomsorgen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten/fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Rundskrivet er sendt på høring. I tillegg arbeider Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet med en veileder for rusmestringsenhetene. I denne kommer en nærmere beskrivelse av det tverrfaglige innholdet i enhetene. Rundskrivet vil bli sendt på høring i 2012.

I samarbeid med Tyrilistiftelsen har Oslo fengsel etablert en enhet, Stifinner'n, med 20 plasser for mannlige innsatte med rusproblemer. Et tilsvarende tilbud med seks plasser er etablert for kvinner på Bredtveit kvinnefengsel. Alle som er på Stifinner'n ved begge fengslene får tilbud om videre behandling ved Tyrilistiftelsen eller en annen institusjon. Tilbudene gir innsatte en god mulighet til å få hjelp med sine rusproblemer.

Narkotikaprogram med domstolskontroll ble etablert i Oslo og Bergen som en prøveordning i 2007. Prøveordningen er utvidet til å gjelde ut 2014, og den vil da bli evaluert. Programmet er et samarbeid mellom domstolen, politi, kriminalomsorgen, undervisningsetaten i fylket og spesialisthelsetjenesten i regionen. Målet er å tilby domfelte et alternativ til soning, der de nevnte instanser samarbeider om å tilrettelegge tjenester og tiltak for å hjelpe den domfelte ut av rusavhengighet. Forutsetningen for å være med i programmet

er at dommen ikke er mer enn to år. Programmet varer i to år med to års prøvetid etter dette.

### Regjeringen vil:

- Bidra til at samhandlingsreformens mål etterleves også på rusfeltet
- At framtidens tjenestetilbud skal være tilgjengelig, kunnskapsbasert, individuelt tilpasset, samordnet og kontinuerlig
- Styrke kvaliteten på allmennelegetjenestene som tilbys i kommunene
- Videreutvikle omsorgstjenestene i tråd med Omsorgsplan 2015
- Videreføre en ordning med tilskudd til kommuner. Formålet med tilskuddet er å stimulere til at flere kommuner kan ansette psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Bidra til at flere kommuner etablerer frisklivsentraler
- Legge til rette for at flere mennesker med rusproblemer og eller psykisk sykdom får tilbud om et egnet og langsiktig botilbud. Botilbud til personer med oppfølgingsbehov skal ha høy prioritet innenfor tilskudd til utleieboliger som Husbanken forvalter
- Bidra til at boligmodeller med overføringsverdi spres og gjøres tilgjengelig for kommunene
- Iverksette en spesifikk innsats rettet mot den økende andelen unge bostedsløse, innenfor rammen av pågående arbeid for å bekjempe bostedsløshet. Godt over halvparten av disse har rusproblemer
- Bidra til god koordinering av kommunerettede tilskudd for å styrke kompetanse og kvalitet i tjenester hvor personer med rusproblemer inngår som en av målgruppene
- Styrke kompetanse og kvalitet i arbeids- og velferdsforvaltningen for å legge til rette for gode arbeidsrettede løp for personer med rusproblemer
- Vurdere behovet for mer målrettede tiltak overfor levekårsutsatte grupper, herunder unge utenfor arbeidslivet med rusproblemer, jf. Meld. St. 30 (2010–2011) *Fordelingsmeldingen*.
- Videreføre den arbeidsrettede innsatsen overfor personer med psykiske problemer, også rusproblemer, etter at strategiplan *Arbeid og psykisk helse* avsluttes i 2012
- Kartlegge nærmere tannhelseforholdene hos rusavhengige, for å vurdere om de tiltakene som er satt i gang har ført til forbedring
- Legge distriktpspsykiatriske sentre til grunn som nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus og avhengighetsli-

<sup>25</sup> Ifølge en undersøkelse utført av FAFO (2004), hadde om lag 60 prosent av de innsatte et rusproblem.



- delser der lokale og regionale forhold tilsier det
- Stimulere til utstrakt bruk av fleksible behandlingstiltak for å fange opp personer med samtidig rusproblemer og psykiske lidelser – herunder utvide tilbudene om brukerstyrte plasser både innen det psykiske helsevernet og innen tverrfaglig spesialisert behandling
  - Legge til rette for å samle eksisterende funksjoner og lokale tjenester gjennom samarbeidsavtaler mellom regionale helseforetak/helseforetak og kommuner og gjennom oppdragsdokumenter til regionale helseforetak
  - Utvikle tjenester for personer med rusproblemer som gir mulighet for god helse, mestring og en verdig livssituasjon uten at det etableres noen særomsorg
  - Videreutvikle LAR som et av flere mulige behandlingstilbud. Sikre likeverdig og rask tilgang til hjelp, helhetlig oppfølging og forsvarlig og mindre inngripende kontrolltiltak ved behov
  - Vurdere hensiktsmessige tilbud om lavterskel-LAR for den mest hjelpetrengende gruppen opiatavhengige med sammensatte sykdommer
  - At oppfølgingen av personer med rusproblemer som har til mål å gi tilgjengelige og helhetlige tjenester, i hovedsak skal skje gjennom de ordinære tjenestene
  - Spre og implementere gode erfaringer fra forsøket med koordinerende tillitsperson
  - Opprettholde og bidra til forutsigbarhet og langsiktighet i samarbeidsavtalene mellom private tjenesteytere og de regionale helseforetakene
  - Knytte de private institusjonene tettere opp til de offentlige tjenestetilbudene, og i større grad stille krav om rapportering, kvalitet og integrering med øvrige tjenester
  - Målrette tilskuddsordningen til frivillig arbeid.

**Kapittel**

**7**



Figur 7.1

## 7 Solidaritet med særlig utsatte mennesker

Mennesker med rusproblemer skal møtes med likeverd og respekt. Vi skal ha høye ambisjoner om å hjelpe mennesker ut av avhengighet. Tjenestene skal tilpasses etter den enkeltes behov og gi mulighet for mestring, god helse og en verdig livssituasjon. Et velfungerende helse- og omsorgstilbud som er tilgjengelig for alle, er en viktig forutsetning for god helse og utjevning av sosiale helseforskjeller. Utgangspunktet er at mennesker med rusproblemer skal og bør få hjelp innenfor det ordinære tjenesteapparatet. For at alle skal få et like godt hjelpetilbud uavhengig av sosial status og livssituasjon, er det imidlertid behov for å supplere de vanlige tjenestene med tilbud som er spesielt tilrettelagte for mennesker som er særlig utsatt.

Det er et sentralt mål å vise solidaritet med mennesker som er særlig utsatte; barn og unge som rammes av foreldrenes rusavhengighet, pårørende og de mest hjelpetrengende voksne med omfattende hjelpebehov.

### 7.1 Gode liv for barn og unge

Rusmidler brukes i alle sosiale lag og i alle etniske grupper. Vi vet at veier inn i rusproblemer henger sammen med sosioøkonomiske faktorer som inntekt, utdanning og arbeid. Å oppleve støtte fra hjem og skole, å bli inkludert i arbeidsmarkedet og i samfunnet generelt, er viktig for å unngå rusproblemer og som hjelp til å komme ut av problemene.

Rusmiddelforebygging handler om et inkluderende samfunn og er et sosialpolitisk ansvar på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Det viktigste rusforebyggende arbeidet er forankret i kommunen: trygge bomiljø, gode fritidstilbud, helsestasjons- og skolehelsetjenester, barnehager, skoler osv.

Norsk og internasjonal forskning peker på at gode familieforhold fører til mindre bruk av rusmidler blant ungdom. Det er derfor hensiktsmessig å involvere foreldre i sterkere grad i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Helsestasjon, barnehage og skole er eksempler på arenaer

hvor foreldre kan nås. Slike arenaer er viktige for å forebygge skjevutvikling og rusmisbruk.

Stoltenbergutvalget pekte på at ungdom med narkotikaproblemer ofte har mange utfordringer, og at det ikke alltid er lett å vite hvor en ungdom med narkotikaproblemer skal henvende seg for å få hjelp. Norge har ikke landsdekkende tilbud med mottakssentre for ungdom som bruker narkotika. Stoltenbergutvalget mente at et eget lavterskel ungdomstiltak «Maria Ung» i Stockholm kan være modell for tilsvarende tiltak i Norge. Utvalget foreslo at det opprettes egne ungdomsmottak som en del av deres foreslåtte mottaks- og oppfølgingssenter. Regjeringen vurderer det som hensiktsmessig å satse på eksisterende tjenester fremfor å bygge opp nytt.

#### 7.1.1 Ventetidsgaranti

Fra høsten 2007 ble det innført en egen ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet, jf. Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) *Om endringer i pasientrettighetsloven m.m.* Kravene i garantiordningen er gitt i prioriteringsforskriften og innebærer rett til vurdering innen ti virkedager, og rett til behandling innen 65 virkedager. Innføring av ventetidsgarantien ble begrunnet med at:

«både for de unge selv og for familiene er det en påkjenning ikke å kunne få rask og adekvat hjelp. Rask og tidlig behandling kan bidra til å hindre et langt liv med sykdom, rus og kriminalitet. Manglende behandlingstilbud kan derfor ha store menneskelige og samfunnsmessige konsekvenser.»

Helse- og omsorgsdepartementet la vekt på at det i første omgang var viktig å innarbeide prinsippet om en særskilt frist for vurdering og en maksimalfrist for oppfyllelse av rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige. Dette var starten på en prosess hvor maksimalfristen ville bli vurdert satt lavere når forutsetningene lå til rette for

det. Garantiordningen har medført betraktelig kortere ventetid sammenliknet med 2007.

### 7.1.2 Barn som pårørende til rusavhengige foreldre

Det anslås å være 50 000 til 150 000 barn i Norge som bor sammen med foreldre med et risikofylt alkoholkonsum. Det vil si om lag 4–5 prosent av barn og unge under 18 år, avhengig av hvilke kriterier man legger til grunn for et risikofylt alkoholkonsum. Norske studier av rusavhengige i behandling viser at 11–12 prosent lever sammen med barn under 18 år.

Det er beregnet at 450 000 barn i Norge har én eller to foreldre med psykiske lidelser eller som misbruker alkohol<sup>1</sup>. Av disse har om lag 135 000 foreldre med alvorlige lidelser. Alvorlighetsgraden har betydning for risikoen for negative konsekvenser hos barna. Rundt 70 000 barn (7 prosent)

<sup>1</sup> Folkehelseinstituttet (2011): *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*

har foreldre med såpass alvorlige alkoholproblemer at det sannsynligvis går ut over daglig fungering. Ca. 30 000 barn (3 prosent) rammes av foreldres alkoholproblemer i alvorlig grad.

Rusavhengighet hos foreldrene kan føre til psykiske vansker og følelsesmessige utfordringer hos barna. Avhengigheten kan skape problemer i familiens fungering og øke risikoen for at barnet utsettes for en rekke negative livshendelser. Risikoen for at barna skal oppleve alvorlige negative hendelser, som at de selv utvikler psykiske lidelser, blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep, eller at de dør tidlig, er om lag dobbelt så stor, som for andre barn. Hvor stor risikoen er, avhenger av hvor alvorlig lidelse forelderen har. Selv om barn av rusavhengige kan ha store belastninger i hverdagslivet, er det en betydelig andel som klarer seg bra.

Ulike barn og familier trenger ulike typer og ulikt omfang av hjelp. I enkelte familier kan det i tillegg til rusbehandling, være tilstrekkelig med familiesamtaler der målet er å bedre kommunika-

#### Boks 7.1 Barn og unges egne opplevelser

Kjære du som leser dette brev!

Det er kanskje vanskelig å sette seg inn i en annens situasjon når det gjelder barn av foreldre med rusproblemer, men jeg ber deg prøve allikevel.

Det å ha en mor/far eller andre nære personer som ruser seg kan være utrolig tøft. Ikke bare med tanke på at du har noe med denne personen å gjøre, men også det at det påvirker deg på så mange viktige områder i livet.

Selv så er min mor alkoholiker, og kommer alltid til å være alkoholiker. Det har jeg innsett etter et 17 år langt liv. På disse 17 lange og til dels vanskelige år har jeg innsett at det er så utrolig viktig å bli «fanget opp» i tidlig alder.

Å ha foreldre som ruser seg innebærer at de ikke/ikke alltid er i stand til å passe på deg på de områdene de burde, og som et naturlig og menneskelig instinkt vil man begynne å ta vare på seg selv og kanskje søsken hvis man har.

Moren min sa at det var jeg som nå måtte være «mamma» til lillesøsteren min for det kunne ikke hun være. Så ung som jeg var, skjønnte jeg ikke hva det betydde, men jeg tok på meg ansvaret. Som mor for min egen lillesøster.

Dette ansvaret burde vært ulovlig mener jeg. Ikke at det burde finnes en regel mot å delegere

foreldreansvar til barn, men at noen burde vært der for å ta over det ansvaret før det ble for sent.

Det er så utrolig viktig for barn å føle seg sett og elsket. Barn skal ikke på noen måte føle at de fortjener dette. De skal heller ikke føle at de må jobbe for dette. Den omsorgen burde, må og skal være der. Men det er den ikke (tydeligvis).

Og når hjelpen først er ute, kommer den i feil form mange ganger. Mange barn av rusmisbrukere føler seg alene, utstøtt og hjelpeløse. Det jeg synes vi trenger er et bedre system for å fange opp problemet tidlig.

Å komme inn i et rom fylt av ungdommer på min egen alder, der alle er barn av rusmisbrukere var faktisk utrolig rørende. Jeg fikk lyst til å gi alle en klem og si at jeg visste hvordan de hadde det. Det var et lite vendepunkt som ikke hadde skjedd noen gang på 17 år.

Jeg kunne skrevet så meget mer, men ord kan egentlig ikke beskrive noe eller gi svar på dette føler jeg. Kun erfaring.

Kilde: *Skriv for livet – når mamma eller pappa er psykisk syk eller ruser seg. Tekster fra og for barn og unge*, Voksne for barn 2008

**Boks 7.2 Tysværprosjektet**

Tysvær kommune har avdekket et stort behov for kompetanse, behov for tydelige rutiner og bedre samhandling når det gjelder barn som blir skadelidende av foreldrenes rusmisbruk.

Kommunen har utarbeidet en egen veileder *Barn i familier med rusproblematikk* som gjelder alle kommunale tjenester som har ansvar for barn. Veilederen er tilgjengelig på [www.tysver.kommune.no/helse](http://www.tysver.kommune.no/helse)

sjonen og øke forståelsen for barnets situasjon. Andre familier vil trenge mer omfattende tiltak med etablering av kontrakter knyttet til rusatferd, konflikthåndtering og vold, gjerne i samarbeid med barneverntjenesten. Noen familier vil trenge samordnet hjelp fra flere instanser, inklusive barnevernstiltak og vurdering av omsorgsovertakelse for de dårligst fungerende familiene.

For å følge opp Soria-Moria erklæringen om oppfølging av hjelp til barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre, har Stortinget fra 2007 til 2012 bevilget vel 137 millioner kroner til tiltak til barn som pårørende. Satsingen ble i 2009 utvidet til å gjelde barn som pårørende generelt.

Midlene er brukt til tiltak som informasjonshefter til barn, forskning om behandlingsmetoder for å redusere skader hos fosteret etter mors bruk av rusmidler under svangerskapet, utvikling av modell for gruppebasert lærings- og mestringstilbud for barn og unge, kompetansehevede tiltak og tiltak i regi av helseforetak, frivillige organisasjoner og kommuner. Helsedirektoratet utarbeider i 2012 oversikt over tiltakene.

Stortinget vedtok i 2009 endringer i helsepersonelloven som blant annet gir barn av rusavhengige styrket rettsstilling i helsetjenesten. Lovendringene innebærer at helsepersonell får plikt til å bidra med informasjon og nødvendig oppfølging. Gjennom lovendringen har helsepersonell fått en plikt til å vurdere barn av rusavhengige foreldre som har et selvstendig behov for helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten skal også ha personell med ansvar for å fremme og koordinere oppfølging av de mindreårige barna. Årlig melding fra regionale helseforetak viser at alle helseinstitusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, har etablert barneansvarlig personell.

I veilederen om lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, er det presisert at avtalene bør beskrive

rutiner for å ivareta mindreårige barn som pårørende i forbindelse med informasjonsutveksling og dialog ved innleggelse, opphold og utskriving.

**7.1.3 Modellforsøk og forsøk med lavterskeltiltak**

Barne- og likestillingsdepartementet startet i 2007 et modellkommuneforsøk for å følge opp barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre fra graviditet til skolealder. 26 kommuner er utpekt som modellkommuner fra 2007–2014. Målet er å utvikle og finne frem til gode modeller for tidlig intervensjon, forebyggende tiltak og helhetlig og systematisk, langsiktig oppfølging av barn i denne målgruppen. Videre er målet å styrke kompetansen i det kommunale og statlige tjenesteapparatet og utvikle gode metoder og modeller for samarbeid på tvers av etater og nivåer. Som en del av modellkommuneforsøket er det etablert fem regionale opplæringssteam som tilbyr opplæringspakker for å styrke kompetansen i kommunene.

Barnevernets oppgaver og samarbeid med helsetjenesten er omtalt i kapittel 6.

**Boks 7.3 Barn av alkoholavhengige foreldre**

Alkoholavhengighet er ofte et skjult problem i familien, og barn av alkoholavhengige foreldre er ofte en glemt og særlig sårbar gruppe barn og unge. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har siden 1990-årene gitt støtte til PAG-stiftelsen som er en frivillig, ideell virksomhet som arbeider for å bedre levekårene til barn av alkoholavhengige foreldre. Stiftelsen gjør en stor innsats for å rette søkelyset på problemene til barn og unge med alkoholavhengige foreldre og har bidratt til å øke forståelsen blant folk flest for hvilke problemer rusavhengighet hos omsorgspersoner medfører for barn. PAG-stiftelsen har bidratt med omfattende foredragsvirksomhet og kursing over hele landet blant annet overfor ansatte i barnevern og helse- og sosialtjenesten. Den er en viktig bidragsyter i frivillighetsarbeidet innen rusfeltet og har et aktivt samarbeid med mange aktører på feltet. Den bidrar dessuten mye til samfunnsdebatten om området gjennom aktiv bruk av media. I 2012 har PAG-stiftelsen initiert et nytt arbeid med sikte på at barn av alkoholavhengige foreldre skal få hjelp på et tidligere tidspunkt.

Departementet satte i 2007 i gang forsøk med særskilte lavterskeltiltak i Helse Nord-Trøndelag og sykehuset Vestre Viken HF/sykehuset Asker og Bærum for å etablere et tilbud til gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer, og barnet fra fødsel og til skolealder. Målet er å unngå skader hos barnet og bidra til god helseutvikling i familien. Begge modeller tar utgangspunkt i det danske Familieambulatoriet, og er to lavterskeltilbud i nært samarbeid med brukere og kommunale tjenester.

Forebyggende familieteam, FFT, tilbyr tverrfaglig bistand til gravide og småbarnsfamilier bosatt i Asker og Bærum, når en eller begge foreldre har psykiske vansker og/eller et problematisk forhold til rusmidler. Oppfølgingen tilpasses individuelt, og kan gis over lengre tid, om nødvendig fram til barnets skolestart. Tilbudet utformes med stor grad av brukermedvirkning, i nært samarbeid med de som mottar tjenestene. Samhandling på tvers av fag og nivå vektlegges. Viktige samarbeidspartnere er poliklinikker og døgnavdelinger for voksne i Klinik for psykisk helse og rus, føde- /barselavdelingen ved Bærum sykehus, sped- og småbarnsteamene i BUP og kommunale instanser i Asker og Bærum. Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom FFT og helsestasjonene i Asker og Bærum kommune.

Aktuelle tiltak kan være forsterket svangerskapsomsorg, forberedelse til fødsel og foreldreskap, hjemmebesøk med veiledning og foreldre-støttende samtaler, og bistand i møtet med hjelpeapparatet.

Målet er å styrke foreldrekompentansen, barnets omsorgssituasjon og tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn, og på denne måten bidra til at rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barna forebygges.

Evalueringsrapport av forebyggende familieteam (Høgskolen i Buskerud 2011) viser at teamet fremstår som et lavterskeltilbud for personer som henvises eller selv ønsker kontakt med teamet. Det omtales som en overgripende brobygger mellom ulike tjenestetilbud og som familiens følgesvenn i samarbeidet med og mellom tjenestetilbudene.

Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag HF har etablert ambulerende team ved sykehuset i Levanger og ved sykehuset i Namsos. Familieambulatoriet skal møte behovet for individuell, helhetlig og langsiktig behandling for mødre og fedre som er i risiko for å utvikle rusproblemer ved bruk av alkohol eller illegale rusmidler, mødre og fedre som har kjent psykisk sykdom og/eller rusproblemer, mødre og fedre med tidligere rusproblemer som trenger bistand for å opp-

rettholde rusfrihet, mødre som mottar psykofarmaka under svangerskapet, samt barn i alderen 0–6 år som har foreldre med psykisk sykdom og/eller rusproblemer.

Tilbudet bygger på tverrfaglig samarbeid mellom de ulike fagteamene innenfor Psykiatrisk klinikk og Barne- og Familieklinikken. Føde- og barselavdelingen og kommunehelsetjenesten er sentrale i samarbeidet, og tilbudet har stor oppmerksomhet på barnas første leveår.

Evalueringsrapport av familieambulatoriet i Helse Nord Trøndelag HF, utført av Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling Midt-Norge 2012, viser at brukerne legger vekt på at familielivet og oppvekstsituasjonen for barnet er bedret gjennom kontakten ved familieambulatoriet. Kommunene legger mest vekt på bedret trygghet ved svangerskap/fødsel og større tillit fra familien i kontakt med barneverntjenester.

#### 7.1.4 Særlig sårbare barn

Barn født med alkoholskader (Fetal alcohol spectrum disorders, FASD) og barn født av mødre som deltar i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er særlig sårbare barn med behov for langsiktig oppfølging.

Alkoholbruk blant kvinner har økt kraftig de siste 30 år. Kvinner tåler mindre alkohol enn menn. Økt alkoholbruk blant kvinner i fruktbar alder kan føre til at flere barn blir utsatt for alkohol i mors liv. En alvorlig konsekvens av alkoholbruk er barn født med alkoholskader. Skadene varierer fra mindre lære- og konsentrasjonsvansker til alvorlige utviklingshemninger. FASD er den hyppigste årsak til psykisk utviklingshemning i den vestlige verden. Skadene er livsvarige, og de kan forebygges helt ved at mor ikke drikker alkohol under graviditeten og når hun planlegger graviditet.

Kunnskapen i befolkningen er økende, blant annet på grunn av informasjonskampanjer. I en undersøkelse i 2011 oppgir 96 prosent at de ikke drakk alkohol når de visste at de var gravide. 20 prosent oppgir at de drakk alkohol før de visste at de var gravide. Samtidig oppgir 50 prosent at de kjenner noen som drakk litt under svangerskapet, og 10 prosent mener at det er vanlig at gravide drikker litt alkohol under svangerskapet. Informasjonsarbeidet skal videreføres til nye generasjoner for å opprettholde kunnskapen om farene ved bruk av alkohol i svangerskapet. For å forebygge FASD er det et mål at alle gravide kvinner følger de faglige rådene om avhold. Det er viktig at alle gravide og flest mulig andre kjenner til myndighe-

tenes anbefaling om totalavhold under graviditeten og i den tiden man forsøker å bli gravid.

Registrering og diagnostisering av barn med FASD er mangelfull. Det er vanskelig å anslå hvor mange barn i Norge som kan ha medfødte alkoholskader, fordi bare et fåtall er diagnostisert. I noen fagmiljøer er det anslått at det kan dreie seg om 60–120 barn årlig med alvorlige skader, og at det kan være ti ganger så mange som fødes med mildere former. Tallene er usikre. Det er få medisinske kompetansemiljøer og lite forskning om temaet i Norge.

Helsedirektoratet anslår at omlag 300 barn er født av kvinner som har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet (2011). Ut fra dagens kunnskap, kan det forventes at det blir født mellom 30 og 60 barn årlig som har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet.

Helsedirektoratet utga i 2011 nasjonal retningslinje om gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. I dette arbeidet ble det fremhevet mangel på kunnskap om barna og familiene og om hvilke tilbud som er til nytte. I retningslinjen blir det foreslått å etablere et nasjonalt kompetansesenter som kan bidra til nødvendig samhandling mellom de ulike nivåene og tiltakene. Retningslinjene må fortløpende revideres etter hvert som en tilegner seg mer kunnskap om området.

Minoritetsspråklige barn med syke foreldre representerer en særlig utfordring, både medisinsk, kulturelt og språklig. Gode tolketjenester er en viktig forutsetning. Informasjonen må gis på egnet måte og på eget språk.

Lov om pasient- og brukerrettigheter inneholder bestemmelser om rett til medvirkning og nødvendig informasjon. Etter en individuell vurdering kan dette innebære en plikt til å tilkalle tolk. I merknad til loven framgår det at behandlingsansvarlig personell har ansvar for å tilrettelegge eller gi informasjon. I de tilfelle pasienten er minoritetsspråklig, og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Videre gjøres det klart i merknadene at departementet fraråder å bruke pasienters pårørende til tolking, da «dette krever spesiell opplæring». En del situasjoner kan være av en slik art at familie og særlig mindreårige familiemedlemmer bør holdes utenfor. Barn av foreldre med rusproblemer skal ikke brukes som tolk.

De instanser som trenger tolk for å utføre sine oppgaver, skal bestille og betale for tjenesten. Utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten inklusiv helsepersonell som kommunen har driftsavtale med,

dekkes av kommunen. Tjenesten selv, for eksempel legen, har ansvar for å bestille tolk. Bruk av tolk på sykehus og offentlige poliklinikker dekkes av institusjonen selv. Bruk av tolk hos private avtalespesialister, dekkes av de regionale helseforetakene.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) er nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor. De opprettet i 2005 et Nasjonalt tolkeregister som gir oversikt over praktiserende tolkers kvalifikasjoner og skal sikre tilgang til kvalifiserte tolker. Registeret er tilgjengelig på [www.tolkeportalen.no](http://www.tolkeportalen.no)

### 7.1.5 Gravide rusavhengige

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kan det treffes vedtak om tvangsinnleggelse overfor gravide med rusavhengighet og at kvinnen skal holdes tilbake i institusjon i hele svangerskapet, dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Formålet er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Tilbakehold og tvang overfor rusavhengige drøftes nærmere i kap. 7.4.

En evaluering av tvangsbestemmelsene og praktiseringen peker på at vedtak om tvang overfor gravide, i hovedsak er knyttet til narkotika og ikke alkoholbruk, til tross for at alkohol er mer skadelig for fosteret enn narkotika<sup>2</sup>. Kvinnene opplever stor kontrast i hjelpetilbudet når de blir fratatt omsorgen for barnet ved fødsel. Fra å ha et aktivt hjelpeapparat rundt seg i svangerskapet blir de i stor grad overlatt til seg selv etter at barnevernet har overtatt omsorgen for barnet. Kvinnene er i en svært sårbar situasjon med risiko for tilbakefall til rusmiddelbruk og faren for en overdose er overhengende.

Evalueringen viser vedvarende høy forekomst av midlertidige vedtak, og når det gjelder gravide rusavhengige treffes det midlertidige vedtak i så godt som samtlige saker. Til tross for at det er utfordringer knyttet til den høye forekomsten av midlertidige vedtak, er det vanskelig å komme utenom at saker om tvangsinnleggelse overfor gravide normalt vil haste. Evalueringen viser til at til tross for at det i så godt som samtlige saker anvendes midlertidig vedtak, går det i gjennomsnitt 55 dager fra sosialtjenesten får kjennskap til graviditeten til det fattes midlertidig vedtak. Da er det i gjennomsnitt 126 dager til termin. NOU 2012: 5

<sup>2</sup> UniRokkansenteret (2010): *Tvang overfor rusmiddelavhengige, Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3.*

*Bedre beskyttelse av barns utvikling* har vurdert vern av ufødte barn fra gravide mødres skadelige livsførsel. Utvalget viser til at bruk av rusmidler og alkohol under svangerskapet utsetter det ufødte barnet for betydelig risiko for å bli født med skade og utsetter den gravide selv for helsesjanser. Utvalgets anbefalinger er sendt på høring.

God kommunikasjon og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og barnevernstjenesten er avgjørende for å gi mor og barn et best mulig tilbud. Det vil ofte være en fordel om det etableres et samarbeid mellom tjenestene i en tidlig fase. Barnevernloven gjelder i utgangspunktet fra barnet er født. Barneverntjenesten kan uavhengig av det sette inn ulike former for hjelpetiltak dersom den gravide samtykker til dette.

### 7.1.6 Videre innsats

Alle barn og unge bør ha et godt liv. Det er et mål å oppdage barn og unge før de utvikler rusproblemer og gi god hjelp og oppfølging til barn med rusavhengige foreldre.

Foreldrene skal få hjelp med rusavhengigheten og behandling for de psykiske problemene. Barna skal få god og helhetlig oppfølging både i barnehage, skole, barnevern, helsevesen og kriminalomsorgen.

Arbeidet med tiltak som kan bedre situasjonen for barn med rusavhengige foreldre skal videreføres. Flere departementer er engasjert i tiltak for å bedre barnas situasjon. Det er naturlig å forsterke en samordnet tverrdepartemental innsats.

På bakgrunn av de gode erfaringene fra de to forsøkene i Vestre Viken og Nord-Trøndelag vil departementet vurdere å opprette liknende tiltak i andre deler av landet. Det skal særlig legges vekt på langsiktig oppfølging av familier med barn med førtalt alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling.

Regjeringen vil styrke kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn i samarbeid med ett eller flere fagmiljøer som allerede har god kompetanse på området.

Forskning og behandlingssliteratur viser problemer med hemmeligholdelse og usynlighet, at flere barn og unge utvikler et dårlig selvbilde, og at en del barn utvikler uhensiktsmessige strategier for å håndtere problemer i hverdagslivet.

Det finnes ingen norske undersøkelser av hvordan barn av rusavhengige foreldre selv opplever sine levekår. Regjeringen vil ta initiativ til gjennomføring av to levekårsundersøkelser, én som omfatter barn av rusavhengige og én som omfat-

### Boks 7.4 Dansk kunnskapssenter for forebygging av rusmiddelskader hos barn

Danmark opprettet i 2009 et *Videncenter for rusmiddelskader hos barn* som ledd i en ny landsdekkende innsats for å forebygge rusmiddelskader hos barn. Senteret bygger på positive erfaringer og gode resultater som gjennom mange år er høstet på familieambulatoriene (polikliniske team) ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København. En av hovedoppgavene er å bistå regionene ved oppbygging av tilsvarende lokale tilbud til rusavhengige gravide over hele Danmark. Videncenteret gir råd og veiledning både til fagpersonell og til publikum.

Familieambulatoriet ved Hvidovre hospital mottar årlig 120–140 gravide rusavhengige. Erfaringene viser at antall for tidlig fødte barn er sunket fra 20 til sju prosent. Antall barn med behandlingsskrevende abstinenser er falt fra 85 til omlag 60 prosent. Antall barn med for lav fødselsvekt er falt fra 31 prosent til sju prosent. 92 prosent av barna følges opp av familieambulatoriet fram til skolealder for å forebygge omsorgssvikt og feilutvikling. 89 prosent av barna utvikler seg normalt.

ter voksne pårørende til rusavhengige og voksne barn av rusavhengige, se kap 7.4. Disse skal legges til grunn for videre tiltak for barn med rusavhengige foreldre.

Omlag 60 prosent av innsatte i norske fengsler har rusproblemer. Justisdepartementet sendte i november 2011 ut et høringsnotat med forslag i straffegjennomføringsloven om kriminalomsorgens ansvar for å ivareta barn av domfelte/innsatte. Forslaget som bygger på lovendringene som styrker barnas rettstilling i helsetjenesten, innebærer blant annet en ordning med barneansvarlige i alle kriminalomsorgens enheter (fengsler, friomsorgskontorer og overgangsboliger). Forslaget tydeliggjør også kriminalomsorgens ansvar for å ivareta barn som pårørende av domfelte/innsatte og bidrar til å fremheve barneperspektivet.

Å sikre en raskere intervensjon overfor gravide rusavhengige vil bli presisert i et kommende rundskriv om bruk av tvang overfor rusavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.



**Regjeringen vil:**

- Fortsette arbeidet med å informere om og motivere kvinner til å være avholdende fra rusmidler under svangerskapet
- Styrke kunnskapen om forebygging av rusmiddelskader hos barn
- Gjennomføre en levekårsundersøkelse og legge denne til grunn for videre tiltak for barn med rusavhengige foreldre
- Bidra til raskere intervensjon overfor gravide rusavhengige, samt tiltak for i større grad å fange opp gravide med alkoholproblemer.

**7.2 Pårørendes rolle**

Pårørende er en viktig ressurs for personer med rusproblemer og for helse- og omsorgstjenesten. De pårørende er en viktig del av pasientens nettverk og nærmiljø. I enkelte tilfeller kan de også være pasientens representant. De pårørende har erfaringskompetanse som behandlere og tjenestene kan dra nytte av i sitt arbeid. Samtidig kan pårørende ha behov for veiledning for å mestre sin situasjon og for å kunne være til hjelp for pasienten. Noen ganger vil det å være pårørende medføre så store belastninger at de selv vil ha behov for oppfølging og behandling. Den enkeltes rusproblem får med andre ord store konsekvenser for de pårørende.

Nasjonale helse- og omsorgsplan (2011–2015) legger til grunn at brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. De skal ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen har påpekt at politikken som gjelder pårørende må være forankret i et likestillingsperspektiv. Det må legges til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet og at omsorgsoppgaver blir mer likt fordelt mellom menn og kvinner. Familieomsorgen er estimert til å være på samme størrelse som spesialisthelsetjenesten og omsorgstjenestene målt i antall årsverk (St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*).

Følgende offentlige utredninger har særlig omtalt spørsmål knyttet til pårørende:

- NOU 2011: 17 *Når sant skal sies om pårørendeomsorg, fra usynlig til verdig inkludering*, som vurderer ordninger for pårørende med særlig tunge omsorgsoppgaver og grenser mellom offentlig og privat ansvar. Høringsfristen er 15. august 2012.

- NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg*, tar til orde for en pårørendepolitikk som er bygd på likestilling, verdsetting og synliggjøring, med bedre ordninger for avlastning, opplæring og veiledning. Høringen er avsluttet.

Det er naturlig å se de to utredningene i sammenheng. De vil danne grunnlag for å utforme politikk og tiltak for pårørende som har behov for behandling eller oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten og velferdstjenesten uavhengig av funksjonsnedsettelse, problem eller diagnose. Flere av forslagene vil være relevante også for pårørende til rusavhengige.

Opptrappingsplanen for rusfeltet hadde som mål å styrke brukernes medvirkning og de pårørendes rolle, og det er satt i gang flere tiltak.

Stoltenbergutvalget pekte på at når en nærstående strever med rusproblemer, preges ofte livet av konstant bekymring og redsel for at liv og helse kan gå tapt. Ofte er dette påkjenninger man bærer med seg i hemmelighet. Utvalget pekte videre på at pårørende er opptatt av hvordan ens egne har det og berører forholdet til taushetsplikten. Utvalget foreslo statlige mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre) som også skulle være et tilbud til pårørende, og at de måtte kunne gi råd og veiledning. Utvalget pekte på at det må være mulig for pårørende å komme i kontakt med tjenestene døgnet rundt, eventuelt via døgnåpen telefon. Tjenestene bør ha tett kontakt og samarbeid med pårørendes organisasjoner og med kompetansemiljøer som pårørende kan dra nytte av. Høringen viste at det er bred enighet om verdien av forslaget, men uenighet om hvorvidt tiltaket bør knyttes til MO-sentrene. Forslaget om MO-sentre er drøftet i kapittel 6.

Regjeringen mener pårørende skal få veiledning og råd fra helse- og omsorgstjenesten. Det vises til kapittel 7.2.2 for nærmere omtale av tiltak for pårørende.

**7.2.1 Nærmere om pårørende**

*Pårørende utgjør et nettverk for rusavhengige*

Pårørende har kjennskap til pasientens bakgrunn, ressurser, symptom og sykdomsforløp og hva som har kommet ut av tidligere tiltak. Pårørende kan bidra med støtte og motivasjon i den enkeltes endringsarbeid.

Pårørende har også behov for informasjon fra helse- og omsorgstjenesten for å få kjennskap til rusproblemene, hvordan de kan arte seg, hva tjenestetilbudet vil innebære, og om oppfølging i

etterkant. Slik informasjon kan bidra til at de pårørende bedre kan støtte og motivere.

#### *Pårørendes erfaringskompetanse*

Det er viktig at pårørendes erfaringer inngår i utredning, behandling og rehabilitering. Både for å avdekke om de pårørende selv har behov, men også for å bedre familieomsorgen og støtten til pårørende.

Rusforebyggende arbeid i skolen overfor elever og foreldre er viktig. Pårørende har ofte en helt avgjørende rolle i å avdekke et rusproblem. De har samtidig behov for å vite hvor de kan henvende seg for å få hjelp for seg og sine.

#### *Pårørende som pasientens representant*

Pårørende opplever i ulik grad å bli møtt på en god nok måte av helse- og omsorgstjenestene. Samarbeid med pårørende er grunnleggende for å skape tjenestetilbud med god kvalitet til den enkelte og for å avlaste pårørende. Det er viktig at de pårørende har kjennskap til når vedkommende er i døgntil behandling, noe som gir dem mulighet til å bekymre seg mindre i denne perioden. Hvis de pårørende opplever at de ikke blir hørt eller får informasjon eller støtte, vil de lett kunne føle mistillit til helse- og omsorgstjenesten.

Pårørende ønsker bedre tilgjengelighet og involvering fra tjenestene. Mange pårørende opplever brudd i behandlingen som en stor belastning. Andelen registrerte frafall fra tverrfaglig spesialisert behandling er 30 prosent<sup>3</sup>. Alle som behandler rusavhengige pasienter skal legge til rette for et godt samarbeid med pårørende. Det bør være mulig for pårørende å komme i kontakt døgnet rundt.

Pårørendes rolle når det gjelder å initiere bruk av tilbakeholdelse uten samtykke er drøftet i kapittel 7.4. Taushetsplikten omfatter ikke generell informasjon eller opplysninger som allerede er kjent for pårørende.

#### *Pårørendes egne behov*

Pårørende kan være skadelidende på grunn av et familiemedlems rusmiddelbruk. Det betyr at pårørende også kan være i behov av hjelp.

For hver alkoholavhengig er det i gjennomsnitt minst tre personer som sliter med reaksjoner og symptomer som direkte følge av vedkommen-

### **Boks 7.5 Konsekvenser for familiemedlemmer**

En studie av familiemedlemmer som mottok behandling viste at 96 prosent hadde hatt muskel- og skjelettproblemer, om lag 65–70 prosent hadde hatt betydelig hodepine og magesymptomer og 16 prosent hadde hatt psykiske problemer. De større barna og voksne som har vokst opp i alkoholbelastede familier, har ofte relasjonelle problemer. Identitetskonflikter, lav selvfølelse, vansker med å sette ord på følelser, undertrykking av glede og sorg, avmakt overfor omgivelsene og overdreven forståelse overfor andre er vanlige mønstre. Skyld- og skamfølelse er belastende over år. Noen får etter hvert psykiske lidelser. Partnere kan oppleve krenkelser, trusler og vold knyttet til alkoholbrukerens atferd. Ofte bidrar partneren til å skjule problemene. Det finnes også pårørende som ikke har slike reaksjoner.

Kilde: Nordlie (2003): *Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene?*

des atferd og problemer. Barn blir sterkt berørt av foreldrenes alkoholbruk. Helsepersonell har plikt til å vurdere om barn av alvorlig somatisk syke foreldre eller barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre har et selvstendig behov for helsehjelp.

Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten er oppmerksom på at pårørende kan ha egne behov, og at de bistår, veileder og eventuelt henviser dem til behandling. Noen pårørende vil allerede ha god kontakt med helse- og omsorgstjenesten, mens andre trenger rettleiding til riktig instans.

### **7.2.2 Videre innsats**

Opptappingsplanen for rusfeltet har lagt vekt på at det skal arbeides for bedre ivaretagelse av barn og pårørende til personer med rusproblemer. Helse- og omsorgstjenestene har de to siste årene styrket pårørendesentrene slik at de skal bli i bedre stand til å ivareta enda flere pårørende. Åtte pårørendesentre er etablert, eller er under etablering, over hele landet.

Enkelte institusjoner har utviklet spesialkompetanse på behandling av pårørende og voksne barn av rusavhengige. Det er om lag 79 lærings- og mestringssentre i landet, hvor enkelte har vei-

<sup>3</sup> KORFOR (2011): *Oppdatering av rusreformevalueringen (2006–2010)*

**Boks 7.6 Tilbud til pårørende**

Flere pårørendeorganisasjoner har tilbud for pårørende, ofte som likemannsarbeid og selvhjelp. Det kan være kurs, seminar, sosiale arrangement, eller oppfølging. Pårørende deltar ofte i tiltak for rusavhengige, for eksempel i regi av frivillige organisasjonene. Slikt arbeid gir mening. De pårørende er en ressurs – både for egne og andre med rusavhengighet.

ledningstjeneste for pårørende til rusavhengige pasienter. I veileder til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak fremgår det at avtalene blant annet bør beskrive tilrettelegging av lærings- og mestringstilbud. Flere helseforetak samarbeider med kommunene om lærings- og mestringssentre i kommunene for enkelte pasientgrupper. Samarbeidet bør også omfatte tilbud til pårørende av rusavhengige og personer med psykiske lidelser.

Nettside for pårørende, pårørendeportalen.no, ble åpnet våren 2012. Nettsiden vil være en viktig informasjonskilde for pårørende til rusavhengige. Helsedirektoratet har utarbeidet en opplæringspakke for helsepersonell, til bruk i

lærings- og mestringssentre og helse- og sosialfaglige utdanninger. Flere frivillige organisasjoner gir viktige tilbud om fritidsaktiviteter. Både disse og organisasjoner for pårørende til rusavhengige får offentlig støtte.

Veilederen *Pårørende en ressurs – om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester* (Helsedirektoratet 2008) skal stimulere til at virksomhetene etablerer gode rutiner som sikrer at pårørendes rettigheter, ønsker og behov ivaretas.

Veilederen har et kapittel om taushetsplikt og en mal for samtykkeerklæring som tjenestene kan benytte ved behandlingsoppstart. I praksis avtaler ofte behandlingsinstitusjonen med pasienten hva slags informasjon de pårørende skal få. Dette journalføres eller det inngås en samtykkeerklæring.

Justis- og beredskapsdepartementet leder en interdepartemental arbeidsgruppe som skal se på rettsoppfatning og praksis om taushetspliktbestemmelsene. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt initiativ til et kartleggingsprosjekt knyttet blant annet til praktisering av taushetsplikten.

Helsedirektoratet og Norsk selvhjelpsforum har laget en nasjonal plan for styrking av selvhjelpsfeltet innen psykisk helse (Helsedirektoratet 2004). Det vil bli utarbeidet en nasjonal plan for selvhjelp for rusavhengige og deres pårørende. Selvhjelpsgrupper for rusavhengige er nærmere omtalt i kapittel 6.

**Boks 7.7 Pårørendearbeid i Trondheims klinikken**

Trondheims klinikken ble åpnet i 2011 og gir tilbud til rusavhengige i regionen inkludert et bredt tilbud til pårørende. Klinikken har omfattende sjekkliste for arbeidet med pårørende både ved behandling i poliklinikk, døgntilbud og poliklinisk etterbehandlingsfase. Lærings- og mestringssenteret i Rusbehandling Midt-Norge er lokalisert i Trondheims klinikken, og arrangerer blant annet åpne temakvelder for pårørende i samarbeid med pårørendes representanter, Trondheim kommune og fagfolk fra Trondheims klinikken. En fagperson og en pårørende eller bruker presenterer hvert sitt innlegg med det gitte tema som utgangspunkt. Det er muligheter for spørsmål, diskusjoner og refleksjoner underveis. Eksempler på tema er pårørendes rettigheter, involvering av pårørende i helsetjenesten, hvordan ivareta seg selv som pårørende, barn som pårørende, å leve med usikkerheten, hvor pårørende kan få hjelp og moti-

vasjons- og endringsprosesser. Tilbakemeldinger fra pårørende viser at det å få anledning til å møte andre i samme situasjon og å få bekrefte på at man må hjelpe seg selv før man kan hjelpe andre er noe av det som oppleves verdifullt ved deltakelse i temakveldene.

Konseptet *Møteplass* er utviklet av Pårørendekompetanse (PK) i samarbeid med pårørende og fagfolk. PK eies og drives av organisasjonen Voksne for barn og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP), med støtte fra Helsedirektoratet. *Møteplass* er et lærested for både fagfolk og pårørende. Målet med lærestedet er at hjelpeapparatet skal tilby best mulige tjenester til pårørende ved at pårørende deler sin kunnskap og sine tanker. Møteplasslederne er klinisk personell fra enhetene, og det inviteres også andre fagfolk til *Møteplass* for at de skal få økt forståelse for pårørendeperspektivet og bidra til god daglig praksis.

Det er ingen norske undersøkelser av levekårene til pårørende til rusavhengige eller personer med psykiske lidelser. Det skal gjennomføres to leveårsundersøkelser, én som omfatter voksne pårørende til rusavhengige og voksne barn av rusavhengige, og én som omfatter barn av rusavhengige (se kapittel 7.1.).

#### Regjeringen vil:

- Videreføre utvikling av lærings- og mestrings-tilbud til pårørende av rusavhengige og personer med psykiske lidelser
- Videreføre støtten til pårørendesentre og til frivillige organisasjoners arbeid med pårørende
- Utarbeide nasjonal plan for selvhjelp for rusavhengige og deres pårørende
- Oppdatere veilederen «Pårørende som ressurs» for pårørende til personer med rusproblemer og en pårørendeguide om taushetsplikt
- Gjennomføre en levekårsundersøkelse om pårørende og voksne barn av rusavhengige og legge denne til grunn for videre tiltak.

### 7.3 Rusavhengige med omfattende hjelpebehov

Personer med omfattende hjelpebehov skal, som alle andre, få sine hjelpebehov ivaretatt av det ordinære tjenesteapparatet, se kapittel 6. Jo større problemene er for den enkelte, jo mer tilgjengelig, helhetlig og samordnet må hjelpeinnsatsen være.

Illegal omsetning og bruk av rusmidler foregår åpenlyst, og innsatsen må vurderes i en bredere sammenheng. Det er et mål å avskaffe åpne rusmiljøer og sikre trygge og gode sentrumsmiljøer. Samtidig må vi styrke innsatsen for å redusere skader og dødsfall i kjølvannet av illegal bruk av rusmidler. Det må stilles spørsmål ved om bortvisning og straff alltid er de riktige virkemidlene overfor personer som bruker narkotika.

Vi må i større grad ta i bruk alternativer til straff. Tiltak som har skadereduksjon og livredning som mål, skal inngå i en helhetlig og balansert rusmiddelpolitikk. Det er reist spørsmål om å ta i bruk heroin i behandling også i Norge. Enkelte europeiske land har tatt i bruk heroin i behandling som ett av flere tiltak i en bred strategi for å løse problemer knyttet til åpne russcener og omfattende og destruktiv bruk av narkotika.

Det handler om mennesker med alvorlige rusproblemer, som i tillegg har omfattende helsemessige og sosiale problemer og store hjelpebehov. Livet er preget av fattigdom og kriminalitet og

prostitusjon følger ofte i kjølvannet for å finansiere rusmidlene.

Stoltenbergutvalget omtalte utfordringene slik:

*«Narkotikaavhengighet er forbundet med mange følelser: skam og skyld, selvforakt og fornedrelse. Mange lever i fattigdom, under uverdige forhold og sliter med psykiske og fysiske plager i tillegg til selve avhengigheten... Man skal behandle avhengigheten, men den enkelte skal også få hjelp til å ta tak i selve livet: forholdet til familie og venner, et sted å bo, komme i utdanning, jobb eller annen aktivitet, få orden på kosthold og ødelagte tenner – kort sagt, behandling av rusavhengighet er å få orden på et helt liv.»*

#### 7.3.1 Åpne bruker- og omsetningssteder

I Norge har vi utfordringer med åpne bruker- og omsetningssteder. Omsetning og bruk av illegale rusmidler har i flere tiår foregått nokså åpenlyst ved trafikknutepunkter og i parker i sentrum. Her selges, kjøpes og brukes illegale rusmidler åpenlyst. Problemet oppfattes som størst i de store byene, på steder som ved Christian Fredriks plass i Oslo, ved Oslo Sentralbanestasjon («Plata») og i Nygårdsparken i Bergen. Mange opplever slike samlingsplasser som uverdige, ubehagelige og utrygge. Det gjelder både brukerne, publikum, nabolag og næringsvirksomhet.

Åpenlyst salg av illegale rusmidler kan skape utrygghet ved at også barn og unge ser dette. Publikum opplever det ofte ubehagelig å være vitne til åpenlys omsetning og bruk av rusmidler. Brukerne selv kan oppleve miljøene som utrygge og stigmatiserende. Åpne bruker- og omsetningssteder kan bidra til rekruttering, blandingsmisbruk, forkommenhet og sykdom og skape avstand til hjelpeapparatet.

Utfordringer med åpne russcener er vel kjent i andre europeiske byer. Noen byer har oppnådd gode resultater gjennom planmessig satsing på kontroll- og hjelpetiltak i kombinasjon. Erfaringer fra Amsterdam, Frankfurt, Lisboa, Wien og Zürich er oppsummert i en norsk rapport.<sup>4</sup> En fellesnevner er at problematisk bruk av illegale stoffer og avhengighet først og fremst er et helseproblem. Samtidig brukes kontrolltiltak for å hindre at gruppen er til sjenanse for andre. En forutsetning for å bedre situasjonen har vært et forpliktende og politisk forankret samarbeid mellom hel-

<sup>4</sup> SERAF-rapport nr. 1/ 2011: *Open drug scenes and overdose mortality – what to do? Report from five european cities.*

sesektoren, sosialsektoren og politi. Hjelpetjeneste er også lett tilgjengelig.

I Norge er det de senere årene satt i gang lokale tiltak, handlingsplaner og aksjoner for å bedre situasjonen. Til tross for dette er ikke situasjonen med åpne russcener endret.

Åpne russcener har tradisjonelt vært møtt med straffereaksjoner og aksjoner. Det har vært en markant økning i antall narkotikalovbrudd de seneste årene. Dette er et uttrykk for høy forekomst av illegal omsetning og bruk av narkotika. Økningen indikerer også at politi og påtalemyndighet har prioritert innsatsen for å redusere tilgangen til illegale rusmidler.

Oslo kommune, i samarbeid med sentrale myndigheter, forsøkte å møte utfordringene gjennom *Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. Målet var å løse opp miljøet i sentrum, hindre narkotikaomsetningen og redusere rekrutteringen til miljøet. Planen inneholdt en rekke tiltak for å gi hjelp til rusavhengige og holde dem vekk fra sentrumsmiljøet. Det ble også lagt stor vekt på samarbeid mellom politi, kommune og hjelpeapparatet. Evalueringen av planen viste at den ikke bidro til at rusavhengige holdt seg mer borte fra sentrumsområdet.<sup>5</sup> Enkelttiltakene ble mer et supplement enn et alternativ til sentrumsmiljøet. Det var fortsatt mangler ved samarbeidet mellom politi og hjelpeapparat.

Intervenering og aksjoner fra politiet har ført til at omsetningssteder forsvinner, samtidig som nye markeds plasser raskt etableres et annet sted. Brukere gir uttrykk for at slike aksjoner oppleves som svært nedverdiggende. Et flertall av brukerne av de åpne rusmiljøene i Oslo sentrum, svarer at de opplever disse som negative.<sup>6</sup> Flere nevner stigmatisering, liten grad av verdighet, og noen opplever at det er negativt å se at så mange sliter.

Mange steder har man tatt konsekvensen av dette. Ulike former for tiltak overfor enkeltpersoner har fått stadig større plass. Dette gjelder oppsøkende arbeid, lavterskeltilbud, sprøyterom (i Oslo) og økt satsing på behandling og rehabilitering. Både Oslo, Bergen og Trondheim har forsterket innsatsen for å redusere problemer knyttet til åpne russcener og overdosedødsfall.

### 7.3.2 Innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning

Forsterket og vedvarende innsats fra politiet er viktig for å redusere tilgjengeligheten til illegale rusmidler og redusere problemer i tilknytning til de åpne salgs- og omsetningsstedene. Stoltenbergutvalget foreslo å øremerke midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning av narkotika. Målet var å ramme de profesjonelle selgerne, ikke brukerne. Å avvikle åpne omsetningssteder er ifølge utvalget en sentral faktor for å forebygge narkotikabruk og for å bekjempe organisert kriminalitet, men det er ressurskrevende.

Narkotikabruk er ikke lenger et storbyfenomen. Narkotika er tilgjengelig over hele landet. Likevel er Oslo i en særstilling med et mer konsentrert narkotikaproblem. Oslo politidistrikt presenterte i juni 2011 en handlingsplan mot de åpne rusmiljøene i Oslo sentrum. Planen har som mål å hindre nyrekruttering og forebygge åpenlys kriminalitet i de åpne rusmiljøene. Politiets evaluering av innsatsen sommeren og høsten 2011 viser at satsingen har resultert i økt tilstedeværelse av uniformert politi og utplassering av mobil politi-post, se kapittel 4.2.2 for nærmere omtale. Politiet har økt bruken av bortvisninger for å hindre åpenlys bruk, samt kjøp og salg av narkotika. Det har vært en nedgang i anmeldelser i området.

Også andre byer enn Oslo og Bergen har problemer med kjøp, salg og bruk av illegale rusmidler, men i langt mindre skala og i ulik grad. Det er derfor gode grunner for en planmessig innsats fra politiet, i samarbeid med lokale myndigheter. Vurderingen er at det oppnås størst fleksibilitet og best resultater når politiet lokalt prioriterer ressursbruken ut i fra lokal kunnskap og behov, og ikke ved øremerking.

Basert på erfaringer i Oslo, Bergen, Trondheim og andre europeiske byer, vil regjeringen sørge for at kommunene og politiet tilbys kompetanse og veiledning i innsatsen for å hindre åpen bruk og omsetning av narkotika. Målet er å stimulere til innsats som vil bidra til trygghet for alle, nulltoleranse for omsetning og åpen bruk av rusmidler og en forsterket, helhetlig hjelpeinnsats for de som har behov for det. Helsedirektoratet skal utarbeide anbefalinger om hvordan kommunene bør håndtere utfordringer knyttet til åpne russcener. Det skal skje i dialog med brukere, pårørende, kommunale og statlige tjenester, næringsliv, frivillige og ideelle organisasjoner og fagmiljøene.

<sup>5</sup> SIRUS (2006): *Evalueringen av Tiltaksplanen for alternativer til rusmiljøet i Oslo sentrum*

<sup>6</sup> Oslo kommune (2011): *De åpne russcenerne i Oslo sentrum – sett fra brukernes perspektiv*.

### 7.3.3 Alternative reaksjoner ved bruk, besittelse, kjøp og salg av narkotika

Det er et høyt antall straffereaksjoner på narkotikaforbrytelser. Det viser at det arbeides systematisk med å redusere tilgjengeligheten til illegale rusmidler. Samtidig er erfaringen at straffereaksjoner, aksjoner og bortvisning i mindre grad er egnet for de som står i fare for eller har utviklet et rusproblem. De senere årene er det kommet forslag om avkriminalisering og alternativer til straff for personer med rusproblemer.

Stoltenbergutvalget foreslo at ruskontrakter som reaksjonsform bør videreutvikles og tilbys personer med rusproblemer over hele landet, som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegistret. Ordningen bør kunne utvikles som et verktøy under en nemndordning. Utvalget viste til at Portugal har opprettet en nemndordning som følger opp personer som pågripes av politiet for besittelse av narkotika til eget bruk. Nemndene er tverrfaglige og vurderer den enkeltes rusproblematikk og hvilken form for hjelp eller oppfølging hver enkelt har behov for. Ansvaret for personer som tas for bruk av narkotika er flyttet fra justis-sektoren til helsesektoren. Høringen viste at det store flertallet av høringsinstansene var enige i at det er riktig å gi alternative straffereaksjoner i stedet for fengsel, mens oppslutningen om å etablere tverrfaglige nemnder var noe mindre. Langt de fleste understreker at narkotikabruk og besittelse ikke må avkriminaliseres og legaliseres. Det må foreligge et legalt grunnlag for å reagere, men reaksjonsformen bør være mer «helseforankret».

En regjeringsoppnevnt interdepartemental arbeidsgruppe avga 4. juli 2011 rapporten *Alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd*, som en oppfølging av Stoltenbergutvalgets rapport. Arbeidsgruppen foreslår et tosporet samtykkebasert system: en kortvarig intervensjon i form av motivasjonssamtale eller et mer langvarig intervensjonsprogram. En egenkartlegging av rusbruk (screening) skal være med på å avgjøre hvilken alternativ reaksjon vedkommende bør få. Motivasjonssamtalen er ment for personer som ikke har, eller står i fare for å utvikle, et avhengighetsforhold til narkotika. Samtalen skal medvirke til bevisstgjøring og endring av egen rusbruk. Intervensjonsprogrammet retter seg mot personer som er, eller står i fare for å bli, avhengige. Formålet er å fremme brukerens rehabilitering. Vilkårene tilpasses den enkeltes behov og kan være alt fra behandling og kontrolltiltak til egeninnsats, opplæring og arbeid. Vedkommende får

tilgang til de ordinære tjenestene som en del av programmet.

Arbeidsgruppen går inn for at de alternative reaksjonene som hovedregel inntas som særvilkår for påtaleunntatelse, eventuelt betinget dom. Det organisatoriske ansvaret for intervensjonsprogrammet foreslås lagt til konfliktrådene. Målgruppen er først og fremst unge, men det foreslås ikke noen øvre aldersgrense. Rapporten ble sendt på høring 19. januar 2012, med høringsfrist 23. april 2012. Flertallet av høringsinstansene synes å være positive til de foreslåtte alternative reaksjonene, men det er imidlertid delte oppfatninger om hvor reaksjonene organisatorisk bør forankres.

Det er allerede etablert politikk at personer med narkotikaproblemer møtes med helsehjelp i stedet for tradisjonell straff. Rapportens forslag er en videreføring og formalisering av denne linjen. Praktisk gjennomføring, organisering og forankring vil bli avgjort i forbindelse med oppfølgingen av høringen.

Narkotikaprogram med domstolskontroll er et alternativ til soning og prøves ut i Oslo og Bergen. Ordningen er nærmere omtalt i kapittel 6.10.

Overfor unge lovbrøyttere kan oppfølgingsteam i konfliktrådet brukes som alternativ straffereaksjon knyttet til påtaleunntatelse eller betinget fengsel. Formålet med oppfølgingsteam er å sikre tverrfaglig, individuelt tilpasset oppfølging av den enkelte unge lovbrøytter gjennom å styrke den lokale samhandlingen mellom rettshåndhevere og hjelpeapparat. Sammensetningen av oppfølgingsteamet tilpasses behovet i den enkelte sak. Mange unge lovbrøyttere har rusrelaterede problemer, og rusomsorgen kan derfor være representert i teamet.

Ikraftsetting av den vedtatte ungdomsstraffen<sup>7</sup>, som skal erstatte ubetinget fengsel og strengere samfunnsstraff for unge under 18 år, forutsetter også at alle konfliktråd har et oppfølgingsteam. I løpet av 2012 vil 13 av 22 konfliktråd tilby et slikt team.

Justisdepartementet nedsatte 11. august 2010 en arbeidsgruppe for å gjennomgå konfliktrådsloven og andre relevante lover for å legge til rette for økt bruk av konfliktråd i rettspleien. Arbeidsgruppen avga sin rapport *Økt bruk av konfliktråd* 15. september 2011, og foreslo blant annet at oppfølgingsteam videreføres og lovfestes som straffereaksjonen «Oppfølging i konfliktråd». Rapporten har vært på høring og følges nå opp av Justis- og beredskapsdepartementet.

<sup>7</sup> Prop. 135 L (2010–2011) *Endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringsloven m.fl. (Barn og straff)*

### 7.3.4 Færre overdosedødsfall

Norge har et høyt antall registrerte overdosedødsfall sammenliknet med mange europeiske land. Utviklingen har gått i bølger, men vi er ofte blant de som har flest registrerte dødsfall. I følge Det europeiske overvåkningssenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA/EONN) hadde Norge flest overdosedødsfall per innbygger i 2007. Til tross for relativt lav eksperimentell- og rekreasjonsbruk, skårer Norge høyere når det gjelder den mer intensive og alvorlige bruken av narkotika. Det anslås å være om lag 8000 som injiserer heroin i Norge<sup>8</sup>. Årlig dør mer enn 200 personer som følge av overdose. De fleste overdosedødsfall skjer privat og ikke i det offentlige rom. Innsatsen for å redusere antallet overdosedødsfall må derfor foregå på flere arenaer.

Overdosedødsfall kan defineres som et dødsfall som skjer kort tid etter inntak av ett eller flere medikamenter eller rusmidler, og er direkte relatert til dette inntaket. Denne definisjonen omfatter selvmord ved forgiftning av narkotisk stoff og er den definisjonen som brukes i europeiske sammenlikninger. Slike dødsfall er særlig knyttet til bruk av heroin. I Norge påvises heroin eller andre opiater, inklusive metadon og subutex, i 85–90 prosent av overdosedødsfallene.

Antall overdosedødsfall i Norge økte fra midten av 1970-tallet og fram til 2001. Overdosedødeligheten steg kraftig fra midten av 1990-tallet til 2001. Fra 2002 har antallet stabilisert seg på rundt 200 dødsfall per år.

Om lag samme utvikling ser vi i andre europeiske land, om enn noe tidligere enn i Norge. Antall dødsfall i Europa gikk kraftig opp i løpet av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene, parallelt med en økning i bruk av heroin og sprøytebruk. Etter en nedgang i flere europeiske land i 2000–2003, rapporteres det om en økning i antall dødsfall fra 2003 og fram til 2009.

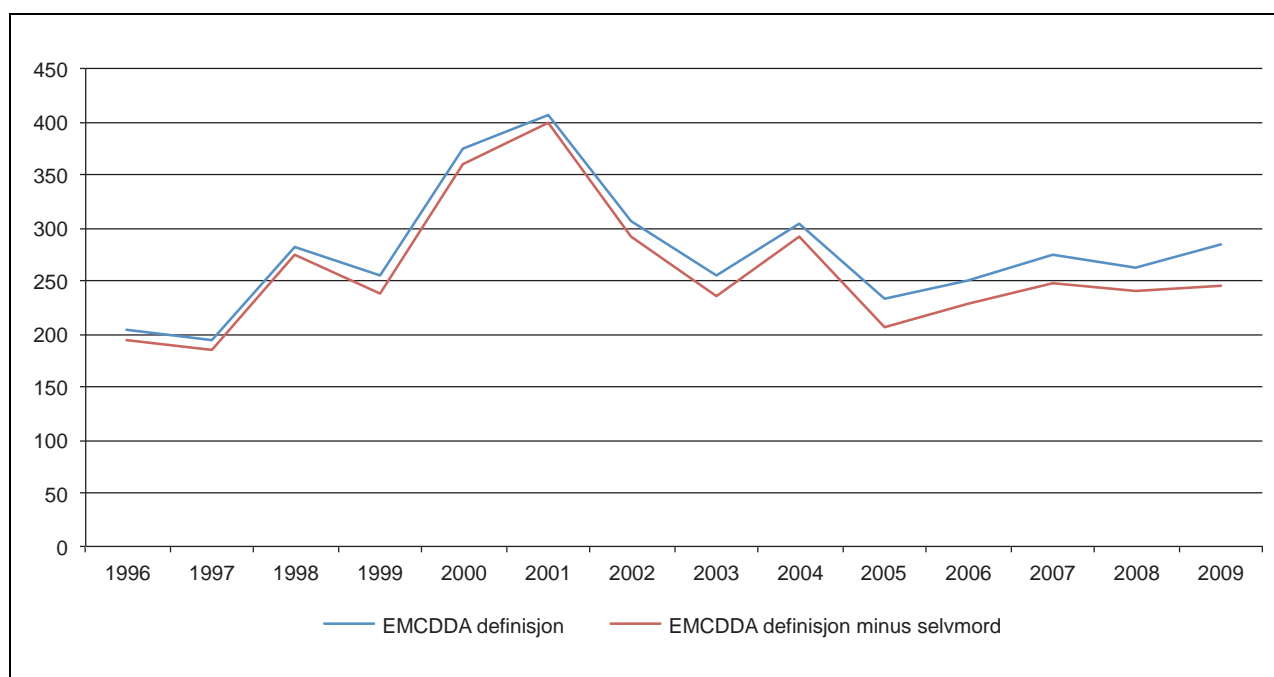
#### Årsaker til overdosedødsfall

Det europeiske overvåkningssenteret viser til følgende faktorer som kan forklare årsakene til overdosedødsfall: Prevalens av narkotikabruk, bruksmønster (injisering, blandingsmisbruk), alder og tilleggslidelser og tilgjengelighet til behandling og akuttmedisinske tjenester.<sup>9</sup> Europeiske data er blitt mer pålitelige, men det er fortsatt ulikheter i rapporteringsmetoder og datakilder. Det europeiske overvåkningssenteret uttaler at man fortsatt bør være forsiktig med å foreta sammenlikninger landene imellom.

Det er flere og sammensatte årsaker til at Norge har så mange overdosedødsfall. Det er

<sup>8</sup> Sirius (2009): *Forbruk av heroin i Norge*

<sup>9</sup> Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (2011): *Årsrapport 2011*



Figur 7.2 Overdosedødsfall i Norge 1996–2009. Dødsårsaksregisteret, EMCDDA-definisjon.

Kilde: Dødsårsaksregisteret

anslått at mellom 6600 og 12 300 personer har et problematisk heroinbruk. Det høye antallet dødsfall kan ikke bare forklares ved antall brukere. Norske brukere har et mer risikofylt bruksmønster enn det man finner i mange andre europeiske land. Risikoen for å dø av overdose stiger betydelig ved bruk av heroin eller andre opioidholdige stoffer, og risikoen øker kraftig dersom stoffet inntas med sprøyte.

De fleste som bruker heroin i Norge inntar stoffet med sprøyte. En årsak kan være at injeksjon er den mest kostnadseffektive inntaksmåten. Man må bruke tre ganger så mye av stoffet når det røykes som når det injiseres for å oppnå samme ruseffekt. Andelen som røyker heroin er lav, men økende i Norge.

Når Norge sammenliknes med andre land, trekkes følgende forhold fram som mulige forklaringer på det høye antallet dødsfall: Flere europeiske land erfarte tidligere enn Norge en kraftig økning i narkotikarelaterte dødsfall og satte inn tiltak for å avhjelpe problemene tidligere. Eksempler er behandling med metadon og subutex. Forskjellene kan også til en viss grad tilskrives registreringspraksis og obduksjonsfrekvens.

#### *Virksomme tiltak mot overdosedødsfall*

Det er vanskelig å forklare de vedvarende høye tallene for overdosedødsfall som rapporteres i europeiske land, særlig når det er tegn til nedgang i bruk av sprøyter og økning i antall opioidbrukere i behandling. Ifølge EMCDDA kan forklaringer være blandingsmisbruk eller høyrisikoatferd og økning i antall opioidbrukere med tilbakefall etter løslatelse fra fengsel eller utskrivning fra behandling, og at narkotikabrukere er eldre og mer sårbare.

Det er vel dokumentert i norske og europeiske studier, at det å holde mennesker i behandling og oppfølging etter behandling og å unngå avbrudd, kan være helt avgjørende for å redusere faren for overdoser og overdosedødsfall. For pasienter som er i LAR, halveres risikoen for å dø, sammenliknet med de som står på venteliste til LAR. Risikoen for å dø er imidlertid enda høyere for pasienter som avbryter behandlingen. Effektive behandlingsinnsatser svekkes dersom det kommunale tjenestetilbudet ikke er godt nok. Ved brudd i den planlagte behandlingen er det funnet 16 ganger så høy risiko for å dø av overdose enn ellers.

Nedgangen i antall overdosedødsfall i Norge etter 2001, er særlig knyttet til økningen i antall opioidbrukere som ble inkludert i LAR. Dette til-

budet ble trappet kraftig opp i perioden etter årtusenskiftet. Fra europeiske observasjonsstudier rapporteres det at dødeligheten blant opioidbrukere i metadonbehandling er omtrent en tredel av dødeligheten blant personer som ikke er i behandling. Varigheten av behandling er også en viktig faktor. Nyere studier viser at substitusjonsbehandling har over 85 prosent sjanse for å redusere den generelle dødeligheten blant opioidbrukere, dersom de er i behandling i 12 måneder eller mer.<sup>10</sup>

#### *Gjennomgang av overdosedødsfall*

Enkelte norske byer har gjennomgått overdosedødsfallene som grunnlag for tiltak for å forebygge og redusere antallet dødsfall. Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) har gjennomgått alle overdosedødsfall i Oslo i perioden 2006–2008.<sup>11</sup> Gjennomgangen viste at 232 personer under 70 år døde av overdoser i Oslo i denne perioden. Heroin var hovedårsaken i de fleste tilfellene. Hvert tredje dødsfall blant de eldste var forårsaket av sterke smertestillende medikamenter. Metadon ble vurdert som hovedårsak i ti prosent av dødsfallene.

Et stort flertall, 186 av 232 personer, var i kontakt med hjelpeapparatet i løpet av året før dødsfallet. Ofte hadde de vært i kontakt med tre til fire tiltak. De fleste Oslo-tilhørende hadde hatt kontakt med sosialtjenesten, mens de fleste tilreisende hadde kontakt med ambulansetjenesten. Hjelpeapparatet ble beskrevet som fragmentert med mangel på skriftlige prosedyrer, samhandling og informasjonsflyt. Dødsfallene skjedde i betydelig grad i løpet av de tre første ukene etter løslatelse fra fengsel og etter avsluttet døgntilrettelagt behandling. Tilsvarende fant man ikke etter avsluttet LAR.

Rapporten viste at pårørende i liten grad opplevde å bli sett og fulgt opp av hjelpeapparatet. De hadde et klart ønske om å bli varslet i krisesituasjoner. Den høye forekomsten av overdosedødsfall i Oslo forklares i hovedsak ved brukerkulturen med injiserende blandingsmisbruk dominert av heroin. Ifølge rapporten må man legge til rette for at brukere inntar stoff på en mindre risikabel måte, dersom man skal få til en vesentlig reduksjon i dødsfallene. I tillegg må det være tilgjengelige og tilstrekkelige med differensierte behandlingsmuligheter. Rapporten foreslår flere konkrete tiltak for å endre brukerkultur og bedre

<sup>10</sup> Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (2011): *Årsrapport 2011. Narkotikasituasjonen i Europa*.

<sup>11</sup> SERAF (2010): *Gjennomgang av overdosedødsfall i Oslo*



samhandlingen i hjelpeapparatet gjennom et bredt planmessig og langsiktig arbeid.

Trondheim kommune har en nullvisjon for overdosedødsfall. De har som landets eneste kommune, etablert et eget overdoseteam/helseteam som er ute på gaten og møter mennesker med rusproblemer. Teamet ble etablert i 2001 etter flere registrerte overdoser og dødsfall. Det er utarbeidet klare rutiner for hva som skal skje før og etter overdoser og overdosedødsfall. Teamet har et tett samarbeid med AMK-sentralen, ambulansetjenesten og St. Olavs Hospital. De rykker også ut når AMK får beskjed om en mulig overdose. Teamet får informasjon fra brukerne når det kommer sterk heroin til byen, og de har fagpersoner som kan sette inn forebyggende og skadereuserende tiltak der og da. Alle som har tatt en overdose eller vært til stede under en overdose, blir fulgt opp av overdoseteamet. De tilbys krise-plass ved et døgnbemannet omsorgstiltak. Skulle det skje et dødsfall vil pårørende bli fulgt opp av overdoseteamet så lenge de selv ønsker det. Antallet overdosedødsfall i kommunen er relativt lavt. En forklaring på dette skal være nær kontakt med brukerne, undervisning og veiledning av injiserende rusavhengige.

#### *Reduksjon av overdosedødsfall gjennom en egen nasjonal strategi*

Flere europeiske land har utarbeidet nasjonale strategier for å forebygge narkotikarelaterte dødsfall. Enkelte norske byer er i ferd med å utvikle strategier for å redusere overdosene. Dette er en utvikling i riktig retning. For å understøtte denne positive utviklingen vil Helsedirektoratet få i oppdrag å utarbeide en egen nasjonal strategi for reduksjon av overdoser i samarbeid med relevante instanser som bruker- og pårørendeorganisasjoner og kommunene. Målet er en årlig reduksjon i antall overdosedødsfall. Formålet med strategien er å stimulere til utarbeidelse av flere lokale strategier for kommuner som har registrert overdosedødsfall. De lokale strategiene bør ha konkrete mål og tiltak på følgende områder:

- Ansvar for videreutvikling og koordinering av hjelpetiltakene og tydelig ansvars plassering ved risiko for overdosedødsfall
- Videreutvikle kompetanse blant særlig berørt personell som ambulans- og legevaktspersonell
- Forebygge overdose etter utskrivning fra institusjon
- Nødvendig informasjon og involvering fra pårørende

- Påvirke brukerkultur (redusere injisering) og videreutvikle livreddende tiltak.

Det vil bli utarbeidet en oppsummering og vurdering av resultatene etter fem år.

Det er i tillegg en utfordring å samordne oversikter over antall narkotikadødsfall sentralt, og det er derfor behov for å utarbeide rutiner for å sikre årlig rapportering til Helsedirektoratet om overdosedødsfall. Helsedirektoratet skal utarbeide indikatorer for å måle utviklingen i overdosesituasjonen og vurdere behovet for faglige retningslinjer.

Innsatsen for å redusere risiko for overdosedødsfall, vil også bli styrket gjennom pasientsikkerhetskampanjen.<sup>12</sup>

Behovet for mer kunnskap om årsaker og virksomme tiltak, vil bli løpende vurdert og iverksatt i strategien.

#### **7.3.5 Skadereduksjon**

Skadereduksjon er anerkjent som en av flere tilnærminger i narkotikapolitikken. Med skadereduksjon menes et sett av supplerende tiltak for særlig å redusere skader som oppstår som følge av bruk av rusmidler. Skadereuserende tiltak representerer ikke noe prinsipielt nytt. Flere av de tradisjonelle tiltakene som hadde eldre, marginaliserte og utstøtte alkoholavhengige som målgruppe, tok i første rekke sikte på å redusere eller lindre skader som følge av omfattende alkoholbruk. Eksempler på dette er overnattingssteder, herberger og verne- og tilsynshjem. I St.meld. nr. 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken* fikk skadereduksjon status som en integrert del av et helhetlig behandlings- og omsorgstilbud for personer med omfattende rusproblemer. Bakgrunnen var først og fremst hiv-spredningen på midten av 1980-tallet. Norge har en høy andel rusavhengige som inntar rusmidler med sprøyte. Denne inntaksmåten gir helsemessige belastninger i tillegg til rusproblemene, som hepatitt, hiv og hudlidelser. Det juridiske grunnlaget for denne typen tiltak, vil først og fremst være lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg gir lov om vern mot smittevern hjelp enkeltpersoner rett til nødvendig smittevern hjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp. Denne loven gir også personer med en all-

<sup>12</sup> Pasientsikkerhetskampanjen er en nasjonal kampanje for å forbedre pasientsikkerheten i Norge og redusere pasient-skader. I 2012 utvikles tiltakspakker og gjennomføres piloter, blant annet når det gjelder forebygging av selvmord og overdose etter utskrivning av institusjon.

mennfarlig smittsom sykdom, rett til medisinsk vurdering og utredning, behandling og pleie.

Mange kommuner i Norge har et bredt spekter av skadereduserende tiltak, der det primære målet er å redusere de umiddelbare skadene av rusmiddelbruk. Private, ideelle organisasjoner som for eksempel Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon og Fransiskushjelpen, er viktige bidragsyttere og samarbeidspartnere for kommunene. Eksempler er lavterskel overnatting, lavterskel helsetilbud, matservering og sprøytebytte. Redusert risiko for overdoser og narkotikarelaterte dødsfall er også et viktig mål med flere av de skadereduserende tiltakene. Skadereduserende innsats skal også bidra til at den rusavhengige får kontakt med hjelpeapparatet, og slik øke muligheten for videre behandling og rehabilitering.

#### *Dilemmaer*

Selv om det åpenbart er behov for skadereduserende tiltak for mennesker med rusproblemer, vil det være dilemmaer knyttet til tiltak der målet først og fremst er å redusere de umiddelbare skadene ved bruk av rusmidler. Skal alle former for tiltak godtas hvis det kan godtgjøres at de er rettet mot skadereduksjon og livredning, eller vil det være grenser for hva som kan aksepteres? Det er vanskelig å sette absolutte grenser. Jo nærmere helsepersonell deltar i den aktive bruken av rusmidler, jo mer krevende vil det være for personellet, menneskelig og etisk. I Sverige har diskusjonen om hvorvidt man nasjonalt skal tillate sprøytebytte til rusavhengige sprøytebrukere pågått i mange år. Det er først etter en flerårig forsøksperiode i Malmö og Lund, at det er åpnet for at kommuner kan etablere slike tilbud. I andre europeiske land inngår skadereduserende tiltak som velintegreerte tiltak og som selvstendige innsatsområder i nasjonale planer.

Det kan hevdes at tiltak som sprøyteutdeling, sprøyterom, lett tilgang til enkle helse- og omsorgstjenester og matservering kan bidra til å opprettholde problematisk bruk av rusmidler og dermed svekke motivasjonen for behandling og oppfølging. Noen vil også hevde at slike ordninger sender et uheldig signal om samfunnets aksept av skadelig bruk av rusmidler. Det kan hevdes at støtte til slike tiltak betyr å gi opp den enkelte og at knappe ressurser heller burde vært brukt til oppfølging og behandling. Andre vil hevde at rusproblemene vil vedvare og at vi har plikt til å gjøre det som er mulig for å forebygge alvorlige helseproblemer og hindre at liv går tapt.

Skadereduksjon er ikke knyttet til noen bestemt ideologisk retning. Det er forankret i en pragmatisk tilnærming til rusavhengige som mennesker med store helsemessige problemer. Å akseptere at rusmiddelbruk forekommer, og at det er fornuftig å tilrettelegge for gode skadereduserende tiltak, er ikke ensbetydende med en holdning om å legalisere narkotiske stoffer, eller aksept for ubegrenset tilgang til rusmidler. Internasjonalt har diskusjonen om skadereduksjon først og fremst vært knyttet til tiltak for å redusere skader av heroinbruk, men blir etter hvert også brukt om tiltak med sikte på å redusere skader knyttet til andre narkotiske stoffer, alkohol, tobakk og ulike typer pengespill. Reduksjon av alkoholrelaterte skader er nå kommet på dagsorden i EU.

Det finnes god dokumentasjon for at skadereduserende tiltak har positiv effekt og bidrar til økt livskvalitet, bedre helse og økt livslengde. Verdens Helseorganisasjon støtter skadereduksjon som en kunnskapsbasert tilnærming til mennesker med rusproblemer. I Norge er skadereduserende tiltak blitt en integrert del av den helhetlige rusmiddelpolitikken. Vektlegging av skadereduksjon betyr likevel ikke å gi slipp på målet om at flest mulig skal ha muligheten til å komme ut av rusavhengigheten. Et tilbud om skadereduserende tiltak er først og fremst et signal om respekt for den enkeltes situasjon og de helsemessige problemer den medfører. Det er god grunn til å hevde at de skadereduserende tiltakene i sum har bidratt til å redusere helseskader, risiko for overdoser og narkotikarelaterte dødsfall og hivsmitte og hepatitt blant injiserende rusavhengige. Evaluering av lavterskel helsetiltak underbygger dette. Det er derfor viktig å videreføre denne typen tiltak. Samtidig er det nødvendig å kvalitetssikre tiltakene og i større grad plassere dem i et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til mennesker med rusproblemer. De samlede ressurser, herunder øremerkede midler, må brukes mer helhetlig og målrettet for å understøtte utviklingen av et samlet tjenestetilbud.

#### *Lavterskel helsetilbud*

Lavterskel helsetilbud møter brukere der de er og når de er der. Slike tilbud er både en tjeneste og en tilnæringsmåte i det kommunale tjenestetilbudet. Målet er å redusere helseskader knyttet til inntak av rusmidler, bedre helse- og omsorgstjenestene til rusavhengige, og å forebygge overdoser. Målgruppen er mennesker med langvarig og intensivt bruk av rusmidler, som har vanskelighe-

ter med å benytte de ordinære helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene tilbyr sårstell, helsesjekk, utdeling av brukerutstyr, vaksinasjon, psykososial oppfølging, tannhelse, informasjon og råd om helse, smittevern, ernæring og kosthold, og veiledning og oppfølging ved overdoser. Videreformidling til andre tjenester er også en viktig del av tilbudet.

Evalueringer slår fast at lavterskeltiltakene når frem til målgruppen<sup>13</sup>. Det er viktig for brukerne at lavterskeltilbudene er tilgjengelige, åpne, at tilbudet er gratis, og at de kan komme uten avtale. Brukerne selv er stort sett fornøyd med lokalisering og tilgjengelighet. Det å få sårstell og rene sprøyter og bli møtt av ansatte som viser respekt og tillit, oppleves viktig. Brukerne benytter tilbudene over tid blant annet av sosiale årsaker. Tilbudene fungerer for mange som et koordinerende ledd og inngangsporten til ordinære tjenester. Evalueringene viser også at det er forbedringspotensial ved at brukerne ønsker seg utvidede åpningstider og et nattilbud som er noe mer enn hospits.

Lavterskeltilbudene befinner seg til en viss grad utenfor det ordinære systemet. De er et viktig supplement til det ordinære tjenestetilbudet. Samtidig skal de ikke erstatte grunnleggende helse- og omsorgstjenester som fastlege, tannhelse- og sosiale tjenester. De som benytter lavterskel helsetiltak har og skal fortsatt ha den samme rett til nødvendige helse- og omsorgstilbud. De gode erfaringene og resultatene som er oppnådd gjennom lavterskel helsetiltak, skal videreføres. Lett tilgjengelige tjenester som er tilpasset den enkeltes behov, og der personalet har god kompetanse, er en god retning for et fremtidig lavterskel helsetilbud. Samtidig må slike tiltak i større grad inkluderes i det helhetlige og sammenhengende offentlige tjenestetilbudet lokalt.

#### Forebygge hiv

Forekomsten av hiv i Norge blant personer som injiserer rusmidler holder seg på et stabilt lavt nivå. I 2011 ble det meldt om ti tilfeller. Internasjonalt er sexarbeidere og injiserende rusavhengige svært utsatt for hiv. I mange land er dette de største sosiale gruppene som lever med hiv. Det er grunn til å tro at målrettet forebyggende innsats i miljøene har bidratt sterkt til at utviklingen i Norge tilsynelatende er under kontroll. Det er

videre grunn til å tro at det er høy bevissthet innad i sprøytebrukermiljøene om ikke å dele sprøyter med kjente hiv-positive. Den høye forekomsten av hepatitt B og C i gruppen, viser imidlertid at sprøytebrukere er særlig sårbare for blodsmitte, og de forebyggende tiltakene må derfor opprettholdes.

Dagens medikamentelle behandling av hiv reduserer risikoen for å smitte andre med hiv, fordi mengden virus i blodet minimeres. Behandlingen forutsetter imidlertid tett medisinsk oppfølging og høy grad av motivasjon og nøyaktighet i medisinerbruk hos den enkelte. For enkelte vil rusavhengighet og en vanskelig livssituasjon føre til manglende evne til å følge et livslangt behandlingsregime for hiv infeksjonen. God samhandling mellom infeksjonsmedisinsk ekspertise og tjenestetilbudene for personer med psykisk helse- og rusproblemer, er nødvendig for å lykkes med tiltak og god oppfølging av mennesker med sammensatte behov.

Norge har deltatt i en stor internettbasert europeisk studie (EMIS) blant menn som har sex med menn. Rapporten som omfatter de norske respondentene i studien, viser at det er et betydelig omfang av ubeskyttet sex blant menn som har sex med menn. Dette vekker bekymring med tanke på nye hiv-smittede. Bruk av alkohol og illegale rusmidler var utbredt, særlig blant de hiv-positive som svarte på undersøkelsen. I undersøkelsen svarte nær halvparten at de hadde drukket alkohol i løpet av det siste døgnet. Videre svarte mer enn en tredel at de noen ganger hadde brukt illegale rusmidler. Hiv-positive respondenter brukte mest illegale rusmidler.

Det nasjonale hiv-arbeidet i Norge er forankret i den nasjonale hiv-strategien *Aksept og Mestring (2009–2014)*. Ett av flere grep i strategien er en tydeligere tverrsektoriell innsats enn tidligere. Seks departementer har ansvar for å følge opp strategien. De gruppene som er sterkest berørt av hiv og har størst risiko for å bli smittet med hiv, er prioritert i strategien. Ett av delmålene er å redusere nysmitte, særlig blant sårbare grupper.

#### 7.3.6 Sprøyterom

Spørsmålet om etablering av sprøyterom ble første gang reist i Stortinget i en interpellasjonsdebatt i 1999. Det resulterte i at regjeringen fikk oversendt en rekke forslag om narkotikapolitikken, deriblant: «Stortinget ber Regjeringen utrede etablering av «sprøyterom» bemannet med helsepersonell».

<sup>13</sup> SINTEF Helse (2008): *Lavterskel helsetiltak for rusavhengige – Skadereducerende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat*.

I 2004 ble det lagt fram et forslag til en treårig midlertidig særlov for å kunne gjennomføre en prøveordning med sprøyterom i Norge. Det ble foreslått at det som en prøveordning kan etableres lokaler for injeksjon av narkotika for å få erfaringsgrunnlag til å vurdere effekten av sprøyterom. Ordningen skulle gi tungt belastede narkotikabrukere skjermede og rene omgivelser for å sette sprøyter under oppsyn av kvalifisert personell. Det skulle være straffefritt å sette en brukerdose narkotika i sprøyterom. Den midlertidige loven ble permanent i 2009. Loven gir kommunene anledning til å etablere sprøyterom etter godkjenning fra Helsedirektoratet. Oslo kommune etablerte en ordning med ett sprøyterom i 2005. Så langt har ingen andre kommuner søkt om å få etablere sprøyterom.

To evalueringer har vurdert om formålene med ordningen er nådd.<sup>14</sup> Konklusjonen har vært at bestemmelsen om straffrihet har fungert godt, at stedet har bidratt til økt verdighet for brukerne, økt mulighet for helse- og sosialfaglig oppfølging, og trolig også til bedre sprøytehygiene. Det har ikke vært grunnlag for å si at ordningen har redusert omfanget av overdoser og overdosedødsfall. Sprøyterommet er beregnet for brukere som setter sprøyter med heroin. Innretningen av sprøyterommet vil ha betydning for bruken. I de to første driftsårene av sprøyterommet i Oslo, var åpnings-tiden begrenset til seks timer på dagtid – noe som begrenser nytten brukerne vil ha av et slikt tilbud. Nye lokaler og utvidet åpningstid har bidratt til en økning i registrerte brukere og en økning i helse- og sosialfaglig oppfølging av den enkelte. Samtidig er det bare en liten andel av injeksjonene som settes i sprøyterommet. I 2006 var det mellom 2500 og 3700 sprøytebrukere i Oslo. I gjennomsnitt satte de fra rundt 5500 til 8200 injeksjoner per dag. Et forsiktig anslag tilsier at det i Oslo settes om lag 5000 heroininjeksjoner i døgnet. Det vil si at de 47 injeksjonene som i snitt settes i sprøyterommet hver dag, tilsvarer om lag en prosent av alle injeksjoner i Oslo i løpet av et døgn.

Stoltenbergutvalget foreslo at innretningen av sprøyterom bør endres til å bli brukersteder der ansatte knytter kontakt mellom brukerne og det øvrige hjelpeapparatet. Brukerstedene bør ha tett samarbeid eller samlokaliseres med lavterskel helsetiltak, og sørge for at det er tilgang til sikkert brukerutstyr, som sprøyter, askorbinsyre mv.

Brukere bør kunne røyke heroin som et alternativ til å sette sprøyter. Målet med brukerstedene må være å forebygge infeksjoner og helseskader og motivere brukerne til å starte i behandling. Utvalget mente også at brukerstedene må holde åpent fra morgen til kveld og ha kapasitet til å følge opp den enkelte i større grad enn hva sprøyterommet i Oslo kan i dag.

Høringsinstansene til Stoltenberg rapporten var delte, og et flertall gikk mot forslaget. Det ble fremhevet at bare Oslo har erfaring med sprøyterom. Motargumentene var blant annet at dette gir storsamfunnet signaler om at samfunnet ikke ser på bruk av narkotika som en straffbar handling, noe som vil svekke det rusforebyggende arbeidet. Videre ble det påpekt at det er uheldig å samlokalisere tjenester for personer som skal motiveres til videre behandling og tjenester til personer som bruker heroin. Flere høringsinstanser pekte på at resultatene fra sprøyterommet er svake, og enkelte foreslo at tilbudet legges ned.

Erfaringer med ordningen tilsier at sentrale formål er ivaretatt, som bedre tilgang til helsehjelp og videre oppfølging og økt verdighet for brukerne. Samtidig kan det være grunn til å vurdere om ikke formålene med sprøyteromsordningen langt på vei vil kunne ivaretas på andre måter, blant annet gjennom videre utvikling av lavterskel helsetiltak. Hovedformålet må være å stimulere til at den enkelte fanges opp gjennom et tilgjengelig og godt hjelpetilbud som gir mulighet for videre hjelp og behandling.

Det er viktig at den enkelte møtes på en verdig og ivaretagende måte og at tjenesteapparatet dekker grunnleggende behov for mennesker som ikke greier det selv. Tjenestetilbudet bør likevel ikke innrettes slik at det samlet bidrar til å fastholde den enkelte i en situasjon med fortsatt skadelig bruk av rusmidler.

Kommunene står fritt til å avgjøre hvorvidt sprøyterom er et aktuelt virkemiddel. Det er bare Oslo som har valgt å etablere en ordning med sprøyterom. Flere kommuner har vurdert spørsmålet, men har kommet til at det ikke er grunnlag for dette og har valgt å bruke ressursene på andre tiltak med samme formål.

Det er et klart mål å redusere antall overdosedødsfall i Norge. For å oppnå dette, bør samfunnets ressurser først og fremst brukes til å fange opp alle med hjelpebehov og tilby et helhetlig hjelpetilbud med lav terskel og godt innhold, flere alternativer til straff og rask videreføring til hjelp og oppfølging. Et eksempel er overdoseteamet i Trondheim kommune som er tilgjengelig for rusavhengige i vanskelige og sårbare situasjoner.

<sup>14</sup> SIRUS-rapport nr. 7/2007: *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom. SIRUS-rapport nr. 7/2009: Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo*

Teamet har som rutine å sikre videre behandlingsforløp ved behov. Samtidig må innsatsen for å redusere tilgjengeligheten til rusmidler i de åpne bruker- og omsetningsstedene opprettholdes. Det skal være rom for å videreutvikle alle virksomme tiltak som bidrar til at personer med rusproblemer får hjelp som alternativ til bruk av illegale rusmidler. Vi skal akseptere og hjelpe det enkelte menneske, men ikke åpenlys bruk av illegale rusmidler. Hvorvidt sprøyterom vil være et aktuelt virkemiddel, må avgjøres lokalt. Valg av virkemidler må vurderes innenfor en samlet tilnærming i arbeidet med å redusere rusproblemene, men der hensynet til å sikre den enkelte et tilgjengelig og godt helse- og omsorgstilbud må veie tyngst.

### 7.3.7 Heroin i behandling

Det har vært en særlig utfordring for omsorgs- og behandlingstjenestene å gi tilbud til de mest hjelpetrengende rusavhengige. I den sammenheng har det vært diskutert om medisinsk forskrivning av heroin kan være et aktuelt tiltak for opiatavhengige med omfattende hjelpebehov. Syv land i Europa har tatt i bruk heroin som substitusjonsmedisin i behandlingen av tungt belastede opioiddavhengige: Belgia, Danmark, Nederland, Spania, Storbritannia, Sveits og Tyskland. På verdensbasis mottar om lag 3000 personer denne formen for substitusjonsbehandling, om lag halvparten er i Sveits.

Stoltenbergutvalget fikk i oppdrag å komme med forslag til tiltak overfor de mest hjelpetrengende, og vurdere om heroinstøttet behandling kunne være en del av tilbudet. Uvalget var delt i synet på et prøveprosjekt som åpner for at heroin inkluderes i LAR. Av utvalgets ni medlemmer, var det et knapt flertall på fem som støttet et slikt forslag. Alle utvalgets medlemmer mente at Norge burde styrke behandlingstilbudet til de tungt narkotikaavhengige gjennom optimalisert legemiddellassistert behandling og bedre oppfølging både i og utenfor LAR. Alle medlemmene understreket at rusbehandling krever en samlet tverrfaglig innsats med helhetlig behandling og tett og langsiktig individuell oppfølging.

Flertallet i utvalget som gikk inn for et tidsbegrenset forsøksprosjekt med heroin, vurderte forskningsmaterialet og erfaringene fra andre land, som interessante. De mente det var behov for et bedre kunnskapsgrunnlag, relatert til norske forhold, før man kunne ta endelig beslutning om å åpne for bruk av heroin i LAR. Flertallet foreslo at det åpnes for et tidsbegrenset forsøks-

prosjekt, der behandling med heroin inkluderes i LAR.

Mindretallet i utvalget la vekt på at tungt opiatavhengige ikke trenger et nytt medikament i tillegg til de tilgjengelige, men tettere oppfølging i et bedre utbygd støtteapparat. De understreket at oppmerksomheten må rettes mot denne helt nødvendige utbyggingen, og at det må investeres i samhandling mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og politiet.

I høringen uttalte 75 instanser seg om heroin i behandling. Av disse var det 14 som støttet flertallets forslag og 61 som var imot. Det var seks bruker-, pårørende- og interesseorganisasjoner som var for forslaget og seks var imot.

Stortinget vedtok 16. juni 2009 (anmodningsvedtak) å be regjeringen arrangere en konsensuskonferanse, der representanter fra fagmiljøer og brukerorganisasjoner drøfter faglige, etiske og prioriteringsmessige sider ved forslaget om å tilby heroinassistert behandling for rusavhengige i Norge. Norges Forskningsråd arrangerte konsensuskonferansen 21. juni 2011.

Som ledd i dette oppdraget ba Norges Forskningsråd Kunnskapscenteret om en kunnskapsoversikt om effekt av heroinassistert behandling og å oppsummere forskning som belyser langtidsvirkninger og behandlingssopplegg.<sup>15</sup> Det var 22 observasjonsstudier som ble inkludert. De fleste sammenliknet resultatene for en pasientgruppe som fikk heroin med en gruppe pasienter som fikk behandling med metadon eller subutex. Heroinassistert behandling var gitt til pasienter med langvarig, kronisk heroinavhengighet som ikke hadde tilfredsstillende nytte av behandlingstilbud med eller uten metadon. Rammen rundt opplegget varierer fra land til land, men utdelingen av heroin er oftest nøye regulert og brukes sammen med metadon. Både de som fikk heroin og metadon, og de som bare fikk metadon ble tilbudt psykologisk og/eller psykososial behandling.

Kunnskapsoversikten viser en bedring i retensjon for pasienter i heroinassistert behandling, det vil si at pasientene i stor grad forblir i behandling. Videre reduseres bruk av heroin og andre illegale rusmidler mer for pasienter i heroinassistert behandling enn for pasienter som mottok metadon. Livskvalitet og sosial fungering er mangelfullt dokumentert, men det ser ut til at det går litt bedre med pasienter i heroinassistert behandling.

<sup>15</sup> Kunnskapscenteret (2011): *Forskningsdokumentasjonen for heroinassistert behandling til personer med kronisk heroinavhengighet*.

Studiene viser at alvorlige uønskede hendelser, som overdoser, forekommer oftere blant de som får heroin sammenliknet med de som får metadon. Det er ingen signifikant forskjell mellom metadon og heroin når det gjelder dødelighet. Samlet viser studiene at de positive resultatene man får av heroin i behandling, vedvarer over tid. Kunnskapssenteret understreker at resultatene må tolkes med forsiktighet.

Etter konsensuskonferansen oversendte Norges Forskningsråd en konsensusrapport utarbeidet av et bredt panel som konkluderte med at det ikke er et godt nok grunnlag for å innføre heroinassistert behandling i Norge.<sup>16</sup> Panelet finner at kunnskapsgrunnlaget er svakt. Store deler av den gruppen som omtales som ønsket målgruppe for et tilbud om heroinassistert behandling, er ikke inkludert i de internasjonale studiene. Ifølge panelet vet man derfor lite om i hvilken grad denne gruppen ville kunne ha nytte av et slikt tilbud. Panelet vurderte effektene av heroinassistert behandling å være bare beskjedent bedre enn effektene av annen substitusjonsbehandling. De peker også på at det er et stort frafall i løpet av få år av behandlingen.

Rusmiddelpolitikken bygger på et bredt spekter av virkemidler, og tiltakene til rusavhengige må tilpasses den enkeltes sammensatte behov. Fagpanelets vurdering og konklusjon veier tungt. Det at majoriteten av høringsuttalelsene til Stoltenbergutvalgets rapport var negative til et prøveprosjekt har også stor betydning. Samtidig er det positive erfaringer fra land med heroinassistert behandling, noe også Kunnskapssenterets oppsummering viser til. Etter en samlet vurdering har regjeringen ikke funnet at det er et godt nok grunnlag for å innføre en prøveordning på det nåværende tidspunkt. Ettersom heroinassistert behandling er etablert i begrenset grad i noen land, vil det være viktig å følge med på utviklingen internasjonalt. Den gruppen rusavhengige som kunne være aktuell for et prøveprosjekt, skal sikres forsvarlige og helhetlige tjenester på lik linje med øvrige rusavhengige.

#### Regjeringen vil:

- Redusere problemene med åpne russcener lokalt gjennom nasjonale anbefalinger
- Videreføre tilbud om helsehjelp til personer med rusproblemer, som alternativ til tradisjonell straff

- Redusere antall overdosedødsfall gjennom godt forebyggende arbeid, kompetanseutvikling og en trygg ambulanse- og legevakstjeneste. Arbeidet skal forankres i en egen nasjonal femårig strategi mot overdosedødsfall
- Videreføre skadereduserende tiltak som lavterskel helsetilbud for rusavhengige
- Sikre at sprøytebrukere tilbys hiv-test ved avrusning og i behandlingsinstitusjon
- Styrke integrasjon og samhandling mellom infeksjonsmedisinsk behandling og tjenester for personer med psykiske helse- og rusproblemer
- Øke bevisstheten om koblingen mellom høyt forbruk av rusmidler og risiko for hivsmitte i grupper med høy prevalens av hiv
- Stimulere til et tilgjengelig og helhetlig hjelpetilbud slik at den enkelte fanges opp, gis mulighet for videre behandling og oppfølging. Reduksjon av helseproblemer, overdoser og overdosedødsfall skal være et sentralt mål for det samlede tilbudet
- Ikke innføre en prøveordning med heroinassistert behandling på det nåværende tidspunkt, men følge nøye med på utviklingen internasjonalt.

#### 7.4 Om tilbakehold og tvang

Bruk av tvang er en av de vanskeligste etiske og faglige utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Retten til å ta egne valg er en sentral verdi i samfunnet vårt. I norsk helse- og omsorgslovgivning kommer dette til uttrykk i pasient- og brukerrettighetslovens regler om samtykke. Hovedregelen er gitt i lovens § 4-1 der det fremgår at helsehjelp bare kan gis på grunnlag av pasientens samtykke, med mindre det foreligger lov hjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Kravet om samtykke understreker respekten for pasientens integritet og menneskeverd. Samtidig er det bred enighet om at pasientens motivasjon og vilje fremmer tillit til og samarbeid med helsepersonellet. Dette er ofte viktige forutsetninger for bedring og positive behandlingsopplevelser.

I noen situasjoner kan det likevel oppstå konflikt mellom individets selvbestemmelsesrett og samfunnets ansvar for å yte nødvendig omsorg, hjelp og beskyttelse. Dette kan være tilfelle der personen er i en tilstand som gjør at vedkommende ikke klarer å ivareta egne behov og interesser, eller i tilfeller der selvbestemmelsesretten utøves på en måte som innskrenker andres frihet.

<sup>16</sup> Forskningsrådet (2011): *Heroinassistert behandling. Rapport fra konsensuskonferansen 21. juni 2011*

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (tidligere sosialtjenesteloven kapittel 6) gir hjemmel for å iverksette tiltak overfor personer med rusavhengighet uten deres samtykke, dersom bestemte vilkår er oppfylt. Frivillighet skal alltid ha vært forsøkt eller vurdert som utilstrekkelig, før en vurderer bruk av tvang. Noen ganger kan en for eksempel unngå eller begrense tvangsbruk ved hjelp av mer hensiktsmessig organisering, tilgjengelighet til relevante tjenester og kompetanse hos tjenesteyter.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kan det treffes vedtak om tvangsinnleggelse i institusjon inntil tre måneder for mennesker med rusavhengighet som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende rusmiddelbruk. Hensikten er undersøkelse og tilrettelegging av behandling, men reglene gir ikke hjemmel for tvangsbehandling.

Loven inneholder også en egen bestemmelse om tilbakeholdelse av gravide rusavhengige. Etter bestemmelsen kan det treffes vedtak om tvangsinnleggelse overfor gravide rusavhengige, og at kvinnen skal holdes tilbake der i hele svangerskapet, dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Formålet er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade.

Ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelbruk, har kommunen plikt til nærmere undersøkelse og vurdere om det skal fremmes sak. Bestemmelsen er innført for å styrke de pårørendes stilling. Pårørende har krav på å få tilbakemelding om utfallet, men de er ikke parter i saken og har ikke klagerett.

Innleggelse skal skje i institusjon utpekt av regionalt helseforetak. Ved frivillig innleggelse kan institusjonen sette som vilkår at pasienten skal kunne holdes tilbake der i opptil tre uker, såkalt «avtalt tvang». Hensikten med en slik avtale er å sikre videre behandling dersom den rusavhengige ikke lenger er motivert for nødvendig behandling.

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven er det gitt forskrift om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg og behandling av rusavhengige. Forskriften gir blant annet regler om kontroll av post, kroppsvitasjon, ransaking av rom eller eiendeler og beslaglegging av rusmidler.

Ansvar for å reise sak om tvangsinnleggelse har den kommunen der den rusavhengige oppholder seg. Vedtak treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker etter saksbehandlingsre-

glene i barnevernloven kapittel 7. Fylkesnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter de særskilte rettergangsreglene i tvisteloven kapittel 36. Kommunen kan fatte midlertidig vedtak om tvangsinnleggelse ved behov for det (hastevedtak).

#### *Forholdet mellom psykiske lidelser og rusproblemer*

Personer med rusavhengighet kan i tillegg ha alvorlige psykiske og somatiske lidelser. De regionale helseforetakene skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling, også skal vurderes for behovet for andre tjenester i spesialisthelsetjenesten. En del personer med rusavhengighet innlegges også etter tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven. For andre vil en alvorlig psykisk lidelse medføre økt risiko for rusproblemer.

Noen pasienter, som er uten psykose så lenge de er rusfrie, utvikler psykose under påvirkning av rusmidler, herunder cannabis, alkohol, sentralstimulerende midler og hallusinogener. Noen kan også bli psykotiske i forbindelse med abstinensreaksjoner etter bruk av opioider, bensodiazepiner eller alkohol. Personer med rusutløst psykose kan underlegges tvungent psykisk helsevern, eventuelt tvungen observasjon, i henhold til lov om psykisk helsevern. Etter at den rusutløste psykosen er borte, vil personen ofte ikke fylle vilkårene for tvang etter psykisk helsevernloven. Dette medfører vanligvis at pasienten skrives ut. Dette innebærer for noen en runddans med relativt kortvarige, men sterkt destabiliserende, rusutløste psykoser og mange korte innleggelser i akuttavdelinger. Enkelte får etter hvert en schizofrenidiagnose. Noen utvikler utagerende og normbrytende atferd under ruspåvirkning og har økt risiko for vold.

I evalueringen av tvang overfor rusavhengige vises det til at det er en entydig oppfatning i spesialisthelsetjenesten at det foreligger betydelige svakheter ved tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnose, og at samarbeidet mellom rus og psykiatri ikke er godt nok utviklet i noen av regionene.

#### **7.4.1 Evaluering av reglene om tvang overfor rusavhengige**

Bestemmelsene om tilbakehold og tvang er evaluert for å belyse erfaringer med og praktiseringen av reglene. Evalueringen gjennomført av Uni Rokkansenteret<sup>17</sup>, viser at tvangsreglene benyttes i begrenset omfang. Samtidig har det vært en jevn økning de senere årene. Et hovedfunn er betyde-

lige variasjoner i rettsanvendelsen mellom ulike kommuner, NAV-kontor og sosialarbeidere. Disse variasjonene kan bare til en viss grad forklares ved at noen kommuner og bydeler har en større andel personer med rusproblemer enn andre. En viktigere forklaring ser ut til å være spesialisering av tvangsvedtak ved noen kontorer, ulike holdninger og kunnskap hos den enkelte sosialarbeider, tilgang på tvangsplasser i regionene, og sosialarbeidernes vurdering av kvaliteten på plassene.

Et annet viktig funn er at måten tvangsinnleggelsen gjennomføres på og hvordan den enkelte blir behandlet i de ulike delene av prosessen, har stor betydning for opplevelsen og resultatene av tvang. Tvang kan bidra til en rekke konstruktive brudd i livet til en rusavhengig. For mange fører imidlertid tvangen til liten eller ingen endring og representerer først og fremst destruktive brudd.

Evalueringen avdekker at de tvangsinnlagte i liten grad tilbys et strukturert oppfølgingstilbud. Strukturert oppfølging bedrer resultatene av tvang. Velfungerende ansvarsgrupper og bruk av individuell plan gir gode resultater. Tilrettelegging av tvangstilbudet i spesialisthelsetjenesten er administrert og organisert forskjellig i regionene.

Som en del av evalueringen er det gjennomført en undersøkelse av fire institusjoner som tilbyr tvangsplasser. Den viser at samarbeidet mellom institusjon og sosialtjeneste før tvangsinnleggelse er svært viktig, men at det ikke alltid fungerer godt. Institusjoner med høyt sikkerhetsnivå skaper dårligere forutsetninger for relasjonsbygging, øker risiko for rømming og tilbyr mindre aktivitet og behandlingstiltak. Brukerne etterlyser et større innhold i institusjonenes tilbud og individuell tilrettelegging. Her er det til dels store variasjoner, med mindre aktiviteter og behandling i de mer lukkede tvangsregimene. Noen som ønsker tilbud om videre behandling etter oppholdet, får ikke det. Det er problematisk fordi noe av intensjonen da blir borte.

Utskrivelse før tiden forekommer blant annet fordi bruker kommer med alvorlige trusler. Kommunen opplever dette som svært problematisk fordi de blir informert kort tid i forveien. Dermed får de ikke tid til å få andre tiltak på plass. Rapporten peker også på at det er manglende dokumentasjon fra institusjonene på utskrivning før tiden og at dette er brudd på god forvaltningskikk. Mulighetene for å fortsette frivillig behandling ved

samme institusjon trekkes frem som positivt, men her finnes det lite forskning og dokumentasjon.

«Avtalt tvang» brukes i beskjeden grad, og det er lite forskning og dokumentasjon som sier noe om resultatene. De fleste får videre oppfølging av kommunene/NAV-kontorene og om lag halvparten går videre i frivillig behandling.

En gjennomgang av alle vedtak i fylkesnemndene viser at kvinner i større grad enn menn blir tvangsinnlagt, dette til tross for at det ikke er gjort funn som tilsier at de nyttiggjør seg tvang bedre enn menn. De fleste som innlegges på tvang har et narkotikarelatert misbruk. Alkoholdominert misbruk er sterkt underrepresentert. Evalueringen viser at det ikke først og fremst er de eldste med lengst misbrukskarriere som legges inn på tvang.

Gjennomgangen av tvangsbruk overfor rusavhengige i Norge viser at det er spredt og liten forskning på området. Rusmiddelforskningsprogrammet i Norges Forskningsråd har få studier knyttet til tvang og ingen knyttet til gravide på tvang.<sup>18</sup>

Ulike deler av evalueringen viser at det på enkelte punkter kan være behov for en revisjon av reglene om tvang overfor rusavhengige. Det er vist til at flere av vilkårene i bestemmelsene kunne vært klarere utformet. Bestemmelsen om «avtalt tvang» i § 10-4 fremheves for eksempel som en bestemmelse der ordlyden er vanskelig å forstå.

Videre fremheves det som svakheter ved reglene at terskelen for tvangsinnleggelse etter § 10-3 («fare» for egen helse) er lav i forhold til annet regelverk det er naturlig å sammenlikne med, og at bestemmelsen mangler en uttrykkelig formålsbestemmelse.

Et vilkår for tvangsinnleggelse av gravide er at fylkesnemnda finner det «overveiende sannsynlig» at barnet blir født med skader som følge av mors rusmiddelbruk under svangerskapet. Rapporten stiller spørsmål ved om ikke hensynet til fosteret tilsier at også mindre sannsynlige, men alvorlige helseskader, kan gi grunnlag for intervensjon, det vil si at beviskravet i loven senkes.

Det er godt kjent at misbruk av rusmidler under svangerskap utsetter det ufødte barn for fare for å bli født med betydelige skader. Evalueringen viser til at et grunnleggende problem er å få kvinnen avholdende fra rusmiddelbruk så tidlig som mulig i svangerskapet, fordi organutviklingen starter allerede i de første svangerskapsukene.

<sup>17</sup> UniRokkansenteret (2010): *Tvang overfor rusmiddelavhengige, Evaluering av Lov om sosialtjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3.*

<sup>18</sup> Forskningsrådet (2011): *Kunnskapsoppsummering: Program for rusmiddelforskning*



Rapporten etterlyser også en revisjon av forskrift om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg og behandling av rusavhengige, og hjemlene for denne.

#### **7.4.2 Riktigere og mer ensartet bruk av tilbakehold og tvang**

Tilgjengelighet til tjenestene er avgjørende for å unngå, eller oppnå minst mulig, bruk av tvang. Dette er nærmere omtalt i kapittel 6.

I evalueringen er det pekt på behov for en revisjon av reglene om tvang overfor rusavhengige. Departementet har merket seg den vedvarende høye forekomsten av midlertidige vedtak (hastevedtak), noe som påpekes i evalueringen. Det er viktig å holde fast ved at man primært skal følge de reglene som gir størst rettssikkerhet, det vil si at vedtak skal treffes av fylkesnemnda etter de særskilte reglene i barnevernloven kapittel 7. Det er utfordrende å utforme en lovtekst som er bedre tilpasset dagens praksis, uten at man mister dagens prinsipielle oppbygning med fylkesnemnda som den primære rettssikkerhetsgarantien.

Det er viktig å sikre intervensjon overfor gravide rusavhengige så tidlig som mulig. En lovendring i retning av evalueringens forslag, innebærer kompliserte vurderinger, både når det gjelder den egentlige betydningen av en slik endring i beviskravet og når det gjelder avveiningen mellom hensynet til barnet og kvinnens rettssikkerhet. Det er også viktig at kommunen kommer i kontakt og dialog med de gravide rusavhengige slik at kommunen har mulighet for å intervenere. Utviklingen vil bli fulgt nøye. I første omgang bør det settes i verk andre tiltak enn regelendringer. Disse omtales nærmere i det følgende.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide et rundskriv om bruk av tvang overfor rusavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det er ønskelig å se på muligheten for å gjøre bestemmelsen om tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke lettere å forstå, og presisere bruk av midlertidige vedtak. Å sikre en raskere intervensjon overfor gravide rusavhengige vil også bli presisert.

Helsedirektoratet vil oppdatere handlingsveilederen om bruk av tvang overfor rusavhen-

gige. Dette er viktig for å sikre riktigere bruk av tvangstiltak overfor personer med rusproblemer. Samtidig er det viktig at institusjonene har rutiner for å ta imot brukerne, for individuell oppfølging og utskriving og kontakt med kommunen.

Gjennomgående bør bruk av tvang omtales i retningslinjer og veiledere på rusområdet, i tillegg til opplæring og kompetansetiltak for å sikre bedre praksis. Tiltak for å bedre rapportering av bruk av tvang vil også bli iverksatt. Helsedirektoratet vil, med bakgrunn i evalueringen, vurdere ytterligere behov for styringsinformasjon, statistikk og dokumentasjon.

Helsedirektoratet har i samarbeid med fylkesmennene, en sentral rolle i opplæring og kompetansetiltak når det gjelder flere tvangsbestemmelser i helse- og omsorgssektoren. De vil også ha en viktig rolle i opplæring i bruk av tvangstiltak overfor rusavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Evalueringen påpeker flere ganger mangelen på forskning og systematisk dokumentasjon på feltet. Det er fortsatt behov for mer forskning knyttet til resultater av tvang. Spesielt gjelder dette gravide rusavhengige, gravide i LAR, og barn og mødre som har vært innlagt etter tvangsreglene.

Forskrift til sosialtjenesteloven kapittel 5 – om beboeres rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusavhengige – er videreført som forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven. Forskriften er ikke endret i tråd med endringer i lovgivningen i forbindelse med rusreformen eller i forbindelse med ny helse- og omsorgstjenestelov. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide forslag til nye gjennomføringsbestemmelser.

#### **Regjeringen vil:**

- Bidra til bedre praktisering av tvangsbestemmelsene og økt brukermedvirkning gjennom rundskriv, oppdatering av handlingsveileder, opplæring og styringsinformasjon
- Sikre mer forskning og dokumentasjon om bruk av tvang, spesielt når det gjelder gravide rusavhengige og deres barn.

# Kapittel



Figur 8.1

## 8 Kvalitetsløft rus og psykisk helse – økt kompetanse og bedre kvalitet

Nasjonal helse og omsorgsplan (2011–2015)<sup>1</sup> slår fast at styrkingen og utviklingen av kompetanse, kunnskap og kvalitet på rusfeltet skal fortsette. Dette gjelder særskilt kompetanse for behandling av rusavhengige i kommunene, og behovet for å se fagområdet rus i sammenheng med psykisk helse-feltet.

Opptappingsplanen for rusfeltet har hatt fem hovedmål med delmål og tiltak som skal bidra til å oppfylle målene. Et av disse fem hovedmålene er: *Bedre kvalitet og økt kompetanse*. Under dette hovedmålet var det følgende delmål; 1) styrke forskning og undervisning, 2) styrke kompetanse og rekruttering, 3) styrke kvaliteten i tjenestene, 4) bedre dokumentasjon og statistikk, 5) heve kvaliteten i frivillig sektor. Til sammen har det vært 34 tiltak/satsinger som har bidratt til å oppfylle målene.

Gjennom opptappingsplanen og tiltakene er mye ivarettatt. Det er imidlertid fortsatt behov for innsats. God oversikt over helseutfordringer er avgjørende for å kunne utvikle forbyggende tiltak og tilby de tjenestene brukeren/pasienten har behov for. Bruker- og pasientmedvirkning og erfaringer er spesielt viktig på rus- og psykisk helse-feltet. Den enkelte skal oppleve mestring i hverdagen. Tilsynsrapporter og evalueringer viser at oversikten i kommunene er mangelfull og at rapporteringen innen tverrfaglig spesialisert behandling er i en oppstartsfase. Det er behov for å utvikle kvalitetsindikatorer for feltet, samt fremskaffe mer kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i befolkningen. En fortsatt innsats på kompetanse, forskning og utvikling på rusavhengighet og psykisk helse er nødvendig. Det er etablert flere kompetansemiljøer som bidrar til kunnskapsstøtte, men det er behov for å videreutvikle disse. Videre er implementering av faglige retningslinjer og veiledere et område hvor det er behov for en fortsatt innsats.

Regjeringens *kvalitetsløft rus og psykisk helse* baseres på en kunnskaps- og erfaringsbasert innsats der statlig, kommunal og frivillig innsats er koordinert, og støtter målet om å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader.

Det er behov for tre innsatsområder for å styrke og videreutvikle kunnskap, bidra til økt kompetanse og bedre kvalitet:

1. Kompetanseplan rus og psykisk helse
2. Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling
3. Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte

### 8.1 Kompetanseplan rus og psykisk helse

Gjennom opptappingsplanen er det iverksatt en rekke tiltak for å bedre kompetansen på rusfeltet gjennom ulike typer utdanninger. Flere tiltak har bidratt til å styrke kompetanse, rekruttering og ledelse.

Regjeringen vil gjennom *Kompetanseplan rus og psykisk helse* bidra til å sikre nødvendig fagkompetanse i tjenestene som tilbys rusavhengige og personer med psykiske lidelser. Den skal videreføre og videreutvikle kompetansetiltak som er gjennomført gjennom opptappingsplanene for rusfeltet og psykisk helse. Kompetanseplan rus og psykisk helse er bygget opp etter modell av Kompetanseløftet 2015. På sikt vil det bli vurdert om de to kompetanseplanene skal samordnes. Kompetanseplan rus og psykisk helse legger vekt på rekruttering og kvalifisering av personell, ledelse og videre- og etterutdanningstilbud. Videre vil det bli etablert en legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

#### 8.1.1 Rekruttering og kvalifisering av personell

Personellet er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene.

<sup>1</sup> Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*

Utvikling og omstilling i sektoren er helt avhengig av økt kompetanse, rekruttering og god ledelse.

Personell- og kompetanseprofilen i helse- og omsorgstjenestene, også tjenestene til personer med rusproblemer, må utvikles i tråd med målene i samhandlingsreformen. Utdanningene må i større grad vektlegge forløpstenkning, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, samtidige rusproblemer og psykiske problemer, barn med rusavhengige foreldre, tidlig innsats og annen forebygging. Det er fortsatt behov for å videreføre og styrke den langsiktige innsatsen for å øke kompetansen i kommunene, fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen har gjennom Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*, lagt fram en strategi for å kunne møte utfordringene i samhandlingsreformen og andre reformer i helse- og velferdstjenestene. Nye reformer krever ny kunnskap hos personellet. Stortingsmeldingen omhandler tiltak for å styrke utdanning og forskning på det helse- og sosialfaglige området, med utgangspunkt i befolkningens behov for helse- og velferdstjenester. Målet er at utdanningene skal svare bedre på framtidens kompetansebehov. Dette vil være viktig bidrag i gjennomføringen av samhandlingsreformen. Godt samspill mellom forskning, utdanning og arbeidsliv er avgjørende for kvalitetsutvikling av utdanningene og yrkesutøvelsen. Det er et mål å utdanne personell med kompetanse til å gi pasienter trygge, helhetlige og kvalitativt gode tjenester. Videre skal personellet forstå sammenhengene mellom påvirkningsfaktorer og helse og velferd samt få økt kunnskap om rus og psykisk helse. I oppfølgingen av meldingen vil hver enkelt grunnutdanning gjennomgå for å kunne stille generelle og mer spesifikke krav til kompetanse. Helse- og omsorgssektoren blir sentral bidragsyter i dette arbeidet.

Et av tiltakene i opptrappingsplanen har vært å styrke praksiskonsulentordningen i tverrfaglig spesialisert behandling for fastleger. Praksiskonsulentordningen er et nettverk av fastleger, som fungerer i små konsulentstillinger i sykehusavdelinger (10–20 prosent stillingsstørrelse), med oppgaven å bedre samhandling mellom fastleger og sykehus/helseforetak. Dette er en godt utprøvd metode for å engasjerer leger til felles innsats for å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første- og andrelinjen.

Rusrådgivere hos fylkesmennene har bidratt til å iverksette opptrappingsplanen i kommunene og til å videreutvikle det kommunale rusarbeidet.

### Boks 8.1 Kommunale møteplasser

Fylkesmennene i Oppland, Hedmark, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) og Husbanken Midt-Norge har i flere år arrangert nettverksamlinger for kommuner som har fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, til tiltak for personer med rusproblemer og boligsosialt arbeid. Dette er en viktig møteplass for kommunene, og deltakelsen øker fra år til år.

De har også hatt viktige oppgaver knyttet til å innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene og tilby opplæring i internkontroll.

Ideelle og private organisasjoner har en viktig rolle når det gjelder forebygging, behandling og omsorg. Det er behov for å styrke samarbeidet mellom det offentlige tjenesteapparatet og disse organisasjonene, for å øke kvaliteten på tjenestene.

Som et ledd i rekruttering av psykologer i kommunene er det etablert en tilskuddsordning. Kommuner kan gjennom ordningen motta et treårig tilskudd for ansettelse av psykolog.

Som en oppfølging av evalueringen av tvang overfor rusavhengige, iverksettes kompetansetiltak for en mer enhetlig og riktig bruk av tvang i tjenestene, jf. omtale i kapittel 7.4.

### 8.1.2 Ledelse

Det er viktig å legge til rette for god ledelse, godt arbeidsmiljø og ledelsesutvikling. Ledelsen i tjenestene har ansvar for å videreutvikle kompetansen, samtidig som ny kunnskap utvikles og tas i bruk. Målet er å utvikle gode fagmiljø og bidra til å styrke den enkelte ansattes faglige utvikling. Ledelsen må bidra til at ansatte får tilgang på gode lærings- og utviklingsarenaer, slik som faglig veiledning, kollegial refleksjon, hospitering, praksiskonsulent mv.

*Flink med folk i første rekke* er et samarbeidsprosjekt mellom nasjonale myndigheter, KS og kommunene om et ledelsesutviklingsprogram. Et av målene har vært å bidra til styrket kompetanse på tverrfaglig ledelse innen psykisk helse og rus. Det vil bli etablert et samarbeid med KS om et nytt samhandlingsprosjekt innen rus og psykisk helse i 2012.

### Boks 8.2 Videreutdanning i Motiverende Intervju

I Nord-Trøndelag har Fylkesmannen i samarbeid med Høgskolen satt i gang videreutdanning i *Motiverende Intervju*. Ved Høgskolen i Buskerud ble det i 2007 satt i gang et nytt studietilbud for å øke den tverrfaglige og tverretatlige samarbeids- og samhandlingskompetansen til ansatte som arbeider med psykisk helse og rusrelaterte problemer. Tilbudet ble utviklet i samarbeid med Fylkesmannen i Buskerud.

#### 8.1.3 Videre- og etterutdanning

Det er behov for mer kunnskap om rusproblematikk hos dem som arbeider i rusfeltet, og flere har fått mulighet til utdanning og videreutdanning. Rekruttering av personer med riktig fagkunnskap er en langsiktig satsing. Opptappingsplanene i rus og psykisk helse har hatt flere videre- og etterutdanningstilbud. Det er bevilget tilskudd til videre- og etterutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell samt ansatte i kriminalomsorgen og i politiet. Det er videre gitt tilskudd til tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge for høgskoleutdannet personell. Kurstilbudet er styrket for leger og psykologer ved Senter for rus og avhengighetsforskning.

#### 8.1.4 Etablere legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Den medisinskfaglige kompetansen på rusfeltet må styrkes, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det meldes om rekrutteringsproblemer og stor gjennomtrekk i eksisterende legestillinger i tverrfaglig spesialisert behandling. Styrking av kompetansen vil kunne bidra til å sikre rekruttering til legestillingene.

Rusreformen og etablering av tverrfaglig spesialisert behandling tydeliggjorde behovet for å styrke den medisinskfaglige kompetansen. Særlig er det pekt på behovet for å styrke legers kompetanse i rettighetsvurderinger, akuttbehandling, avrusning, diagnostisering og behandling. Det er også behov for styrket kompetanse i andre deler av spesialisthelsetjenesten som psykisk helsevern, akuttmedisinske tjenester og indremedisin samt i kommunehelsetjenesten. De fleste leger

spesialiserer seg, og de søker seg over i utdanningsstillinger som fører fram til en spesialitet.

Regjeringen vil opprette en egen legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. En egen medisinsk spesialitet vil kunne virke rekrutterende og stimulere til mer forskning på rusfeltet. Den nye spesialiteten skal knyttes tett opp mot spesialiteten i psykiatri og innrettes slik at den imøtekommer målene i samhandlingsreformen og rusavhengiges sammensatte sykdommer.

Departementet vil se på om deler av utdanningen i psykiatri og rus- og avhengighetsmedisin bør være overlappende. Mange av legene som arbeider i tverrfaglig spesialisert behandling er spesialister i allmenntilleggsmedisin. Spesialister i rus- og avhengighetsmedisin skal ivareta samarbeidet mellom kommune- og spesialistnivå og dermed bidra til at kompetansen i kommunehelsetjenesten styrkes ytterligere. Etablering av en spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin skal ses i sammenheng med den pågående gjennomgangen av legenes spesialitetsstruktur og innholdet i spesialistutdanningene.

## 8.2 Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling

I planlegging, organisering og drift av helse- og omsorgstjenestene er det behov for informasjon og dokumentasjon om problemomfang, kvalitet, årsaker, ressursinnsats, innhold og resultater. Tilsvarende gjelder for forebyggende tiltak.

Gjennom opptappingsplanen for rusfeltet er det satt i gang tiltak for å få bedre dokumentasjon og styringsinformasjon. Det er imidlertid behov for fortsatt innsats på området statistikk, styringsdata og kvalitetsindikatorer. Spesielt er det påpekt at oversikten i kommunene er mangelfull.<sup>2</sup>

### 8.2.1 Fremskaffe data på rusmiddelområdet til folkehelsearbeid

Regjeringen vil forsterke innsatsen for folkehelsen.<sup>3</sup> Folkehelsearbeid handler om å skape og fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale

<sup>2</sup> Rambøll Management: (2010): *Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid – sluttrapport*. Rambøll Management, mars 2010, Helsetilsynet (2007): *Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere: Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004–2006*

<sup>3</sup> Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*

og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Med folkehelseloven har kommunene fått ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen og faktorer som påvirker denne. De skal også definere folkehelseutfordringer og sette inn tiltak. Dette gjelder også rus. Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) har gjort opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig. Dataene danner grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter. Folkehelseprofilene som ble lagt ut i januar 2012, har ikke tall og informasjon knyttet til rusmiddelbruk, men det er et mål at slik informasjon skal inn i profilene. Kommunene kan finne relevant informasjon andre steder, for eksempel i SIRUS' rapporter.

Fylkeskommunene tilbyr tannhelsetjenester til rusavhengige og kan bidra med kunnskap om helsetilstand i befolkningen. En forskrift som regulerer kommunenes og fylkeskommunenes ansvar for å skaffe nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, trer i kraft 1. juli 2012. Det skal utarbeides en veileder til forskriften. Helsedirektoratet skal gjennomføre kurs i analyse av data om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Den nasjonale tverrsektorielle folkehelsestrategien som fremlegges i 2013, vil bidra til en bedre oversikt over bruk av rusmidler i befolkningen.

Det legges vekt på å støtte kommunene i arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Relevant informasjon kan være alkoholomsetning, alkoholkonsum og annen rusmiddelbruk blant ungdom, skader oppstått under ruspåvirkning og antall barn i familier preget av rusmiddelbruk. Det er behov for mer kunnskap om rusmiddelbruk og utfordringene. Et bidrag til økt kunnskap kan være å utvikle gode indikatorer på helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kan inngå i de kommunale folkehelseprofilene. Det er ønskelig å få en bedre oversikt over alkoholkonsumet, herunder over uregistrert omsetning av alkoholholdere, både på nasjonalt og kommunalt nivå.

I alkoholforskriften er det tatt inn bestemmelser som gir SIRUS rett til å innhente ulike typer opplysninger. Innehavere av salgs- eller skjenkebevilling har plikt til å gi opplysninger om omsetningen. Fra 1. januar 2012 har kommunene plikt til å gi opplysninger om kommunenes forvaltning av alkoholloven, herunder opplysninger om innkrevd omsetningsgebyr. Også innehaver av tillatelse til taxfree-utsalg på flyplasser har fått plikt til å rapportere sin omsetning. Opplysningene vil forenkle SIRUS' arbeid med å forbedre alkoholstatistikken, ikke minst statistikken over registrert og uregistrert forbruk.

### **Boks 8.3 Mange ruspåvirkede ved akuttmottak**

En undersøkelse av pasientene som ble innlagt for skader ved akuttmottaket på Oslo universitetssykehus, Ullevål, viser at over halvparten av de skadede under 35 år hadde brukt alkohol eller andre psykoaktive stoffer. Hos eldre kvinner ble det nesten utelukkende funnet legemidler.

I dag finnes ikke statistikk som kan generere data om rus og ulykker på befolkningsnivå. En kilde til kunnskap om rus og ulykker er Norsk pasientregister (NPR), et sentralt personidentifiserbart helseregister. Somatiske sykehus og enkelte legevakter (Oslo, Bergen og Trondheim) har plikt til å rapportere data inn til registeret, blant annet om omstendighetene rundt skader og ulykker. Per i dag inneholder ikke registeret informasjon om bruk av rusmidler i forbindelse med ulykkesskader, men det finnes muligheter for å koble data fra NPR med andre registre for å få mer kunnskap om sammenhenger mellom skader og rus i ulike befolkningsgrupper. Folkehelseinstituttet arbeider med en rapport om det samlede skadebildet i Norge, der også rusrelaterte ulykker inngår. Bedre oversikt over rusrelaterte ulykker vil gi grunnlag for en mer målrettet politikk for forebygging. Helsedirektoratet vil utarbeide veiledning til kommunene, blant annet om skadeforebygging.

### **8.2.2 Lokale og nasjonale styringsdata og kvalitetsarbeid**

God oversikt over rusmiddelsituasjonen og tjenestebehovene er avgjørende for å kunne utvikle og dimensjonere tjenestetilbudet knyttet til kapasitet, kompetanse, organisering og innretning. Brukererfaringer er viktig for uforming av tilbudet og for å kunne planlegge og dimensjonere tjenestene. Det slås fast i Nasjonal helse og omsorgsplan at det skal utvikles kvalitetsindikatorer til bruk i kontinuerlig kvalitetsarbeid.

Kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA) og individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) skal gi aggregerte individdata på kommunalt nivå om brukergrupper og ressursbruk. KOSTRA gir i dag svært lite informasjon om de ulike tjenester som ytes til personer med rusproblemer. Det arbeides i dag med flere tiltak for å bedre mulig-

hetene for rapportering om rusarbeidet i kommunene gjennom KOSTRA.

IPLOS er et nasjonalt register med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som ytes. Diagnoseopplysninger inngår som del av registerdataene der dette er relevant. Den enkelte kan reservere seg mot at diagnoseopplysninger blir sendt til registeret. Det er i dag syv prosent som reserverer seg mot innsending av diagnoseopplysninger, mens det er registrert diagnose på 23 prosent. Det er igangsatt en gjennomgang og revidering av IPLOS-forskriften og IPLOS' innholdsstandard. I denne gjennomgangen vil en vurdere tiltak som sikrer en oppdatert forståelse av virkeområdet for registeret, slik at den favner alle målgrupper best mulig.

Helsedirektoratet har utviklet et eget rapporteringssystem hvor kommunene rapporterer på bruken av de øremerkede midlene på rusområdet, jf. Rundskriv IS-8 *Kommunalt rusarbeid – rapportering på kommunenes bruk av øremerkede midler og samlet innsats i rusarbeidet 2010*. Rapporteringssystemet bidrar til å synliggjøre årsverksinnsatsen på feltet og baserer seg på anslag av årsverk brukt i alle aktuelle tjenester innen rusarbeid i kommunen. En tilsvarende oppsummering av kommunale data har vært i bruk innen psykisk helsearbeid i kommunene fra 2007 (IS-24). Erfaringene vil bli brukt i det videre arbeidet med å utvikle styringsdata og kvalitetsindikatorer.

I tillegg til data fra KOSTRA og IPLOS bør behovs- og brukerundersøkelser ligge til grunn for utvikling av tjenestetilbudet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utførte i 2009 den første pilotundersøkelsen blant pasienter som hadde hatt døgnopphold ved institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.<sup>4</sup> Formålet var å finne gode metoder for å måle pasienterfaringer. Kunnskapssenteret har i 2011 spurt pasientene om deres erfaring med døgnopphold ved institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.<sup>5</sup> Følgende områder går igjen som viktige for pasientene: God mottakelse og trygge rammer, bli tatt på alvor og respektert, tilgjengelige ansatte og meningsfulle program, og god og tett oppfølging etter utskrivning. Det er viktig at ansatte er bevisst på å skape gode relasjoner og

#### Boks 8.4 Behovskartlegging

En undersøkelse om tjenestebehov, kapasitet i tjenestene og tjenestemottakere med rusproblemer i et utvalg kommuner og bydeler, viser at bare 23 prosent av kommunene har kartlagt hvor mange som har behov for kommunale tjenester på grunn av rusproblemer. Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid viser at bare 27 prosent av kommunene hadde kartlagt rusmiddelsituasjonen i 2009.

Flere kommuner i Helse Vest benytter BrukerPlan. Dette vurderes som et egnet verktøy for å kartlegge brukere av kommunale tjenester. Resultatene brukes i planlegging og dimensjonering av tjenestene. Helsedirektoratet planlegger å tilby alle kommuner BrukerPlan jf. vedlegg 2.

I Vestfold har Fylkesmannen undersøkt situasjonen for personer med rusproblemer. Undersøkelsen har lagt vekt på ventetid og å identifisere utsatte grupper og risikosituasjoner der rusmiddelbruk er et særlig problem. Undersøkelsen er et viktig hjelpemiddel for Fylkesmannen og kommunene.

Kilde: Rambøll Management (2011): *Helsedirektoratet – rapportering på kommunalt rusarbeid 2010*

relevante aktiviteter. Det er avgjørende at pasientene ikke opplever at de blir overlatt til seg selv etter at institusjonsoppholdet er over.

Aktivitetsdata, ventetider og pasientdata fra tverrfaglig spesialisert behandling rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Rapporteringen er i en oppstartsfasen. Det er fortsatt mangler i rapporteringen og kvaliteten varierer. Målet er at behovet for og nytten av dataene i større grad synliggjøres for sektoren og for sentrale helsemyndigheter.

Gjennom NPR og analyser gjort av SAMDATA vil det være mulig å få ut informasjon om den enkelte pasients behandlingsforløp i tverrfaglig spesialisert behandling. SAMDATA har også informasjon om reinnleggelser.

Det er foreløpig ikke etablert nasjonale kvalitetsindikatorer for tverrfaglig spesialisert behandling. En rapport fra *Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling*, har forslag til kvalitetsindikatorer for tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern. Rapporten vil bli fulgt opp.

<sup>4</sup> Notat fra Kunnskapssenteret februar 2011. *Pasienters erfaringer med institusjoner innen tverrfaglig, spesialist rusbehandling. Resultater fra en pilotundersøkelse.*

<sup>5</sup> Notat fra Kunnskapssenteret april 2011. *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling?*

Helsedirektoratet har som et ledd i arbeidet med oppfølgingen av opptrappingsplanens mål om «Bedre kvalitet og kompetanse», gitt ut rapport *Kvalitet og kompetanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*.<sup>6</sup> Hensikten er å bidra til at tjenestene til personer med psykisk sykdom og rusproblemer, setter kvalitetsarbeid og kompetansebygging på dagsorden på en systematisk måte. Rapporten viser hvordan gjeldende føringer kan operasjonaliseres, hvordan tiltak på ulike nivå henger sammen og på hver sin måte bidrar til arbeid for økt kvalitet. Rapporten gir en god oversikt over tilgjengelig kunnskap på området og kan være en veiviser for tjenestene.

Regjeringen vil i løpet av 2012 legge fram en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet.

### 8.3 Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte

Helse og omsorg er prioriterte områder i regjeringens arbeid med forskning og innovasjon. Det er et mål at forskning skal ha høy kvalitet og relevans både for helse- og omsorgstjenestene og for pasientene/brukerne. Tjenester og tiltak av god kvalitet kjennetegnes av at de er virkningsfulle, trygge, sikre og samordnet, og at de preges av kontinuitet, involverer brukerne og utnytter ressurser på en god måte. Forskning, utvikling og kompetanse er viktige virkemidler for å styrke kvaliteten på forebyggings tiltak og tjenestetilbudet til rusavhengige.

Gjennom opptrappingsplan for rusfeltet har det vært en betydelig innsats for å styrke rusforskning og formidling av forskningsbasert kunnskap. Forskningsaktiviteten har vært styrket i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) gjennom rusmiddelforskningsprogrammet i Norges forskningsråd og i de regionale helseforetakene. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål driver også forskning på områder der de har nasjonalt ansvar. I tillegg er det iverksatt tiltak for å fremme forskningsinnsatsen gjennom samhandlingsreformen.

Det er behov for å videreføre satsingen på forskning om rus og avhengighet. Utdanning, forebygging, diagnostisering, behandling, oppfølging og pleie og omsorg bør bygge på best mulig forskningsbasert kunnskap.

#### 8.3.1 Videreføre og styrke forskning og utvikling innenfor rusfeltet

I Nasjonal helse- og omsorgsplan fremgår det at det er behov for å prioritere forskning innen forebygging, samhandling og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Stoltenbergutvalget har foreslått å prioritere midler til forskning om hvilke forebyggings tiltak som gir best resultater. Utvalget etterlyste kunnskap om årsakene til at noen utvikler avhengighetsproblemer og andre ikke. I høringen var det bred enighet om å prioritere midler til forskning, men uenighet om hvilken type forskning som bør prioriteres. Det ble etterlyst forsterket innsats på forskning om effekt av tiltak, herunder gode rehabiliterings tiltak og jevnlig kunnskapsoppsummeringer om effekt av forebyggende tiltak.

Både rusmiddelforskningsprogrammet, SIRUS og folkehelseprogrammet i regi av Norges forskningsråd finansierer forskning på effekt av forebyggende tiltak.

Rusmiddelforskningsprogrammet i regi av Norges forskningsråd ble etablert i 2007. Det skal bidra til å utvikle kunnskap om rusmidler med sikte på å redusere rusproblemer i samfunnet. Programmet skal bidra til sterkere akademisk forankring av rusmiddelforskningen, mer undervisning samt økt synlighet og status for rusmiddelfeltet. Programmet finansierer basal biomedisinsk forskning, behandlings- og rehabiliteringsforskning og samfunnsvitenskapelig forskning. Programmet har fem prioriterte forskningsområder: rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart, arbeidsliv og rus, tidlig intervensjon, vanedannende legemidler og cannabis. Om lag halvparten av satsingen går til oppbygging og utvikling av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo som fikk midler til oppbygging av senteret etter en nasjonal utlysning. Senteret driver klinikk nær rusmiddel forskning i tillegg til undervisning og veiledning. Senteret og programmet er evaluert. Programmet skal videreføres til 2015, og programplanen skal revideres i 2013. Det vil bli etablert et felles programstyre for rusmiddelforskningsprogrammet og programmet for psykisk helse i regi av Norges forskningsråd. Hensikten er å se rus og psykisk helse i sammenheng.

Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er forskningsfaglig selvstendige institusjoner som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. De

<sup>6</sup> IS – 1914 Helsedirektoratet, 2011



### Boks 8.5 Sentrale forskningsmiljø på rus og avhengighet

SIRUS bidrar til økt kunnskap om rusmidler, tobakk og avhengighet. SIRUS forsker på utbredelse, skadevirkninger, behandling og forebygging med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. SIRUS skal sikre kunnskapsspredning og tilgjengelighet til forskningsresultater, statistikk og fagmateriale for viktige målgrupper.

Nasjonalt folkehelseinstitutt driver blant annet forskning på psykisk helse, rettstoksikologi, rettsmedisin og rusmidler og helseovervåking for å følge befolkningens helsetilstand. Instituttet driver farmakologisk forskning om utbredelsen av rusmidler, og utvikler nye metoder for å påvise rusmidler i spytt, hår og inneluft.

bidrar med en betydelig forskningsinnsats på feltet.

De regionale helseforetakene har økt forskningsaktiviteten på rus og psykisk helsefeltet jf. NIFU-STEP rapport. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at helsepersonell kan kombinere klinisk tjeneste med forskning. I 2011 rapporterte 16 helseforetak og private ideelle sykehus om en ressursbruk på til sammen 37 mill. kroner og 35 forskningsårsverk innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige. Dette utgjorde om lag 1,5 prosent av den samlede forskningsinnsatsen i sykehussektoren.

De fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) som er knyttet til de medisinske fakulteter ved universitetene, driver praksisnær forskning blant annet om psykisk helse og rus. Omsorgsforskningsssentrene, som mottar midler via Norges forskningsråd, har som mål å styrke praksisnær forskning i omsorgssektoren. Sentrene har bidratt med forskning om psykisk helse. SIRUS har blant annet bidratt med forskning om innvandrere og rus.

Senter for samisk helseforskning gjennomfører i 2012 en befolkningsundersøkelse i de tre nordligste fylker (SAMINOR II) som også inneholder spørsmål om rus.

I tillegg finnes Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) som også er et sentralt forskningsmiljø.

Det er behov for å styrke kunnskapen om familier med barn med født alkoholsyndrom, barn født av mødre i LAR-behandling og gravide

### Boks 8.6 Høgskole- og universitetssosialkontor – prosjektet

Et av tiltakene i opptrappingsplanen for rusfeltet var Høgskole- og universitetssosialkontorprosjektet (HUSK). Målet med prosjektet var å styrke kompetanse og kvalitet i sosialtjenesten ved å fremme samarbeid og kobling mellom forskning, utdanning, praksis og brukere, styrke praksisbasert forskning og kunnskapsbasert praksis. HUSK-forsøket har hatt stor aktivitet i perioden 2006–2011. Om lag 50 prosjekter ble iverksatt, og flere av disse omfattet tiltak overfor rusavhengige.

på tvang. Dette er nærmere omtalt i kapittel 7. Behovet for økt kunnskap om doping er omtalt i kapittel 4.

Det tas sikte på å etablere et nytt forskningsprogram i Norges forskningsråd som vil bidra til å øke forskningsforankringen i fagmiljøene som gir helse- og sosialfaglig utdanning.<sup>7</sup> Programmet skal styrke grunnlaget for kunnskapsbasert yrkesutøvelse for den enkelte sektor og på tvers av sektorer, gjennom styrking av praksisnær forskning. Det vil bli vurdert hvordan programmet kan bygge videre på erfaringene med firepartssamarbeid, der også brukerne er involvert. Dette er utviklet gjennom Høgskole- og universitetssosialkontor prosjektet (HUSK-prosjektet).

Kommunene har gjennom helse- og omsorgstjenesteloven fått et medvirkningsansvar for forskning. Det vil bli utarbeidet en håndbok om dette. Avtalene mellom kommune og regionale helseforetak/helseforetak skal inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering, samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.

Det er verdifullt at vi har et mangfold av rusmiddelforebyggende prosjekter og tiltak i regi av ideelle og frivillige organisasjoner. Det gis årlig tilskudd til rusforebyggende arbeid til frivillige organisasjoner. Målet er å stimulere til engasjement og ruspolitisk aktivitet nasjonalt og lokalt gjennom støtte til drift, prosjekter og aktiviteter. Samtidig er det viktig å sørge for at effekten av nye prosjekter dokumenteres, og at kunnskapsbaserte tiltak formidles. Departementet vil legge til

<sup>7</sup> Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*

rette for en mer systematisk dokumentasjon og evaluering av tiltak og prosjekter på rusområdet.

### 8.3.2 Bidra til implementering av ny kunnskap i tjenestene gjennom utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

God kunnskapshåndtering bør ligge til grunn for innføring av faglige retningslinjer og utvikling av behandlingsmetoder. Pasient- og brukererfaringer bør få større plass i kunnskapsgrunnet. Nasjonale retningslinjer og veiledere gir personellet mulighet til å tilby kunnskapsbasert behandling.<sup>8</sup>

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er viktig for å sikre at ny forskningsbasert kunnskap blir brukt. Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet er det utviklet en rekke retningslinjer og veiledere. Helsedirektoratet har en viktig rolle i å bidra til implementering av kunnskap. Det er videre flere nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten og kompetansesentre utenfor de regionale helseforetakene som også bidrar til spredning av kunnskap og bistår med kunnskapsstøtte til rusfeltet.

Helsedirektoratet har utgitt nasjonale faglige retningslinjer for LAR, for gravide i LAR og retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige rus og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Retningslinjer for akutt- og abstinensbehandling, behandling for alkoholavhengige og døgnbehandling i institusjon, er under utarbeidelse. Det er utarbeidet følgende veiledere: *Fra bekymring til handling* – en veileder om tidlig intervensjon, *Pårørende – en ressurs* – en veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helse tjenester, *Individuell plan* – veileder til forskrift om individuell plan.

Helsedirektoratet skal utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggingsverktøy for kommunale tjenester. Arbeidet ses i sammenheng med tilsvarende veileder for psykisk helsearbeid i kommunene.

Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet har det vært en storstilt satsing på veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og klarleggingsverktøy. Flere av retningslinjene og veilederne følges opp eller er under evaluering. Helsedirektoratet mener at når retningslinjene som er under arbeid, er ferdigstilt, vil hele rusfeltet være dekket.<sup>9</sup> Også på forebyggingsområdet er det utarbeidet veile-

dere, for eksempel for utarbeidning av alkoholpolitiske handlingsplaner. Det arbeides videre med en veileder i kontroll etter alkoholloven, se kapittel 4.

Det er etablert rusmestringsenheter i 13 fengsler i Norge, i tillegg til Stifinner'n for kvinner i Brevdelt kvinnefengsel i Oslo, og ved Oslo fengsel. Det skal utarbeides et eget rundskriv for rusmestringsenhetene med beskrivelse av rammevilkårene for etablering og drift. I tillegg vil Helsedirektoratet i samarbeid med Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, utarbeide en faglig veileder om innholdet i rusmestringsenhetene.

### 8.3.3 Videreføre og utvikle kunnskapsstøtte

En sentral utfordring i samhandlingsreformen er å styrke kompetansen i kommunene. De regionale og nasjonale kompetansesentrene organisert i og utenfor de regionale helseforetakene, vil være en sentral del av nasjonale myndigheters satsing på å styrke kompetansen i tjenestene.

I 2011 ble det etablert et nytt styringssystem for alle nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten (nasjonale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester). Dette har som formål å bygge opp og formidle kompetanse og sørge for forskning, veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere. Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling der LAR inngår som en del av et slikt senter, og Nasjonal kompetansetjeneste for kombinerte ruslidelser og psykiske lidelser (dobbeltdiagnoser) er godkjent fra 2012.

Innenfor rusfeltet er det flere regionale og nasjonale kompetansesentre som retter seg inn mot forebygging og kompetanseutvikling i tjenestene.

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (KORUS) skal bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten med kompetanseutvikling samt fagutvikling i rusforebyggende arbeid. De bidrar med kunnskapsstøtte til tjenestene, og i samarbeid med Fylkesmannen iverksetter de ulike kompetanseutviklingstiltak og bidrar til at kommunene tar i bruk kunnskap som er basert på forskning og god praksis.

Sentrene ivaretar også forskning og utvikling innen ulike spisskompetanseområder. De har et nasjonalt ansvar på følgende spisskompetanseområder: spilleavhengighet, dobbeltdiagnose, oppsøkende sosialt arbeid blant ungdom, etniske mino-

<sup>8</sup> Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*

<sup>9</sup> Jf. vedlegg 2, Opptrappingsplanen, for rusfeltet - resultat og virkemidler

riteter og rus, gravide rusavhengige og familier med små barn, kjønn og rus og foreldrerollen i rusforebyggende arbeid, arbeidsliv og rus og rusproblemer i familier med barn, rusproblematikk knyttet til ungdom og unge voksne, med vekt på tidlig intervensjon og rusforebyggende arbeid med skolen som basisarena.

En evaluering i 2011 viser at kompetansesentrene er en viktig kompetansestøtte, spesielt for kommunene. Så vel kommunene som de øvrige samarbeidspartnere, uttrykker stor grad av tilfredshet ved virksomheten. Evalueringen peker på at forskningsinnsatsen varierer, og at den i hovedsak har vært knyttet til sentrenes spisskompetanseområder. Sentrene og Fylkesmannen har oversikt over eksisterende kompetanse og kompetansebehov i kommunene og utdanningstilbud i sin region. Det er etablert arenaer hvor kommunene og andre deler av fagfeltet møtes for å utvikle kompetanse, utveksle erfaringer og bygge nettverk.

Kompetansesentrene legger vekt på at de ulike delene av hjelpeapparatet samarbeider godt om personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer. I de fleste fylker er det etablert regionale tverrfaglige rusfora. Kompetansesentrene har også oppdrag knyttet til spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner har egne kompetanseplaner. KORUS har i samarbeid med Fylkesmannen utarbeidet slike planer for sitt geografiske område. Det er spesielt innenfor forebyggende rusarbeid at kompetansesentrene har bistått kommunene i å utvikle ruspolitiske handlingsplaner.

Organiseringen av de syv regionale kompetansesentrene rus skal videreføres. Helsedirektoratet skal gjennomgå alle kompetansesentrene som er organisert utenfor de regionale helseforetakene. Det er naturlig å se på kompetansesentrenes rolle og funksjoner i denne sammenheng. Det er et mål å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene. Kompetansesentrene vil ha en naturlig rolle i dette. Det er naturlig at noen av spisskompetanseområdene til KORUS blir en del av den nylig etablerte Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (inkludert LAR).

### Regjeringen vil:

gjennom *Kvalitetsløftet rus og psykisk helse* bidra til å styrke og videreutvikle kunnskap, økt kompetanse og bedre kvalitet. Dette skal skje innenfor tre innsatsområder:

1. Kompetanseplan rus og psykisk helse
  - Rekruttering og kvalifisering av personell
  - Ledelse
  - Videre- og etterutdanningstilbud
  - Etablere legespesialitet i rus og avhengighetsmedisin.
2. Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helsetutfordringer og behandling
  - Arbeide planmessig for å fremskaffe tilfredsstillende data på rusmiddelområdet i folkehelseprofilene, inkludert indikatorer for rusmiddelbruk og skade
  - Videreføre og styrke det langsiktige utviklingsarbeidet for å innhente kvalitativt gode lokale og nasjonale styringsdata
  - Videreutvikle kvalitetsindikatorer for rusfeltet, herunder brukerfaringsundersøkelser
3. Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte
  - Videreføre og etablere et felles programstyre for rusmiddelforskningsprogrammet og programmet for psykisk helse i regi av Norges forskningsråd
  - Styrke satsingen i regi av Norges forskningsråd på praksisrettet forskning ved høyskoler og universitet med velferdsutdanninger (jf. Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*)
  - Legge til rette for en mer systematisk dokumentasjon og evaluering av tiltak og prosjekter på rusområdet
  - Bidra til implementering av ny kunnskap i tjenestene gjennom blant annet utvikling av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere
  - Videreføre og utvikle kompetansestøtte innenfor feltet.

# Kapittel



Figur 9.1

## 9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Storingsmeldingen skisserer de hovedlinjer som regjeringen mener bør følges for rusmiddelpolitikken, for den forebyggende innsatsen og for at tjenestene til personer med rusproblemer skal være tilgjengelige, kontinuerlige og tilpasset den enkeltes individuelle behov. De økonomiske virkemidlene skal understøtte målene om økt forebygging, ønsket arbeidsfordeling, gode pasientforløp og løsninger på beste effektive omsorgsnivå.

Forslagene i meldingen stadfester regjeringens mål om at kommunesektoren i all hovedsak skal være rammefinansiert.

I *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* er det vist til at det er behov for å klargjøre oppgave- og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene, før det etableres økonomiske virkemidler for rusbehandling og psykisk helsevern.

### 9.1 Finansielle virkemidler

Samhandlingsreformen angir de politiske målene for helse- og omsorgspolitikken og er retningsgivende også for rusmiddelpolitikken. Målet er at helse- og omsorgstjenestene til personer med rusproblemer er tilgjengelige, at de er kontinuerlige og at de er tilpasset den enkeltes individuelle behov, i tråd med gjeldende regelverk og faglige retningslinjer. Regjeringens mål er at tjenestene til personer med rusproblemer skal integreres i det ordinære tjenesteapparatet og ikke som særomsorg. Tjenestene skal, så langt som mulig, utformes med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og individuelle behov, uavhengig av sosial status, personlig økonomi, bosted eller boform.

Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Videre er det etablert virkemidler som gjør det økonomisk fornuftig for spesialisthelsetjenesten og kommunene å samarbeide og sikre finansiering av nye oppgaver i kommunene.

#### 9.1.1 Tilskudd til kommunalt rusarbeid

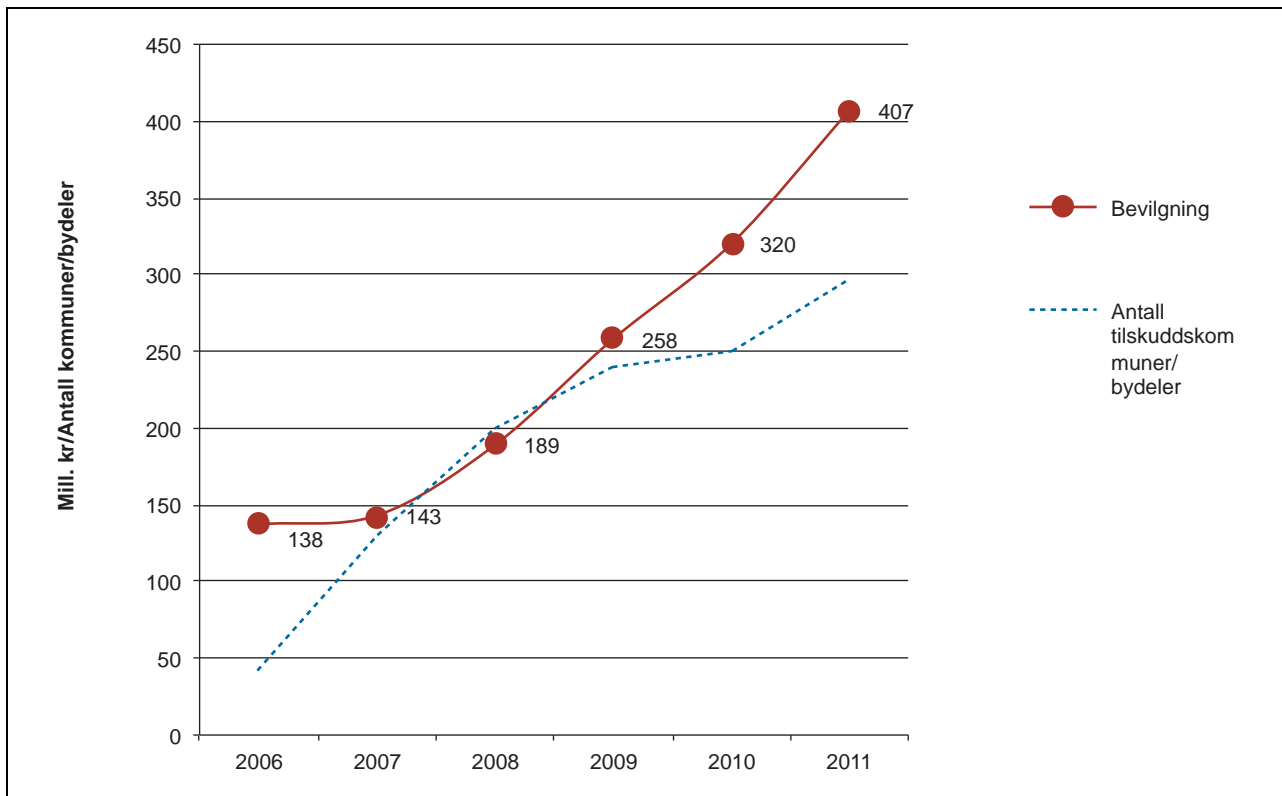
Kommunenes utgifter knyttet til rusfeltet dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren. I opptrappingsplanen for rusfeltet har tilskudd til kommunalt rusarbeid vært en av hovedsatsingene grunnet særskilte behov i kommunene. Dagens tilskuddsordning har bidratt til å styrke det kommunale rusarbeidet med om lag 590 årsverk (IS-8).

Evalueringer av tilskudd til kommunalt rusarbeid (tidligere kalt LAR, STYRK og LAV) viser at tilskuddene har nådd bredt ut og utgjør en ressursmessig styrking av den kommunale innsatsen i feltet. De har dermed bidratt til å sette kommunalt rusarbeid på dagsordenen i et økende antall kommuner.<sup>1</sup> Videre viser evalueringene at tilskuddene har utgjort en betydelig og viktig ressursmessig styrking av den kommunale innsatsen på feltet. Dette understøttes av kommunenes rapportering som viser at tilskuddsmidlene har hatt en positiv innvirkning på tilskuddskommunenes rusarbeid og at tilskudd har en tendens til å ha positiv effekt på kommunenes egeninnsats.<sup>2</sup> Gjennomsnittlig antall årsverk rettet mot personer med rusproblemer er langt høyere i kommuner som mottar tilskudd (13 årsverk), sammenlignet med kommuner uten tilskudd (2,1 årsverk). Videre viser rapporteringen at tilskuddskommunene i langt høyere grad jobber systematisk med problematikken gjennom blant annet kartlegging av brukergruppen og forekomst av rusmidler i kommunen enn kommuner som ikke mottar tilskudd.

I St.prp. nr. 67 (2006–2007) *Kommuneproposisjonen*, ble det besluttet at tilskudd til kommunalt rusarbeid skulle innlemmes i kommunenes inntektssystem fra 2011. I 2010 besluttet regjeringen å forlenge virketiden til opptrappingsplanen for rusfeltet ut 2012. Det ble besluttet å videreføre tilskudd til kommunalt rusarbeid ut opptrappingsplanens planperiode.

<sup>1</sup> Rambøll Management (2010): *Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid – sluttrapport*.

<sup>2</sup> Rambøll Management (2011): *Helsedirektoratet – Rapportering på kommunalt rusarbeid 2010*.



Figur 9.2 Utvikling i bevilgningen til kommunalt rusarbeid (2006–2011)

Kilde: Helsedirektoratet

Inntektssystemet bygger på det prinsipp at kommuner best kan avveie nytte og kostnader for de enkelte tjenester. Fordelen med overføring av midler som frie inntekter gjennom inntektssystemet, er blant annet at det gir rom for prioriterings-effektivitet. Det vil si at kommunene selv kan disponere midlene ut fra en helhetlig vurdering av hvor behovet er størst.

En satsing gjennom kommunenes frie inntekter vil stimulere til effektiv ressursutnyttelse i tråd med lokale behov. Ved å satse på frie inntekter, opprettholdes grunnprinsippet om at det er kommunene som har organisatorisk og økonomisk ansvar for helse- og omsorgstjenestene, og som skal vurdere og beslutte omfanget av tjenestene. Det er også et mål at kommunene kan se velferdsoppgavene i sammenheng, herunder integrere det kommunale rusarbeidet i det ordinære tjenesteapparatet. Ved bruk av frie inntekter settes kommunene best i stand til å løse de samlede utfordringene på tvers av kommunale tjenesteområder. Finansiering gjennom frie inntekter sikrer at pengene i større grad brukes til tjenester, og ikke bindes opp i administrasjonskostnader.

Kommunesektoren har fått et betydelig økonomisk løft under denne regjeringen. Dette har blant annet bidratt til en samlet årsverksvekst på

om lag 19 000 nye årsverk i den kommunale omsorgssektoren i perioden 2005–2010. Urevierte tall viser en vekst på nærmere 2 900 årsverk i omsorgstjenestene i 2011. En sterk og sunn kommuneøkonomi er en forutsetning for gode velferdstilbud over hele landet. Soria Moria 2-erklæringen legger til grunn at kommunesektorens frie inntekter skal styrkes betydelig i løpet av stortingsperioden slik at tilbudet innen barnevern, skole og pleie og omsorg kan bedres.

På denne bakgrunn vil regjeringen fastholde prinsippet om rammefinansiering av kommunesektoren, slik at kommunene ut fra lokale ressurser og behov kan prioritere det kommunale rusarbeidet.

Styrkingen av kommuneøkonomien følges opp med konkrete tiltak for kompetanseheving og kvalitetsutvikling, jf. kapittel 8.

Det er regjeringens oppfatning at tilskudd til kapasitetsvekst i kommunalt rusarbeid bør innlemmes i inntektssystemet. Det vil være i samsvar med kommunenes helhetlige ansvar for helse- og omsorgstjenestene og med det finansielle ansvarspinsipp.

Regjeringen foreslår å innlemme størstedelen av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid over i rammetilskuddet til kommunene fra 2013.

Samtidig ønsker regjeringen å styrke kompetansen, utvikle gode samhandlingsmodeller og styrke innsatsen mot de særskilte storbyutfordringene ytterligere. Regjeringen foreslår derfor at deler av dagens midler til kapasitetsvekst i kommunalt rusarbeid omdisponeres til kompetansetilbud (se kapittel 8), samhandlingsmodeller og økt rekruttering av kommunale psykologer (se kapittel 6).

Den konkrete innretningen på bruk av midlene vil bli lagt fram i forbindelse med statsbudsjettet for 2013.

### 9.1.2 Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnsflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Helsefremmende og helseforebyggende og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes, og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.

Økonomiske virkemidler skal understøtte målene om bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kvalitativt gode og kostnadseffektive løsninger, og sikre finansiering av nye oppgaver for kommunene. Fra 2012 ble kommunal medfinansiering og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare innført. Kommunene skal også starte arbeidet med å etablere øyeblikkelig hjelp/døgntilbud. Kommunene skal gradvis bygge opp dette tilbudet, og det tas sikte på innføring av plikten i 2016. De økonomiske virkemidlene omfatter i første omgang ikke pasienter med psykiske lidelser eller rusavhengighet.

#### *Kommunal medfinansiering*

Dagens modell med to forvaltningsnivåer og uavhengig finansiering, støtter ikke pasientenes behov for helhetlige tjenester. Med kommunal medfinansiering etableres en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får økonomisk medansvar for innbyggernes innleggelse og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik får kommunene et insentiv til å interessere seg for sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester.

#### *Utskrivningsklare pasienter og øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene*

Hensikten med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud, er å tilby pasienter behandling nærmere der de bor og å sette kommunene økonomisk i stand til å overta oppgaver som kan løses like godt eller bedre i kommunene, og på en mer kostnadseffektiv måte.

#### *Videre prosess*

Regjeringen tar sikte på en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter så snart det lar seg gjennomføre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innføring av samhandlingsreformen og kvaliteten på registreringen som må legges til grunn for oppgjørsordningen. Det er stilt krav om registrering av utskrivningsklare pasienter. Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene omhandler også rus og psykisk helse. Samarbeidsavtalene skal brukes som et aktivt virkemiddel til å styrke samhandlingen innenfor rus og psykisk helse.

Det utredes videre om plikten for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud også skal omfatte rus og psykisk helse. Gitt den store andelen av pasienter med samsykelighet, er det viktig å innføre like ordninger på områdene. Ulike ordninger kan føre til spillsituasjoner i valget mellom tjenester innen de to fagområdene.

Konkret innretning og økonomiske konsekvenser vil inngå som en del av arbeidet med statsbudsjettet.

## 9.2 Oppfølging av stortingsmeldingen

*Regjeringens rusmiddelpolitikk er helhetlig med en særlig innsats på områdene:*

- Forebygging og tidlig innsats
- Samhandling – tjenester som jobber sammen
- Økt kompetanse og bedre kvalitet
- Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall
- Innsats for pårørende og mot passiv drikking.

De rusmiddelpolitiske utfordringene må, i likhet med andre helseutfordringer, møtes gjennom et tverrsektorielt folkehelsearbeid og satsing på tidlig intervensjon og annen forebygging som virker. Eventuelle økte kostnader må ses i sammenheng med det øvrige folkehelsearbeidet. Regjeringen

vil komme tilbake til dette i forbindelse med den tverrsektorielle Nasjonal folkehelsestrategien som legges fram i 2013. Tilgjengelighetsreducerende og etterspørselsreducerende tiltak skal videreføres. Lover og forskrifter som regulerer omsetning, aldersgrenser, reklameforbud og avgifter, er effektive forebyggende virkemidler. I tillegg er det nødvendig å ta ut mer av forebyggingspotensialet i statlig og kommunalt rusarbeid. Regjeringen vil gjøre dette gjennom omprioritering innen gjeldende økonomiske rammer.

Hvilken vekst som samlet vil komme til helse- og omsorgssektoren, forutsettes avklart i de ordinære plan- og budsjettprosesser.

Bevilgningene til rusfeltet er i perioden 2006 til 2012 styrket med til sammen over 4,8 mrd. kroner. Økningen i bevilgningene til rusfeltet er på om lag 1 050 mill. kroner og videreføres i fremtidige budsjettår. En rekke forslag til tiltak i stortingsmeldingen forutsettes dekket innenfor dagens bevilgninger.

I tråd med samhandlingsreformen er meldingen basert på at det skal legges til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter kommer i kommunene. Regjeringen vil komme tilbake til eventuelle forslag om konkretisering og iverksettning av tiltak som har budsjettmessige konsekvenser, i forbindelse med de årlige budsjettforslag.

#### **Regjeringen vil:**

- Fastholde prinsippet om rammefinansiering av kommunesektoren, slik at kommunene ut fra lokale ressurser og behov kan prioritere det kommunale rusarbeidet
- Innlemme størstedelen av dagens tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammetilskuddet til kommunene fra 2013
- Ta sikte på en gradvis innføring av de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen for rusbehandling og psykisk helsevern så snart det lar seg gjennomføre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringen med innfasingen av samhandlingsreformen og kvaliteten på registreringen som må legges til grunn for oppgjørsordningen. Det er stilt krav om registrering av utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern fra 2011 og rus fra 2012. Tidspunkt for innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter avhenger av kvaliteten på registreringen
- Utrede videre om en plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud også skal omfatte rus og psykisk helsevern.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet  
22. juni 2012 om En helhetlig rusmiddelpolitikk  
blir sendt Stortinget.



**Vedlegg 1**

## Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika – oppsummering av høringsuttalelser

Det ble avgitt 137 høringsuttalelser, hvorav 123 hadde merknader til rapporten. Samlet utgjør hørings svarene over 700 sider, og det har derfor vært nødvendig å gjøre et utvalg. Oppsummeringen har lagt vekt på å få frem argumentasjon i stedet for å telle antall for og mot de enkelte forslagene.

Alle høringsvar er tilgjengelige på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmesider, under høringer.

Stoltenbergutvalget hadde som mandat: *vurdere hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp, samt vurdere om heroinstøttet behandling kan være en del av tilbudet.* Utvalget valgte imidlertid å gå utover mandatet, gjennom å inkludere blant annet forebygging. Et veivalg som støttes av et flertall av høringsinstansene.

Mange av høringsinstansene berømmer utvalgets arbeid og støtter virkelighetsbeskrivelsen som gis i rapporten, og det påpekte behovet for tilgjengelige og sammenhengende tjenester. Mange av forslagene i rapporten er imidlertid beskrevet som en del av opprettelsen av statlige mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre) – et forslag som mange høringsinstanser er kritiske til.

En rekke høringsinstanser stiller seg undrende til at utvalget har avgrenset seg til narkotika. Det pekes på at det er et gjennomgående problem at forslagene i liten grad forholder seg til de eksisterende strukturer i helse- og sosialtjenesten, og at dette ikke drøftes.

Videre er et generelt inntrykk at feltet ber om reformpause, i den forstand at det ikke er behov for nye strukturelle grep, men snarere å styrke det man vet fungerer.

### **Forslag 1 Engasjer nettsider, bloggere og nettsamfunn til et felles løft mot narkotika**

### **Forslag 2 Knytt internettmobilisering sammen med holdningsarbeid i skolen**

De fleste høringsinstanser ser forslag 1 og 2 i sammenheng, og er enige i forslagene. Skolens plass i forebyggingsarbeidet fremheves.

Flere høringsinstanser fremhever at internett som arena for forebyggende tiltak i alt for liten grad er tatt i bruk, forutsatt at informasjonen er kunnskapsbasert og gir et reelt bilde av skadevirkningene og andre konsekvenser av rusmiddelbruk. Samtidig fremheves det at dette er et krevende arbeid og ikke kan ses på som et isolert tiltak. Holdningsskapende arbeid må knyttes opp mot andre tiltak.

#### *Høringsuttalelser:*

*Flere av høringsinstansene, herunder Kriminalomsorgen region nord, støtter utvalgets forslag om en bred mobilisering på internett, slik at ungdom får faktakunnskap om skadevirkningene av narkotikabruk, og utvikler holdninger og motstandskraft i forhold til eksperimentbruk.*

*Helsedirektoratet mener at forslag 1 og 2 bør sees i sammenheng. Som løsevne tiltak er det lite dokumentasjon på at holdningsskapende arbeid alene har hatt noen effekt. Knyttet slike tiltak opp mot strukturelle og regulatoriske tiltak kan dette være fruktbart. Det elektroniske nettet som arena for forebyggende tiltak er i alt for liten grad tatt i bruk.*

*Gatejuristen mener at forebyggende arbeid er den beste måten å forhindre at barn og unge utvikler avhengighet av narkotika og alkohol. Samfunnet har en viktig jobb å gjøre når det gjelder informasjonsarbeid rundt skadevirkningene og andre konsekvenser av rusmisbruk. Dette forebyggende arbeidet må i all hovedsak gjøres i skolen. Samtidig mener vi at andre arenaer der barn og ungdom ferdes, slik som internett, må tas i bruk. Det er liten tvil om at barn og ungdom påvirkes av,*

og i stor grad er aktive brukere av, ulike medier. Gatejuristen mener derfor at informasjon om skadevirkninger av rusmisbruk og andre holdningskampanjer på internett vil være en hensiktsmessig måte å nå de unge på. Det anføres:

*Det er også nødvendig å se på begrepet forebygging i et bredere perspektiv. Forebygging handler ikke bare om å informere ungdom om farene med narkotika, det handler i vel så stor grad om at systemet som skal fange opp mennesker i risikogrupperne fungerer. Det er derfor viktig at også tiltak som skolehelsetjeneste, barnevern og NAV sees i et forebyggingsperspektiv. Gatejuristen opplever at det kan være vanskelig å nå de under 18 år som ferdes i rusmiljøet, og at et viktig forebyggingstiltak derfor vil være å styrke tilbudet til dem. For eksempel kan det gjøres i form av egne ungdomsmottak inspirert av Maria Ungdom i Sverige, og i form av tilbud om juridisk rådgivning og hjelp for unge under 18 år.*

Den rettmedisinske kommisjon er enig i å bruke nye medier sammen med holdningsarbeid for å spre faktakunnskap. Det er likevel omdiskutert om kunnskap i seg selv vil være nok. Det må ha en viss intensitet og omfang. Det hevdes at den omfattende og kostnadskrevende «Just say no»-kampanjen i USA på 1980-tallet førte til en relativt betydelig nedgang i bruk og misbruk av rusmidler. Dette tyder på at slikt arbeid kan virke. Det vil kunne ha effekt i et folkehelseperspektiv (reduksjon av forbruk) som forhåpentligvis vil kunne føre til en reduksjon i antall misbrukere og skadevirkninger av rusmidler.

Rogaland politidistrikt bemerker følgende:

*«... skritt i riktig retning. Informasjonen må avmystifisere og ta opp tema på en nøktern og saklig måte. Skolen er viktig som aktør i dette opplegget. Politiet erfarer at det er mange av de samme risikofaktorene som ligger til grunn for kriminalitet som for rusmisbruk, og at de negative konsekvensene ofte går i samme retning.*

*Stoltenbergutvalget peker på skrankene som i dag eksisterer med et for vanskelig tilgjengelig hjelpeapparat. Baserer man nettsidene på en nettportal øker man mulighetene for bedre kommunikasjon og kontakt mellom lokalmiljø, sivil og offentlig sektor.»*

Politidirektoratet slutter seg til dette.

Norsk Sykepleierforbund mener at holdningsarbeid i skolen er svært viktig. En bred internettmobilisering kan forsterke rusforebyggingen. NSF

mener at en god skolehelsetjeneste er et sentralt virkemiddel når det gjelder å fange opp barn som er i risikozonen. Nærhet og tillitsfulle mellommenneskelige relasjoner kan ikke erstattes av elektronisk samhandling. NSF mener derfor at det er av stor betydning å tydeliggjøre helsestasjoner og skolehelsetjenesten som viktige arenaer innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon er lokale lavterskel tilbud til 1.1 millioner barn, unge og deres foreldre. I ungdomsskolene og videregående skole der tjenestene er regelmessig til stede, blir den benyttet av 50 prosent av elevene til drop in konsultasjoner. Undersøkelser overfor ungdom og foresatte til barn med psykiske problemer viser i svært høy grad at helsestasjon møter dem på en positiv og ivaretagende måte. Denne tilliten representerer en mulighet til å forsterke det rusforebyggende arbeidet blant barn og unge. NSF ønsker i enda sterkere grad at det satses på å styrke helsestasjonens og skolehelsetjenestens forebyggende kompetanse i forhold til rus og psykisk helsesvikt. NSF ønsker en bred tilnærming ovenfor utsatt ungdom for å hindre at rusmiddelmisbruk utvikler seg. Stoltenberg rapporten drøfter hvilke reaksjoner som er mest hensiktsmessige når ungdom tas for bruk eller besittelse av narkotika. NSF mener at det må satses på forebyggende tiltak som er virkningsfulle. Tverrfaglige nemnder kan være et aktuelt tiltak.

Rådet for sykepleietikk mener et styrket holdningsarbeid generelt i skolehelsetjenester og sosiallæreres virksomhet hører hjemme i denne satsningen. Denne virksomheten bør styrkes fordi de har stor betydning i forhold til å fange opp barn som strever og som kan være risikoutsatt. Her bør man også fokusere på tverrfaglig samarbeid til hjem, skole evt. andre hjelpeinstanser på et tidlig stadium.

Foreningen for human narkotikapolitikk peker på at ungdom per i dag har god kunnskap om farer ved rusbruk, og en ytterligere skremselspropaganda i denne retning er unødvendig. I beste fall virker skremselspropaganda ikke. I verste fall skaper det spenning omkring rusmiddelbruk. En bred inklusjonskampanje kan eventuelt knyttes til de allerede eksisterende antimobbeprogrammene i skolen, eller la dette være en videreføring av dem.

Inklusjonskampanjen kan bli en bred nasjonal kampanje fra regjeringshold, i likhet med tidligere antimobbekampanjer. I tillegg til rustelefonen, som er et viktig tilbud, bør det være en chattetje-

neste på nett hvor ungdom kan chatte med bl.a. helsepersonell, pedagoger og sosialarbeidere.

*RIO – Rusmiddelmisbrukernes interesseorganisasjon* peker på at rapporten ikke ser på skole som en sentral del av forebyggingen. Dette gjør at hele forebyggingstankegangen blir altfor snever. Ungdom oppholder seg mange år på skolen. De barna som senere utvikler problemer som gjør at de faller på utsiden av samfunnet, og i mange tilfeller flykter ifra virkeligheten ved hjelp av rusmidler, har alle sammen startet i første klasse. RIO vil på det sterkeste anbefale en mye klarere linje i helhetstankegangen rundt forebygging. Skolen er nødt til å bli tatt med, egentlig burde vi ta med barnehage også når vi skal snakke tidlig intervensjon. Det anføres:

*En grunn til at forebygging i skolen er mislykket, er den enkelte skoles mulighet til å velge hvilket forebyggingsprogram man skal benytte seg av. I en del tilfeller er det faktisk den enkelte kontaktlærer som velger hvilket forebyggingsprogram man skal benytte. Dette gjør at man får en manglende kontinuitet, som igjen gjør at man ikke kan måle resultatene godt nok.*

*Nasjonalt folkehelseinstitutt* peker på at forslaget virker fornuftig og utfordringen blir å få en rimelig styring/kontroll over den mobilisering som forventes. Hensikten er slik man forstår, at ungdom skal få faktakunnskap om skadevirkninger av narkotikabruk. Deres erfaring er at dette feltet i tillegg til de mer faglige, forskningsbaserte kunnskapspresentasjoner, slik som for eksempel Folkehelseinstituttet gir, finnes et uttall av mer eller mindre useriøse påstander som går i begge retninger, dvs. de overdriver skadevirkninger i noen tilfelle og bagatelliserer skademulighetene i andre tilfelle. Utvalget er med rette kritisk til mye ved det forebyggende rusarbeid som forgår i skolen i dag. Om det aktuelle forslag vil representere noen forbedringer man usikker på. Imidlertid synes det viktig å være åpen for kommunikasjon av informasjon om rusmidler/rusmiddelproblemer i skolen på måter som er forskjellige fra dagens.

### **Forslag 3 Tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret**

### **Forslag 4 Etablere tverrfaglige nemnder som vurderer tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika**

Disse to forslagene er senere fulgt opp i rapporten *Alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkoti-*

*kalovbrudd* i regi av Justisdepartementet. Rapporten inneholder en oversikt over høringsuttalelsene til forslag 3 og 4 i Stoltenbergutvalgets rapport, se <http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Rapporter/RapportInnmatweb.pdf>

Det store flertallet av høringsinstansene var enige i at det er riktig å gi alternative straffereaksjoner i stedet for fengsel, mens oppslutningen om å etablere tverrfaglige nemnder var noe mindre.

Langt de fleste understreker at narkotikabruk og besittelse ikke må avkriminaliseres og legaliseres. Det må foreligge et legalt grunnlag for å reagere, men reaksjonsformen må gjerne være mer «helseforankret».

### **Forslag 5 Videreutvikle sprøyteromsordningen til å bli lavterskel brukersteder med helsetilbud og oppfølging**

Høringsinstansene er svært delte på dette punktet. Det fremheves at bare Oslo har erfaring med bruk av sprøyterom.

Flere av høringsinstansene er positive til forslaget og anfører at dagens regler er for strenge med hensyn til hvilke stoffer som kan inntas på sprøyterommet, og at ordningen bør videreutvikles.

Blant instansene som er negative til forslaget, fremgår det at erfaringer med dagens sprøyterom viser at det er et kostbart tiltak med manglende resultater.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helsedirektoratet* vurderer prinsipielt at kommuner som etablerer sprøyterom, må stå fritt til å velge innretning og organisering av ordningen ut fra lokale behov og forventninger, så lenge lovens krav innfris. Direktoratet vurderer at forslaget om at brukere av sprøyterommet bør kunne røyke heroin som alternativ til sprøyter bør utredes nærmere.

*Fylkesmannen i Østfold* peker på at det er et paradoks at det ikke åpnes for straffefrihet også for blandingsinjeksjoner. De som blander hyppig og mest risikofyllt, er oftest de mest hjelpetragende.

*LO* peker på at det er uklart hvor mange og hvor disse stedene skal drives. Det foreslås heller ikke noe om hvordan disse skal finansieres eller drives. Det er mulig dette vil fungere i de største byene, men *LO* ser ikke at dette vil være et tiltak som vil fungere i alle landets kommuner. Her vil også de økonomiske utfordringer være store og *LO* støtter ikke tiltaket slik det foreligger.

*Flere instanser støtter ikke forslaget, herunder Actis, Blå Kors, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Det anføres blant annet at sprøyterom er et kostbart tiltak som i liten grad når ut til brukere og med marginale effekter, og det har betydelige fagetiske dilemmaer knyttet til seg. Begrensede ressurser bør kanaliseres til andre lavterskeltiltak. Actis skriver:*

*Sprøyterommet kan vise til noen bedre resultater i sin siste evaluering fra Sirius, men fortsatt er resultatene blandede og svake. Det er ikke grunnlag for å si at det har redusert risiko for overdose og smitte. Det gir noe økt verdighet for brukerne, og det gjennomføres noen samtaler og rådgivning men dette kan også gis andre kontaktpunkter slik som ved feltpleien og sprøytebytte.*

Den rettsmedisinske kommisjon peker på at ordningen med sprøyterom er kontroversiell. Den utfordrer det norske null-toleranse-prinsippet som i lang tid har vært rådende i narkotikapolitikken. I Norge har ordningen vært ganske restriktiv med begrenset åpningstid og kun for heroininjeksjoner (opioider). Effekten har vært omdiskutert. Effekten vil også være avhengig av hvilke effektmål man bruker. Kommisjonen støtter en videreutvikling av ordningen hvis den skal fortsette.

LAR-nett Norge mener det bør etableres flere sprøyterom i flere kommuner, dette bør være et pålegg fra staten, da mange kommuner nekter å gi brukerne et sprøyterom. Dette vil også være en måte å få bukt med de åpne russcenene på, da brukerne vil kunne få lettere tilgang til hjelpeapparatet, og det vil gi brukerne økt verdighet.

Flere av høringsinstansene tar til orde for at utvalgets forslag om å tillate røyking av heroin bør vurderes nærmere, herunder Fylkesmannen i Østfold, LAR-Nett Norge og Sirius. Sirius skriver:

*Gitt at norske kommuner ønsker å etablere sprøyterom, må det derfor ses som positivt at Stoltenbergutvalgets rapport foreslår at brukerne av sprøyterommet bør kunne røyke heroin som et alternativ til å sette sprøyter.*

Foreningen for human narkotikapolitikk synes dette er et svært godt forslag. Det gagnar dessuten brukerne og samfunnet at vi får samlokalisert funksjonene i dagens fragmenterte lavterskelapparat.

Med unntak av lavterskel helsetjeneste som etter forskriften skal være samlokalisert med et sprøyterom, ser ikke Oslo kommune det som nødvendig å flytte andre etablerte lavterskel velferds-

tilbud sammen med sprøyterommet, eller å etablere nye velferdstilbud sammen med sprøyterommet. Uansett vil tiltaket ha liten effekt så lenge det bare fins ett sprøyterom i Norge.

RIO er enig i at forandring er det sprøyterommet trenger og fremhever at dagens ordning har ingenting med verdighet å gjøre. Verdighet er å tro på folk, og gi dem en mulighet til å reise seg. Verdighet er å tørre å se at noen ligger nede, si til vedkommende at det går an å reise seg igjen. Hvis man virkelig vil gjøre noe for gruppen som i dag benytter seg av sprøyterommet, må de gis plasser på behandlingsinstitusjon på dagen. La dem være der i flere år, til nye handlingsmønstre har satt seg i det kognitive. Gi dem økonomisk rådgivning og opplæring. Stryk det de har av bøter og annen gjeld til staten. Etter institusjon, gi dem egnede boliger i ordinære boligstrøk og gi dem arbeid, skole og aktivitet. Det er verdighet. Legg ned hele sprøyterommet og bygg heller mottaks- og oppfølgingsentre (MO) på et annet lavterskel tilbud i Oslo.

Folkehelseinstituttet forstår utvalgets forslag dit hen at man i de videreutviklede sprøyterommene skal ha tilsyn av medisinsk faglig personell. Dette er ikke eksplisitt uttrykt, men instituttet tolker utsagnet på s 18: «Innretningen av sprøyterom bør endres til å bli brukersteder der ansatte jobber for å knytte kontakt mellom brukerne og det øvrige hjelpeapparatet (MO-senteret se forslag 9)» i denne retning. Instituttet støtter en slik utvikling og mener den kan bidra til at man fokuserer på rusmiddelbruk/avhengighet som et medisinsk problem. På den annen side ser instituttet at medisinsk personell i slike endrede sprøyterom kan oppleve vanskelige situasjoner og etiske dilemmaer.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus mener at helsepersonell må ha kompetanse til å veilede i injeksjonsteknikk og smitteforebyggende praksis også der brukersteder ikke er aktuelt. Skal injeksjonsbruk flyttes fra gaten og inn på brukerstedene må man ha tilstrekkelig antall steder, kanskje ambulante og kanskje differensierte tilbud til ulike brukergrupper. I tillegg bør man ut i fra faglige perspektiver vurdere adgangen til alternativ bruk, samt vurdere hvilke stoffer som skal omfattes av straffefritaket.

Uansett bør fokus ligge på brukeradferd. Injiseringer kan ikke unntas de regler som gjelder for resten av borgerne. Hensynet til allmennheten så vel som til egen verdighet tilsier at å injisere i lår eller lyske ikke er noe du gjør på gaten. Heller ikke å legge igjen sprøyter og kanyler. For så vidt burde de samme regler gjelde for

inntak av alkohol i det offentlige rom, og ikke minst sjenerende adferd i alkoholrus.

*Politiet i Oslo* peker på at Oslo har ett sprøyterom, hvor trolig mindre enn 1 prosent av injeksjonene som utføres i byen settes. Dette er tallfestet til ca 47 injeksjoner daglig i 2009. Da forslaget til ordning med sprøyterom kom på høring for noen år siden, var Oslo politidistrikt ikke negative til et slikt tiltak, og det er de fortsatt ikke, ut fra rent pragmatiske begrunnelser. Det anføres:

*Vi er enige i at tilgang til sprøyterom kan ha store helsemessige fordeler, og også å gi flere et bedre tilbud mht omsorg, tilsyn, hjelp mv. Vi ser også at tilgang til brukerrom vil kunne ha en gunstig innvirkning på de åpne brukermiljøene, som er negative for alle parter — brukere, sårbare grupper og publikum. Vi har imidlertid oppfattet at sprøyterommet er svært kostbart å drive, og i praksis også vist seg å være et tiltak for de få. Åpningstidene er neppe hensiktsmessige for formålet, og kostnadene knytter seg bl.a. til personalgruppen som bemanner sprøyterommet er høye.*

*Det er pussig at det knytter seg så strenge krav til hva som kan inntas på sprøyterommet (heroin), og hvordan det skal inntas (injisering), og hvem som kan få bruke det (krav til registrering, rushistorikk mv).*

Politiet i Oslo mener også at det bør opprettes flere brukersteder, gjerne i tilknytning til spesielt egnede bosteder, og vekk fra sentrum, og er enige i at det kan være hensiktsmessig å utvide tilbudene som den enkelte kan få på brukerstedene, slik rapporten beskriver.

### **Forslag 6 Øremerk midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere og gateomsetning av narkotika**

Mange høringsinstanser støtter forslaget, samtidig som det blir fremhevet at dette er et tema som er særlig relevant for de større byene.

#### *Høringsuttalelser:*

*Folkeaksjonen LUHM* minner om at i dag er det kriminelle organisasjoner som driver størsteparten av cannabismarkedet i Norge. Dette er en uheldig situasjon, da markedet er helt uregulert og inntekter fra cannabis ikke sjelden reinvesteres i annen, mer alvorlig kriminell aktivitet. Når en selger blir tatt av politiet erstattes han raskt av en ny som overtar hans plass i salgskjeden, og Folkeaksjonen mener derfor at en forsterket politiinnsats ikke vil få særlig innvirkning på den totale omsetningen og bruken av cannabis. Folkeaksjo-

nen mener den beste måten å bekjempe de profesjonelle selgerne og gateomsetning av cannabis er å få salget inn i regulerte former, gjennom lovlige utsalgssteder med blant annet aldersgrense, avgifter og varedeklarasjon.

*Kriminalomsorgen region nord* støtter utvalgets forslag om å jobbe for å bekjempe åpen omsetning av narkotika, og øremerke midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere, gateomsetning og omsetning via internett. Det anses som vesentlig for å begrense tilgjengeligheten av narkotika.

*Gatejuristen* er enig i at det bør øremerkes midler til en forsterket innsats mot profesjonelle selgere og at det ikke er hensiktsmessig å bøtlegge personer som selger narkotika for å finansiere eget forbruk. Ressursene må settes inn i forhold til de selgerne som er en del av et organisert kriminelt miljø som ikke er avhengige av narkotika selv. Gatejuristen er ofte i kontakt med klienter som har fått forelegg for bruk av narkotika og som ikke har midler til å betale disse foreleggene. Dette medfører at klientene påføres gjeld som de ikke er i stand til å betjene og som blir en ekstra byrde når de skal rehabiliteres tilbake til samfunnet. Denne straffen har ingen individualpreventiv effekt da dette gjelder personer som har et avhengighetsforhold som de trenger behandling for og ikke straff.

Gatejuristen mener at det er viktig å ta tak i problemet med åpne russcener blant annet for å begrense nyrekruttering til rusmiljøene, men også for å begrense omsetningen. For at dette skal lykkes må man se til land som har fått dette til, for eksempel Sveits. Det å se forebygging, behandling, skadereduksjon og narkotikakontroll under ett slik Sveits gjør er fornuftig og antakelig en nødvendig faktor for å lykkes.

*LAR-nett Norge* peker på at Norge gjennom år har straffet rusmisbrukerne med å sette dem i fengsel. De er den eneste pasientgruppen som risikerer fengsel for sin sykdom, i stedet for riktig og nødvendig behandling innen det norske helsevesenet. De fleste rusmisbrukere er gjengangere i fengselet, og de er et tydelig eksempel på at denne straffereaksjonen ikke fører til endring. LAR-nett Norge støtter forslaget om at det er på tide at politiet får konsentrere seg om de profesjonelle selgerne. Kun slik kan de ha en sjanse til å komme narkotikaomsetningen til livs.

*Foreningen for human narkotikapolitikk* er for legalisering til fordel for fornuftig regulering gjennom statlig salg, hvilket ville rammet gateomsetning flerfoldige ganger sterkere enn enhver politiinnsats. Politi- og tollkontroll av rusmiddelbruk og

medisiner innebærer også en vanskelig etisk problemstilling hvor samfunnets vanskeligstilte påføres ytterligere problemer og eksklusjon. Foreningen minner om at kurerer som sitter i norske fengsler som oftest er fattige mennesker som har blitt utnyttet, truet eller lokket av bakmenn, som igjen nesten alltid går fri. Kommuner, bydeler og lokal-samfunn bør kunne gis mulighet til å enes om opprettelse av fristeder eller lovlige utsalgssteder for cannabis for å unngå å få slik omsetning i allfarvei; ved barnehager, skoler, borettslag og andre steder som skaper utrygghet. Dette vil også begrense tilgjengeligheten hvor folk flest ferdes.

*SIRUS* peker på at noen av de større byene i Norge gjennom mange år har hatt svært synlige misbruksmiljøer der det åpenlyst settes sprøyter og omsettes narkotika. Det gjelder først og fremst Oslo med området rundt Sentralbanestasjonen og Bergen med Nygårdsparken. Politiet prøver med ulike mellomrom å få bukt med problemet uten at det ser ut til å hjelpe. I perioden 2003–2005 samarbeidet Oslo kommune og politiet om en omfattende tiltaksplan der målet var å fjerne/reducere misbruksmiljøet i sentrum. Planen omfattet dels en styrking av eksisterende hjelpetiltak dels en etablering av nye.

Tiltaksplanen ga imidlertid ikke de ønskede resultater. Selv om misbrukerne tok hjelpetiltakene i bruk, førte ikke dette til at de ble borte fra sentrum. Det kan selvsagt anføres at hjelpetiltakene kunne vært bedre og mer omfattende, noe også utvalget framholder. Like fullt er det mye som peker i retning av at sentrumsmiljøet i Oslo og trolig også miljøet i Nygårdsparken i Bergen har en særskilt dynamikk gjennom at de i mange år har vært markeds plass for kjøp og salg av narkotika og en sosial møteplass for misbrukere av heroin og andre illegale rusmidler. Begge disse miljøene kan synes å være så befestet at de vil være vanskelig å få bukt med nærmest uavhengig av hvilke hjelpeintervensjoner som tas i bruk.

*Fylkesmannen i Oslo og Akershus* minner om at det åpne bruker- og omsetningsmiljøet hovedsakelig er et problem i større byer og kommuner. Rapporten synes å skille mellom profesjonelle bakmenn og aktører som selger og profitterer og brukerne. Bildet er mer komplekst. Den åpne rus-scenen domineres ikke bare av de førstnevnte, og de brukerne som utvalget inkluderer i sine tverrfaglige nemnder vil ofte være de samme som de synes å ønske straffeforfulgt i neste omgang.

Dilemmaene knyttet til bruk, omsetning, straffefritak og alternativer til straffeforfølging reiser dilemmaer som bør behandles langt bredere i den kommende stortingsmelding enn det som utval-

get har hatt anledning til i denne rapporten. Fylkesmannen peker på flere forutsetninger som bidrar til å opprettholde den åpne rus-scenen i de større byene i Norge. Det anføres:

*Våre byer er relativt små i europeisk sammenheng, og den oppsamlingen av lavterskelsteder og tiltak fra private og ideelle aktører i tillegg til de kommunale tiltakene i sentrumsområdene, bidrar til å holde brukerne i de mest beferdede områdene. Eksempelvis har man i Oslo by en rekke lavterskelsteder drevet av kommunen, men også av de private aktørene. Disse fremstår i noen grad fragmenterte og med ulik agenda. En samordning av disse lavterskeltiltakene vil være nødvendig for å kunne skape den sammenheng i tjenestene som utvalget etterlyser.*

### **Forslag 7 Intensiver kampen mot omsetning av narkotiske stoffer på internett**

Mange høringsinstanser støtter forslaget.

#### *Høringsuttalelser:*

*Den rettsmedisinske kommisjon* har erfaring for at det beslaglegges store mengder narkotiske stoffer og andre stoffer som har vært bestilt på internett, både til eget bruk og for videresalg. Man ser derfor at det er enkelt å skaffe seg slike stoffer på denne måten. Omfanget er sannsynligvis betydelig. Det bør avsettes større ressurser til overvåking og kontroll for å kunne avdekke dette. Det vil sannsynligvis kreve en viss grad av overvåking og ville kunne berøre personverninteresser. Man bør derfor vurdere å etablere lovhjemler for slik overvåking hvis slik hjemmel ikke finnes i dag.

### **Forslag 8 Prioriter midler til forskning om hvilke forebyggingstiltak som gir best resultater**

Det er bred enighet om å prioritere midler til forskning, men uenighet om hvilken type forskning som skal prioriteres.

#### *Høringsuttalelser:*

*Fylkesmannen i Østfold* ønsker heller en forsterket innsats på tiltak som dokumentert effekt, enn en forsterket forskning på dette området.

*Kirkens Sosialtjeneste* mener det også bør settes av midler til mer forskning på hvilken behandling som virker for ulike pasientgrupper innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). En del

av den evidensbaserte kunnskapen vi har på feltet i dag kommer fra rusinstitusjonenes egne resultatundersøkelser. Disse er viktige, men det vil heve kvaliteten på nye studier dersom større forskningsmiljø gis mulighet til systematisk forskning på feltet.

I følge *RIO* er det like viktig å dokumentere gode rehabiliteringstiltak som det er å dokumentere gode forebyggingstiltak. Følg folk over lang tid. Hva gjorde at man kom tilbake til samfunnet? *RIO* ser viktigheten av et slikt forskningsprosjekt. Det vil vise oss hva som skal til for at de mest slitne av alle rusavhengige reiser seg, og finner en måte å takle livet på uten å rømme ifra virkeligheten.

*Folkehelseinstituttet* støtter at man søker å utvikle bedre kunnskap om hvilke tiltak som gir betydningsfulle resultater. I øyeblikket er det stor usikkerhet på området, og en rekke tiltak er iverksatt, der man i utgangspunktet har svært delte oppfatninger om hvor effektive de er som forebyggingstiltak. Så lenge de ikke følges nærmere opp på en systematisk måte vil man imidlertid ikke få kunnskap om de er virkningsfulle eller ikke. Nye forebyggingstiltak på feltet bør vurderes gjennomført dersom det samtidig også gjøres anstrengelser/lages en oppfølging som gjør det mulig å vurdere verdien av tiltaket. Utover dette bør det gjøres jevnlig kunnskapsoppsummeringer med tanke på effekten av forebyggingstiltak som har vært benyttet og som har vært nærmere undersøkt.

### **Forslag 9 Etabler mottaks- og oppfølgingsentre over hele landet (MO-sentre)**

Flere av høringsinstansene støtter intensjonene i forslaget, men flertallet går i mot forslaget. Hovedbegrunnelsen er at forslaget er i strid med samhandlingsreformen, og at forslaget representerer en form for særomsorg.

De som støtter forslaget, fremhever at samling av ansvaret på et forvaltningsnivå (staten) vil bidra til bedre helhet i tjenestetilbudet og skape forutsigbarhet i finansieringsansvaret.

#### *Høringsuttalelser:*

*Hesledirektoratet* støtter intensjonen i forslaget, men mener dette bør løses innenfor dagens forvaltningsstruktur med differensierte virkemidler. Direktoratet påpeker at spesialisthelsetjenestens oppgaver i større grad bør desentraliseres og økende grad av samlokalisering, økt bruk av individuell plan og koordinator ect vil kunne bidra til

bedre samhandling og et mer helhetlig tjenesteapparat.

Etter direktoratets syn bør kommunene være forankringspunktet for tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige. I fylker med mange små kommuner kan DPS-modellen i vareta samme funksjonen som et MO-senter. Lokalmedisinske sentre kan også inneha denne funksjonen. Avgjørende for organiseringen er tilgangen på spesialistkompetanse samtidig som helse- og omsorgsbehov for øvrig blir ivaretatt.

*Fylkesmannen i Østfold* mener et bredt statlig ansvar vil være det beste for samling av tjenester på ett forvaltningsnivå.

*KS* støtter ikke forslaget om å etablere statlige mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre), og mener at de vil skape nye gråsoner for rusmiddelavhengige. Det er betenkelig å unnta en enkeltgruppe av innbyggere fra det kommunale ansvaret, ved å etablere en statlig særomsorg. *KS* mener derfor at dette forslaget fra Stoltenbergutvalget ikke bør følges opp. *KS* mener at kommunenes rolle må styrkes for å sikre bedre samordning av tjenester til rusavhengige. Det må gjøres gjennom tydelighet i myndighet, oppgaver og ansvar, samt en ressurstilgang som står i forhold til forventningene. Bedre koordinerte tjenester må bygge på de systemene og lovbestemmelsene som allerede finnes, herunder koordinerende enhet og individuell plan. *KS* mener at andre forutsetninger for bedre hjelp til rusavhengige er: en bedre integrert legetjeneste i kommunene, mer ambulante tjenester og bedre samordning mellom rus og psykiatri.

Slik *Fagrådet innen Rusfeltet i Norge* ser det, kan den landsdekkende etableringen av MO-sentre med de forslagene til innhold, bemanning, ressurser og fullmakter som foreligger, bli en bærebjelke i en ny og troverdig norsk narkotikapolitikk. *Fagrådet* understreker at MO-sentre med den oppbygging og organisering som foreslås kunne gi særlig god omsorg og behandling gjennom sammenhengende tjenester til de mest utsatte gruppene av narkotikaavhengige. Sentrene kan dermed fylle et tomrom, som særlig og i alt for mange sammenhenger, har rammet ulike grupper av narkotikaavhengige og som har gått på liv og helse løs i et omfang som ingen andre grupper i behov for helse- og oppfølgingstjenester blir utsatt for i dagens samfunn. Det understrekes:

*Etablering av MO-sentrene må tilrettelegges slik at det kan skje innenfor dagens rusfelt ved ulike forsterkninger og utbygging av allerede eksisterende rusfaglige miljøer. Eksempelvis kan eta-*

*blerte rusfagsentre og kompetansemiljøer som 24SJU Kirkens bymisjon i Oslo, Sprøyterommet i Oslo og Straxhuset i Bergen kommune, Regionale kompetansesentrene med oppdrag fra Helse-direktoratet i Narvik, Trondheim, Ålesund, Bergen, Stavanger, Skien, Oslo og Hamar, samt store polikliniske miljøer kan være utgangspunkt for etablering av MO-sentre funksjoner.*

Legeforeningen er uenig i forslaget og mener det er langt bedre å styrke eksisterende tilbud. Det anføres:

*Utvalgets forslag innebærer en helt annen organisering av kommunehelse/velferdstjenester og spesialisthelsetjeneste for denne gruppen pasienter og medfører en uklar ansvarsfordeling mellom de kommunale helse- og velferdstjenestene og spesialisthelsetjenestene. Et tjenestetilbud til en pasientgruppe med store og sammensatte problemer med behov for langvarig oppfølging bør som utvalget påpeker, ikke ha uoversiktlige ansvars-linjer. Det vil bli en meget kostbar og ressurskrevende særromsorg og er ikke i samsvar med sam-handlingsreformen eller forslag til nye helselover. Det strider også mot intensjonene i rusreformen hvor alle rusavhengige fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper, og hvor rus-behandling ble likestilt med annen spesialisthel-setjeneste.*

Helse Sør Øst RHF anfører:

*Selv om MO-sentrene synes å være et godt forslag for lavterskel hjelp innebærer forslaget om at disse skal være en del av spesialisthelsetjenesten en betydelig ansvarsutvidelse for spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne bli en meget kostbar og ressurskrevende særromsorg som ikke er i samsvar med samhandlingsreformen eller forslagene til nye helselover. Det vurderes derfor som mer hensiktsmessig at man bygger videre på dagens ansvarsfordeling og heller intensiverer bruken av individuell plan og ansvarsgrupper.*

Helse Sør-Øst RHF støtter utviklingen av slike senter i byer og som samarbeidstiltak mellom flere kommuner der hvor forholdene ligger til rette for dette. Spesialisthelsetjenesten kan stille opp med tjenester etter avtale.

LO mener det er et godt tiltak å etablere døgnåpne MO-sentre over hele landet. Imidlertid er LO kritisk til om de rusavhengige vil nå disse sentrene på grunn av små kommuner og til dels lange avstander. LO tror ikke det er realistisk å klare og

etablere disse i små kommuner, som sannsynlig ikke har tilgang til psykologer i stor nok grad. Videre er LO skeptisk til at det foreslås å bygge opp et nytt nivå i behandlingsskjeden. Man bør heller fokusere på, forbedre og forsterke det som allerede finnes i kommunene. I tillegg burde utvalget sett på tilbudet i forhold til samhandlingsreformen som er på trappene.

Helse Vest støtter ikkje forslaget og anfører:

*Vi ser i dag ein rekkje pasientgrupper som opplever at tjenestene til spesialisthelsetenesta, kommunane og andre offentlige etatar er mangelfullt samordna. Helse Vest meiner at det ikkje er nokon god løysing på dette problemet å lage separate tilbod — i praksis ein særromsorg – til gruppen.*

*Gjennom samhandlingsreforma skjer det no ei viktig og grunnleggjande drøfting for å sortere i ansvar og oppgåver mellom forvaltningsnivåa. Forslaget om å etablere MO-sentre bryt med den grunnleggjande tenkinga i samhandlingsreforma.*

*Ved etablering av MO-sentre blir det framleis betydelige oppgåver som må løysast av kommune, NAV og spesialisthelseteneste. Dei organisatoriske grenser ein fjernar med MO-sentra kan dermed lett erstattast med nye, med den forskjell at det no er enda ein aktør rusavhengige skal halde seg til.*

*Dersom MO-sentra skal organiserast som eit uavhengig, landsdekkjande system, vil også einingar utanom dei store byene bli svært sårbare, og samtidig måtte rekruttere frå dei same kjelder som kommunal og statleg helseteneste elles.*

ADHD Norge er positive til å opprette egne MO-sentre, men det må sikres et likeverdig og tilgjengelig tilbud både i sentrale strøk og i distrikts-Norge. ADHD Norge er likevel bekymret for at MO-sentrene skal bli en møteplass hvor alle rusavhengige møtes på ett sted, og hvor ungdom som kan være i en startfase av en ruskarriere møter de mest belastede rusavhengige. For ungdom må man sette inn differensierte og individuelt tilpassede tiltak tidligst mulig.

Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund går mot forslaget, ansvaret må legges til den enkelte kommune/fylkeskommune men med mye raskere saksbehandling og effektivering. Avgjørelse om behandling og plass må gå raskt.

Stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste mener at ideen med MO-sentre er grunnleggende god og slutter seg til mange av elementene som tilgjengelighet,



differensiering og sammenheng i tjenestene. Dette krever imidlertid at hele tiltakskjeden er på plass og fungerer, samt at samhandlingen mellom de ulike tjenestene kvalitetssikres. Det er avgjørende for feltet at en tar vare på de private, ideelle virksomhetenes plass i tjenestene for rusavhengige både på 1. og 2. linjenivå. Det er en mangel ved rapporten at dette ikke er gjort rede for, slik vi ser det.

*LAR-nett Norge* støtter ideen om MO-sentrene, men fremhever at det er viktig at en ikke plasserer rusmisbrukere som har kommet langt i sin rehabilitering sammen med aktive rusmisbrukere.

Nesten alle forslagene, slik organisasjonen *Retretten* ser det, linkes inntil MO-sentrene. Der skal utredningen, behandling, langsiktig oppfølgingen være, samt LAR, tannbehandling, lege, legevakt, ungdomsteam og pårørende. Dette ser fint ut på papiret, men vil ikke fungere i det virkelige liv for majoriteten av narkomane. *Retretten* tror ikke de vil føle det særlig komfortabelt med å komme til et slikt senter ei heller ta med seg sine nære på et slikt sted. *Retretten* har hatt pårørende fra aldersgruppen 4 uker og opp til 89 år, og ser dere for dere at disse skal komme på en slikt senter?

*Foreningen for human narkotikapolitikk* støtter forslaget om opprettelse av MO-sentre, og at disse skal være statlig styrt. Kommun nivået er et for lavt nivå til å håndtere et så alvorlig emne som rusproblematikk. Statlig styring gir større sikkerhet for kontinuitet i innsatsen, enn kommunenivået, som oftere veksler mellom prioriteringer. Statlig styring styrker muligheten for lik behandling over hele landet og er en større garantist enn kommunen for å sikre muligheter og rettigheter og deriblant rettssikkerheten. Det anføres:

*Det som ikke skjer lokalt, det skjer ikke. Derfor brukes ofte argumentet mot statlig drevne MO-sentre, om at man bor i kommunen og derfor bør få hjelp av kommunen. Men verken det statlige eller det kommunale tjenesteapparatet på rusfeltet har noen gang vært på langt nær bra nok. Derfor trenger vi særskilte tiltak (MO-sentre) som sikrer rask og lett tilgang til hjelpeapparatet, og videre at den nødvendige oppfølging sikres. MO-sentrets koordinator/los vil gå sammen med brukeren og oppleve hvor skoen trykker, de har da gjennomslagskraft til å sikre at brukeren uansett får hjelp og de kan presse på for utvikling av det ordinære hjelpeapparatet slik at det utvikles såpass at MO-sentrene blir stadig mindre viktige.*

*SIRUS* minner om at samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal tillegges et større, generelt ansvar for forebygging av sykdomsutvikling og for videre oppfølging av pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for alle pasientgrupper i befolkningen og ikke spesielt for rusmiddelmissbrukere. En modell med statlige mottaks- og oppfølgingsentre for narkotikamisbrukere, vil derfor være på tvers av den vedtatte reformen. Selv om utvalget ut fra sitt mandat bes om å peke på i hvilken grad samhandlingsreformen vil understøtte forslagene som fremmes, foretas det ikke en slik drøfting. Det gis heller ingen drøfting av faren for at en modell der MO-sentrene tillegges et så vidt omfattende ansvar som forslaget innebærer, vil kunne føre til at instanser på statlig og kommunalt nivå, vil overlate det faktiske ansvar for ulike tjenester til MO-sentrene når det gjelder narkotikamisbrukere. Det anføres videre:

*Et annet moment ved opprettelse av MO-sentre er at dette kan ses på som et skritt bort fra en form for normalisering av rusmiddelmissbrukere som pasientgruppe på linje med andre grupper. En viktig motivering for at behandling for rusmiddelmissbruk i 2004 ble innlemmet i spesialisthelsetjenesten, var å gi rusmiddelmissbrukere med behov for behandling samme rettigheter som andre pasientgrupper. Oppretting av spesielle ordninger for behandling av narkotikamisbrukere, vil innebære at en går tilbake til en modell med «særomsorg» når det gjelder narkotikamisbrukere, slik at den igangsatte normaliseringen av behandling for denne pasientgruppen opphører. Dette momentet drøftes ikke av utvalget.*

*RIO* er positive til MO-sentrene, men etterspør finansieringen. Skal man få MO-sentrene til å fungere, må det ifølge *RIO* stilles krav til både kommune og spesialisthelsetjenesten. De skal gjøre ting sammen. Avrusning skal henge sammen med videre tilbud om behandling uten å måtte reise hjem til kommunen igjen. Det skal ikke være mulig å flytte frivillig fra en institusjon uten at man har et egnet sted å bo i kommunen og tilrettelagt aktivitet på dag og kveld. Får man MO-sentrene til å fungere godt, vil de avlaste det eksisterende hjelpeapparatet, og dermed øke muligheten for at andre grupper folk får et raskere og bedre tilbud. Dette vil kun skje hvis man ikke tar ressurser ifra det eksisterende hjelpeapparatet.

*Ko-RUS Øst* peker på at med MO kan staten igjen skille mellom avhengighet til alkohol, medikamenter og narkotika, og ser på dette som uhel-

dig på et tidspunkt der fagfeltene innen rus, psykisk helse og somatisk helse er i ferd med å nærme seg hverandre. Normalisering, og ikke stigmatiserende særomsorgstiltak, er veien å gå for rusavhengige mennesker. Dette understreker NAV-reformens hovedprinsipp og samhandlingsreformens intensjoner, og går imot opprettelsen av MO-sentrene. NAV reformens hovedparole var at alle skulle motta tjenester ved å gå inn samme dør. Hvis denne målsetningen er endret, og dette ikke gjelder de som misbruker eller er avhengige av illegale rusmidler, må dette tydeliggjøres.

*Norsk Psykologforening* minner om at det er stor forskjell på små og store kommuner i Norge, både når det gjelder forekomsten av rusproblematikk, og når det gjelder muligheten for rekruttering av fagpersoner. En del kommuner vil være helt avhengige av interkommunalt samarbeid. For å komme raskt i gang med pilotprosjekter foreslår foreningen at det som et første trinn utvikles tilbud etter intensjonen i MO-sentrene innenfor spesialisthelsetjenesten i landets største byer. Disse må evalueres etter tre-fire år.

I følge *Den rettsmedisinske kommisjon* beskriver MO-sentre et glansbilde, med mulighet for døgnkontinuerlig mottak, samordning av tjenester og som en brobygger mellom de ulike aktuelle tiltakene. Det er usikkert på hvilket nivå dette skal ligge og hvor stort nedslagsområde det skal ha. Det er imidlertid liten tvil om at dette vil ha en kostnadsramme det vil være vanskelig å finne ressurser til. Kommisjonen mener derfor at MO-sentermodellen kan være målet for en gradvis utbygging og samhandling med dagens eksisterende tilbud.

*Actis* fremhever at MO-sentrene er en anerkjennelse av behovet for bedre og mer samarbeid, kontinuitet og oppfølging, ikke minst individuell oppfølging. Dette er en svært viktig påpekning og et godt utgangspunkt. *Actis* vil ikke utelukke av MO-sentrene kan være en måte å løse dette på, men peker på noen problemstillinger:

*Det er ikke bare et behov for å styrke ruskompetanse innen NAV og primærhelsetjenesten men også et spørsmål om en her vil få et skille mellom nivåer. Utdanningene i dagens system er spesielt oppfølging i kommunen etter tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) innenfor NAV. God kontinuitet og oppfølging vil fortsatt avhenge av oppfølging i kommunene.*

*En hovedutfordring i dagens system er dessuten at sosialfaglige og sosialpolitiske målsetninger og kompetanse er gradvis faset ut over lang tid innen rusfeltet. Actis frykter at de sosialfag-*

*lige vurderingene og virkemidlene komme ytterligere i bakgrunnen.*

*SERAF* mener at forslaget om MO-sentre bør legges til side og heller ses i sammenheng med eventuelle tilpasninger og endringer i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Tenkningen bør inngå i arbeidet med samhandlingsreformen. Det er mer fruktbart i denne omgang å stimulere helseforetakene og kommunene til å utvikle modeller og praksis for samhandling, eventuelt også ved stimuleringsmidler. Igangværende forsøk med utvikling av behandlingslinjer og styrking og utvikling av tiltak som ansvarsgrupper og fellesprosjekter mellom kommuner og helseforetak. Det kan i tillegg være gunstig å forenkle en del av de mange rapporteringspåleggene som er kommet, og i større grad utvikle steds- og sammenhengsrelevante samhandlingsmodeller.

*KRUS* peker på at i forhold til utvalgets forslag om mottaks- og oppfølgningssentre, er deres erfaring fra praksis og forskning gjengitt i St.meld. nr. 37 (2007 — 2008) *Straff som virker*, at kontinuerlig og helhetlig oppfølging er viktig for å lykkes i arbeidet med rusavhengige. *KRUS* er derfor positive til opprettelsen av mottaks- og oppfølgningssentre.

*Røde Kors* minner om at samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunene for å utjevne sosiale helseforskjeller og skape et mer likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester. *Røde Kors* støtter et slikt fokus og mener Stoltenbergutvalgets forslag om mottaks- og oppfølgningssentre der hver rusmiddelmissbruker vil få sin egen koordinator er et godt tilskudd til dette. *Røde Kors* understreker frivillighetens rolle i et slikt helhetlig tilbud.

*Prosjenteret* peker på at så lenge vi har hatt et narkotikaproblem av betydning i Norge har vi hatt kjennskap til at mangel på kontinuitet, fragmentering og uklare ansvarsforhold er et hovedproblem for brukerne. *Prosjenterets* anser at Stoltenbergutvalgets forslag om MO-sentre er en kreativ måte å møte utfordringene på og vil anbefale at det gjennomføres forsøk med dette i enkelte kommuner/bydeler. Hovedpoenget her er å legge til rette for en helhetstenkning, individuell tilnærming og – ikke minst – ett forvaltningsnivå.

*Bergen kommune* slutter seg til utvalgets forslag om etablering av MO-sentre, men *Bergen kommune* mener at MO-sentrene må driftes av kommunen. Hovedbegrunnelsen er at flertallet av brukerne vil ha behov for langvarig kommunal oppfølging i forhold til å fremskaffe bolig, mestre bosituasjonen, sikre økonomisk livsopphold,

arbeide med å fremskaffe tilpassede kvalifiseringstiltak og meningsfulle aktiviteter med mer.

*Oslo kommune* støtter ikke forslaget om oppbygging av MO-sentre som skal overta ansvaret for rusmiddelmisbrukerne. Stoltenberg rapporten plasserer ikke MO-sentrene administrativt utover at de skal tilhøre det statlige forvaltningsnivået. MO-sentrene fremstår som en særomsorg som utelukker de narkotikaavhengige fra det allmenne tiltaksapparatet i helse- og sosialtjenesten som er tilgjengelig for den øvrige befolkningen. En avgrensning av hvilke brukere som eventuelt skulle tilhøre MO-sentrene i stedet for den ordinære velferdstjenesten er ikke praktisk mulig å gjennomføre, og vil gi uklare ansvarsforhold. Oslo kommune mener at tilbudet til rusmiddelmisbrukere må være et differensiert tiltaksapparat bygget opp for rusmiddelmisbrukere basert på individuelle og lokale behov, integrert i det ordinære velferdsapparatet i stat og kommune. MO-sentrene skal etter beskrivelsen fungere både som lavterskel akuttilbud for klienter i aktiv rus, så vel som behandlingstilbud for rusfrie klienter, og som senter for årelang oppfølging av klienter som bor i egen bolig. Dette er en uheldig sammenblanding av tilbud til personer med differensierte behov.

*Landsforeningen for oppsøkende sosialt ungdomsarbeid* mener at dette vil innebære en statlig særomsorg for personer som er avhengig av narkotiske stoffer, og at dette vil kunne få flere uheldige konsekvenser. Dersom rusavhengige skal få alle sine tjenester fra hjelpeapparatet gjennom statlige MO-sentre, vil dette kunne medføre at de blir utestengt fra det ordinære velferdssystemet. Det er en reel risiko at det øvrige hjelpeapparatet kan komme til å henvise denne brukergruppen til MO-sentrene, i stedet for å yte tjenester til denne brukergruppen på lik linje med resten av befolkningen. Det vil også være uheldig å samle alle som har et problematisk forbruk av illegale rusmidler på ett sted – personer i begynnelsen av eller på vei ut av en rusavhengighet vil måtte benytte seg av hjelpeapparatet på et sted der det også tilbys akuttovernatting, dusj og andre lavterskeltjenester til tungt rusavhengige.

### **Forslag 10 Overfør vurderingsenhetenes oppgaver til MO-sentrene**

Det er uenighet om forslaget, spesielt knyttet til synet på opprettelse av MO-sentre.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helsedirektoratet* peker på at rusakuttene i en del større byer har fått nyttige erfaringer på området, og det er behov for å utvikle modeller for hvordan akutte vurderinger kan ivaretas i mindre kommuner.

*Fagrådet* understreker at med de omfattende oppgavene MO-sentrene skal ha når det gjelder sammenhengende tjenester for behandling og oppfølging knyttet til narkotikaavhengige, blir det avgjørende at utvalgets forslag om at vurderingsarbeidet for narkotikaavhengige blir lagt til MO-sentrene. Det anføres:

*Rettighetsvurdering inn i MO-sentrene som både en kostnadseffektiv og god løsning for å få til de gode pasientforløpene. MO-sentrenes øvrige funksjoner lettere vil kunne gi mulighet for den enkelte pasient å foreta en egen henvisning; dvs. den minst byråkratiske veien inn til behandling og oppfølging. For mange pasienter kan veien om fastlege eller sosialtjeneste være for lang. Dagens vurderingsenheter vil kunne fortsette arbeidet med henvisninger til behandling for alkoholavhengighet noe som også vil kunne bidra til nødvendig utvikling av denne tjenesten og tilhørende behandlingsoppgaver.*

*Helse Sør Øst RHF* peker på at forslaget bygger på at MO-sentrene skal være en del av spesialisthelsetjenesten noe som forutsetter omfattende lovendringer i helse- og sosiallovgivningen. Helse Sør-Øst RHF vurderer ikke dette som riktig eller realistisk. Det er imidlertid behov for ytterligere samarbeid slik at kvaliteten på henvisningene blir høyere og vurderingen av behandlingsbehovet mer likt.

*Foreningen for human narkotikapolitikk* anser dette som et fantastisk forslag og et særdeles viktig tilleggsforslag til MO-sentrene. Dette vil medføre at de med vurderingsmyndighet kommer nærmere pasienten. Dette vil også redusere tiden det tar fra man sender søknad til man får hjelp, hvilket er av avgjørende betydning. Dessuten vil det sikre at ingen kan fraskrive seg ansvaret for brukeren.

*Oslo kommune* støtter ikke forslaget. Forslaget ser ut til å innebære at MO-sentrene både skal overta sosialtjenestens og fastlegenes innsøkningsrett og de nåværende vurderingsenhetenes rolle. Det er uheldig å frata det ordinære apparatets rett til innsøkningsrett, og vurdering av riktig behandlingstilbud må gjøres av instansen som har ressursene og skal utføre tjenesten. Rusmiddel-

misbrukere som skal inn i spesialisthelsetjenesten for behandling av sitt rusmiddelmisbruk, må videre behandles likt med resten av befolkningen ved innsøking i spesialisthelsetjenesten.

### **Forslag 11 Åpne egne ungdomsmottak som del av MO-sentrene**

Det er bred enighet om behovet for egne ungdomsmottak, men delte meninger om hvorvidt de bør inngå i MO-sentrene.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helsedirektoratet* mener opprettelse av egne ungdomsmottak er interessant, men ikke som en del av MO-sentrene. Et eget ungdomsmottak er under etablering i Oslo, og her vil man kunne høste nyttig erfaring.

*Helse Sør-Øst RHF* mener at forslaget bør utprøves enten som del av MO-sentrene eller som prosjekt i samarbeid mellom lokalt og regionalt barnevern, barne- og ungdomspsykiatrien og TSB. Felles innsats om utredning og behandlingsforløp uten ventetider er avgjørende viktig for denne målgruppa. En kan her bruke ACT som modell.

*SERAF* støtter ikke forslaget om ungdomsmottak som del av MO-sentre. I stedet bør en støtte utvikling av ungdomstiltak etter modell av Maria Ungdom som samhandlingsarenaer for barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Barne- og familieetaten støtter i dag regionale sentre for multisystemiske familieintervensjoner og har bygget opp kompetanse som i dag ikke har funnet en systematisk form opp mot spesialisthelsetjenesten. Det bør vurderes om disse typene tiltak bør sees i sammenheng.

*Oslo kommune* støtter ikke utvalgets forslag om egne ungdomsmottak ved MO-sentrene. I Oslo forberedes et forprosjekt med tanke på å etablere en liten «Maria Ung klinikk» etter idé fra Stockholm. Dette helsetiltaket er ment som et tverrfaglig oppfølgingstilbud overfor ungdom som bringes til Legevakten på grunn av overdose av narkotika eller medikamenter eller alkoholforgiftning. Denne vil bli lokalisert ved Legevakten.

Oslo kommune støtter ikke en organisering som går ut på å samle all ungdom og/ eller unge voksne med rusproblemer på ett sted. Tiltakene for unge med rusproblemer bør være individuelt tilpasset den enkeltes behov, og tilbud til ungdom som er på vei ut i et rusproblem må holdes strengt adskilt fra tilbud der unge eller andre med et tungt rusproblem oppholder seg. Oslo kommune

mener at Stoltenbergutvalget peker på en viktig utfordring når det gjelder tilbudet til unge med rusproblemer. Deres utfordringer er ofte sammensatte. I tillegg til rusproblemer er mange under barnevernets omsorg, og mange har i tillegg et kriminelt rulleblad. Tilbud spesielt tilpasset denne gruppen er få, og Oslo kommune mener det er viktig at det utvikles gode behandlingstilbud for disse ungdommene.

### **Forslag 12 Sikre god informasjon og tett kontakt med pårørende**

Det er bred enighet om verdien av forslaget, men uenighet om tiltaket bør knyttes til MO-sentrene.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helsedirektoratet* peker på flere tiltak som er under iverksetting uavhengig av MO-sentrene, informasjon til pårørende via egen nettside og opplæringspakke overfor helsepersonell, bl.a. til bruk i lærings- og mestringssentre og helse- og sosialfaglige utdanninger. Det er det siste året blitt etablert 4–5 nye pårørendesentre. Direktoratet anbefaler etablering av flere pårørendesentre.

*Actis* peker på at pårørende ofte er en del av problemet og ofte en del av løsningen. Pårørende til rusavhengige kan være en viktig ressurs, men blir dessverre ofte glemt. Pårørende må få nødvendig avlastning og deres kunnskap og erfaringer anerkjennes og benyttes i pasientveiledningen (utredningen, behandlingen og rehabiliteringen). Pårørende har kjennskap til pasientens bakgrunn, ressurser, symptom og sykdomsforløp samt virkningen av ulike tidligere utprøvde tiltak.

Pårørende kan medvirke til at rusproblemene oppstår, men de kan også være alvorlig skadelidende på grunn av et familiemedlems rusbruk. Dette er en erkjennelse som *Actis* savner i rapporten. Dette betyr at forhold i familien ofte har spilt en sentral rolle i problemutviklingen. Det betyr også at pårørende også er hjelpetrengende.

Bak de fleste rusmisbrukere står det en familie i en ofte komplisert relasjon til rusmisbrukerens lidelser. For mange rusmisbrukere kan selve relasjonene til pårørende spille en sentral rolle i problemutviklingen. Årsak og virkning kan være vanskelig å skille fra hverandre. I stedet kommer det ofte skam og skyld blant alle parter.

Det er derfor viktig at pårørendes helse og familiens relasjoner også er gjenstand for oppmerksomhet i utredning, behandling og rehabilitering. Dessuten må en viktig del av behandlings-

målet for en rusavhengig i de fleste tilfeller også omfatte de pårørende.

Organisasjonen *Barn av rusmiddelmissbrukere* peker på at tiltaksfeltet innenfor rusomsorgen de siste årene har blitt tydeligere og mer opptatt av å ivareta den enkelte pasients rettigheter og helhetlige tilbud. Dette har man i alt for liten grad vært opptatt av når det har handlet om behandling/hjelpetilbud til pårørende, og spesielt barna. Behandling og rehabilitering bør være like sentrale tilbud i hjelpen som gis til barn med rusmisbrukende foreldre, som det foreldrene har behov for. Derfor må helheten i tilbudene vektlegges sterkere enn det er pr i dag. Det er kun gjennom hjelp, bearbeiding og støtte man kan bryte en sirkel som alt for ofte ender med at barna selv begynner med rusmidler.

*Korus Vest* peker på at pårørende og spesielt «barn av» har store behov for informasjon og delaktighet. Her det gjort mye implementeringsarbeid i forbindelse med nye lovbestemmelser. Arbeidet bør styrkes og intensiveres, og det bør forskes på hvordan loven anvendes. Likeledes er det stort behov for kompetanseutvikling om pårørende- og familieperspektiv i tjenestene, og utbredelse av for eksempel barneansvarlig-ordning også på kommunalt nivå.

### **Forslag 13 Samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og langsiktig oppfølging på ett forvaltningsnivå**

Det er stor uenighet knyttet til forslaget, som en naturlig følge av synet på forslaget om opprettelse av MO-sentre.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helsedirektoratet* mener at tiltak for rusmiddelbrukere/rusmiddelavhengige bør finansieres på samme måte som andre helse- og sosialtjenester.

*Fagrådet* slutter seg til utvalgets forslag om å etablere MO-sentrene under ett forvaltningsnivå og at dette blir statlig nivå. Fagrådet kan ikke se at MO-sentrene organisert under kommunalt forvaltningsnivå vil kunne gjøre MO-sentrene best mulig operative i forhold til oppgaver, økonomi og autoritet.

Fagrådet kan ikke se at et bredt kommunalt ansvar med forankring i den enkelte kommune for MO-sentrene vil kunne gi de samme mulighetene og nødvendige rammene for det viktige behandlings- og oppfølgingsarbeid sentrenes skal stå for. Dette i motsetning til et bredt statlig ansvar. Mulighetene for å kunne gi likeartede tilbud over

hele landet, vil inn i en kommunal forankring bli sterkt redusert.

*Fellesuttalelsen fra byene Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Oslo* uttrykker klar motstand mot utvalgets forslag om statliggjøring av rustilbudene. Byene vil understreke at personer med rusproblemer skal ha rett til å motta sine velferdstilbud i kommunene på lik linje med alle andre borgere. En statliggjøring av tilbudene representerer en forskjellsbehandling og en uheldig stigmatisering av denne gruppen. I realiteten vil en overføring av de ordinære tjenestetilbudene til et statlig forvaltningsnivå være første ledd i organiseringen av en ny særomsorg. Det anføres:

*Det er behov for et sterkere og mer forpliktende samarbeid mellom statens spesialisthelsetjenester og kommunens tilbud på flere områder som gjelder personer med rusmisbruksproblemer og kombinasjoner mellom dette og psykiske lidelser/psykiatriske diagnoser.*

*Helse Sør-Øst RHF* mener MO-sentre vil representere en forbedring for det samlede tilbudet til rusavhengige. MO-sentrene bør imidlertid driftes av kommuner og ikke av spesialisthelsetjenesten. De fleste oppgaver som tiltenkes MO-sentrene er ordinære kommunale oppgaver. En eventuell ansvarsendring forutsetter lovendringer som vil innebære at de rusmiddelavhengige enda en gang får en særstatus. Dette står i motsetning til rusreformen som vektla at de rusmiddelavhengige skulle ha vanlige pasientrettigheter.

*Norsk Sykepleierforbund* minner om at utvalget foreslår blant annet å etablere et statelig tiltaksapparat med et bredt ansvarsområde, både faglig, administrativt og økonomisk. Grensedragningen mot den øvre delen av rusfeltets tjenestetilbud og brukerne av disse tjenestene oppleves uklare. NSF mener at en bred «statlig særomsorg» ikke ivaretar samhandlingsreformens intensjon om en styrking av kommunehelsetjenestens rolle og funksjon i fremtiden. NSF foreslår derfor å videreutvikle de kommunale hjelpetilbudene, samtidig som det sikres effektive, trygge og tilgjengelige spesialiserte tjenester etter individuelle behov. Kommunale mottaks- og oppfølgingssentre må stå i forpliktende samarbeide med spesialisthelsetjenesten og det øvrige kommunale hjelpeapparat.

Slik *Kirkens Sosialtjeneste* ser det, vil en statlig ansvarsmodell være et godt utgangspunkt for likeverdige og tilgjengelige tjenester til befolkningen. Dette plasserer ansvaret ett sted, gir grunnlag for tilpassede tjenester utover hele landet, samt at det

vil lette innsamling av ulike typer data som kan gi kunnskap om tjenestene og hvordan de oppleves av befolkningen. Et tilleggsargument for en statlig tilknytningsform er dessuten at tjenestene blir mindre sårbare for svingninger i kommunenes økonomi. MO-sentrene vil uansett forvaltningsnivå kreve betydelige tilleggsbevilgninger knyttet til investeringer og drift. De økonomiske behovene bør derfor utredes nærmere og sikres bred politisk støtte dersom reformen skal kunne realiseres og være bærekraftig.

*Gatejuristen* mener idéen på mange måter er god, men at det er flere betydelige hindringer som ligger i veien for at sentrene kan bli en realitet. Primært gjelder dette organiseringen. Dersom sentrene skal opprettes på statlig nivå, vil dette for det første være stikk i strid med den nye kommunale helse- og omsorgsloven, som sier klart at det er kommunene som skal ha ansvaret for behandling og rehabilitering. Dersom man ser for seg å opprette sentrene på kommunalt nivå, vil dette også være svært vanskelig å forene med den nye helse- og omsorgsloven, da denne legger opp til at kommunene skal ha full frihet i forhold til hvordan de vil oppfylle sine plikter etter loven. I praksis vil det derfor bli svært vanskelig å realisere sentrene uten å endre den nye helse- og omsorgsloven.

*Bergen kommune* mener at MO-sentrene må driftes av kommunen. Hovedbegrunnelsen er at flertallet av brukerne vil ha behov for langvarig kommunal oppfølging i forhold til å fremskaffe bolig, mestre bosituasjonen, sikre økonomisk livsopphold, arbeide med å fremskaffe tilpassede kvalifiseringstiltak og meningsfulle aktiviteter med mer.

*Oslo kommune* støtter ikke at tilbudet etter Stoltenbergutvalgets forslag skal tas ut av de ordinære kommunale tjenestene. Dette vil skape ytterligere oppdelt og uklart ansvarsforhold og fare for at brukeren blir stående utenfor de ordinære tjenestene. Ansvaret for rusmiddelmissbrukere og etablering av velferdstjenester for disse, bør som for alle andre borgere, være kommunens ansvar. Oslo kommune vil også be om at man innfører rett til behandling innen 24 timer etter akuttavrusing.

Dette høres fint ut, og er noe *RIO* har ment lenge. Rusreform 1 og 2 fungerer ikke i praksis, og særlig de menneskene som velger en medisinfri vei ut av avhengigheten taper mye på dagens ordning. Dessverre kan ikke *RIO* skjønne hvordan man skal få til dette nå som samhandlingsreformen kommer. Skal man lage en særordning for rusfeltet? Dessuten, når de regionale helseforetakene bygger ned behandlingstilbud, hvor skal folk

få behandling? Er ideen at alt skal foregå i kommunen? Dette vil være det samme som å si at alle kun skal få tilbud om skadereduksjon, og ingenting annet. Dette ene forvaltningsnivået, hvordan skal det forholde seg til NAV og andre etater som man trenger for å komme tilbake til samfunnet? *RIO* kan ikke se annet enn at dette forslaget er et politisk spill for galleriet.

Dette er et viktig forslag som *Folkehelseinstituttet* kan stille seg bak. Hovedgrunnen til dette er at rusmiddelproblemer og særlig rusmiddelavhengighet, representerer langvarige nevrobiologiske endringer hos brukeren, og der all forskning og erfaring så langt tilsier at et langtidsperspektiv er nødvendig mht oppfølging, behandling, samt rehabilitering. Vi er av den oppfatning at en slik oppfølging av pasientene vil være lettere dersom det dreier seg om ett forvaltningsnivå, og at dette er statlig. Folkehelseinstituttet mener således at et bredt statlig ansvar vil være det ideelle med tanke på å oppnå best mulig funksjon av de foreslåtte etablerte mottaks- og oppfølgingssentrene.

*Fylkesmannen i Buskerud* ser at det er motstridende hensyn når det gjelder organiseringen av MO-sentrene. Det er gode argumenter for at det legges inn som en del av helseforetaket, samtidig som det da kan være en fare for at det kan tape i kampen om ressurser i forhold til andre pasientgrupper. Større kommuner som Drammen har både en størrelse og en organisering som faglig kan ivareta et MO-senter fra kommunal linje. Andre av våre kommuner som Hallingdal og Numedal vil være avhengig av at MO-senteret jobber på tvers av kommunegrensene. I Hallingdal har man for eksempel etablert et lokalmedisinsk senter (11/2 linje tjeneste) «Sjuketugu» og det vil være naturlig å tenke et MO-senter organisert med tilknytning til dette senteret. Etter modell av ACT-sentrene mener fylkesmannen at man må vurdere å ha både statlige og kommunale stillinger i samme senter.

#### **Forslag 14 Gjør en trygg bo-situasjon til en del av behandlingen**

Det er bred enighet om å etablere en trygg bo-situasjon, men uenighet om hvordan dette bør organiseres.

#### *Høringsuttalelser:*

*Fellesuttalelsen fra byene Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Oslo* peker på at tilbudene til personer med rusproblemer må

styrkes på kommunalt nivå med økte rammer fra staten. Det etterlyses sterkere statlige virkemidler på boligfinansiering og arbeidet med oppfølging av den enkelte beboer, slik at det vil være mulig å etablere varige og stabile botilbud for denne gruppen.

*Helse Sør-Øst RHF* støtter ikke forslaget om å overføre ansvaret for bo-oppfølging og sysselsetnings/aktiviteter til spesialisthelsetjenesten. Dette er en av hovedoppgavene for de kommunale sosialtjenester og NAV som har betydelig erfaring og kompetanse på dette feltet. Forslaget går i mot samhandlingsreformen som foreslår flere oppgaver og nye ressurser til kommunene og sterkere spissing av spesialisthelsetjenesten.

Veiledningsplikten til spesialisthelsetjenesten bør imidlertid tydeliggjøres ytterligere, og for en del pasienter med omfattende dobbeltdiagnoseproblematikk kan det være hensiktsmessig med samarbeidstiltak ift boligoppfølging.

*Den rettsmedisinske kommisjon* er av den oppfatning at dette kan bli en betydelig utfordring. Sosial integrering, bolig og arbeid er viktige suksesskriterier i rehabilitering. Dette vil kreve ekstremt tett oppfølging. Man vil tro at nærmiljøene vil ha en viss skepsis overfor rusmisbrukere med som oftest sammensatte sosiale og helsemessige problemer. Det skal heller ikke mange uheldige episoder til for at nærmiljøet vender ryggen til disse personene og selve integreringstiltaket. Da kan betydelige ressurser og svært tett oppfølging i kortere eller lengre tid være nødvendig.

*Arbeiderbevegelsens Rus- og sosialpolitiske forbund* foreslår at det opprettes «Halveishus» med tilsyn som en del av behandlingsstedenes opplegg. Et Halveishus er en form for bokollektiv for beboerne med hver sitt rom og felles stue, kjøkken m.m. Beboerne følges tett opp for å lære seg å leve rusfritt.

*Prosjenteret* peker på at utvalget ikke har sett særskilt på behovet for kjønns spesifikke tiltak innenfor bo- og behandlingstiltakene. Det anføres:

*I vårt innspill til utvaget skrev vi: «Betydningen av kjønn i rusbehandling og i omsorgstilbud må tilbake på agendaen. Det er behov for flere gode kjønns spesifikke tilbud, både for kvinner og menn.» Gjennom Rusmiddelstatens kvinnetiltak, KBs Natthjemmet og Stiftelsen Arken er det gjort gode erfaringer man kan bygge videre på. Mange kvinner har etterlyst skjerming under avrusning. Menns spesifikke behov er også usynliggjort.*

*LAR-nett Norge* peker på at bolig er en essensiell del av rehabiliteringen for rusavhengige, og ikke minst en trygg og stabil bolig borte fra rusmiljøet, ikke slik som i dag der alle aktive og tidligere rusmisbrukere blir plassert i samme bolig blokk/området. Det bør bygges egne bo-treningssentre for personer i LAR, slik at de ikke må bo sammen med dem de ruste seg sammen med tidligere. Videre anføres det at aktiviteter bør være en fast del av behandlingen, for å unngå ensomhet og isolering fra samfunnet. Det finnes ikke nok aktivitets tilbud til brukerne i dag. Det er altfor få tilrettelagte arbeidsplasser

*Bergen kommune* etterlyser sterkere statlige virkemidler på boligfinansiering. Tilskuddsordninger fra Husbanken må styrkes slik at det muliggjør fremskaffing av flere tilrettelagte boligløsninger for rusavhengige. Videre er det viktig å videreutvikle samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket for å skape helhet og kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen av den enkelte. Samarbeidsavtalen inngått mellom Bergen kommune og Helse Bergen HF ses på som vesentlig i denne sammenhengen.

### **Forslag 15 Sikre oppfølging av narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold**

Bred enighet om forslaget.

#### *Høringsuttalelser:*

*Barn av rusmiddelmisbrukere* støtter i hovedsak utvalgets vurdering, men vil også her påpeke at fokuset på barna er totalt fraværende. Et forslag som burde kommet naturlig i en slik sammenheng er det manglende kunnskapen i utarbeidelse av politikken på barns behov når foreldre settes i fengsel. Det er på høy tid at Norske fengsler får egne barneansvarlige som sikrer barnas rett til informasjon og støtte i en fase der en eller begge foreldre en innsatt i et norsk fengsel. Organisasjonen ber derfor departementet om snarest å se på muligheten for å opprette barneansvarlige i alle landets fengsler.

*Gatejuristen* støtter forslaget om å sikre oppfølging under og etter fengselsopphold og anfører:

*Tilgangen på rusmidler i fengsel er i dag stor og veien tilbake til rus etter et fengselsopphold ofte er kort. Det er derfor viktig at det finnes et behandlingstilbud tilgjengelig under soning og at de som har vært gjennom slike behandlingsopplegg føl-*

ges opp etter endt soning. Dette gjelder i like stor grad som oppfølging etter annen avrusning/ behandling, og kan også sees i et forebyggingsperspektiv. Gatejuristen erfarer at mange som har klart å holde seg rusfri innenfor murene sprekker når de kommer ut. Dette skyldes i stor grad manglende oppfølging i form av hjelp til rusmestring, bolig, jobb og en meningsfylt hverdag.

### **Forslag 16 Harmoniser regelverk for tvang, og utarbeid nasjonale råd eller retningslinjer for tjenestene**

Tilslutning til forslaget, med noen begrensninger mht barnevern.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helse Sør-Øst RHF* viser til at nasjonale veiledere eller retningslinjer er like viktige for å kvalitetssikre bruk av tvang innen dette feltet som innen psykisk helsevern. Den nasjonale evalueringen som er foretatt i regi av Helsedirektoratet, bør følges opp med en harmonisering av lovverket.

*Adferdssenteret* viser til at hvis en harmonisering ville bety en innskrenking av barnevernets mulighet til bruk av tvang, vil det trolig være svært uheldig. Barnevernet har utviklet kunnskapsbaserte og evidensbaserte behandlingsmetoder for atferdsvanskelige som også ofte har store rusproblemer. Disse metodene forutsetter ofte bruk av tvang. Det er liten tvil om at det er barnevernet som har utviklet og nytter de mest effektive behandlingsmetodene for denne ungdomsgruppa. I praksis er det også barnevernet som i dag tar ansvaret for de rusavhengige under 18 år. Adferdssenteret kan vanskelig se at det er noe behov for å harmonisere lovverket som regulerer bruk av tvang for barn og unge på den ene siden og voksne på den andre, men ser behov for å samordne tjenestene fra psykisk helsevern, rusomsorg og barnevern bedre.

*SERAF* finner det ønskelig med en mer helhetlig praksis for anvendelse av lovverk som hjemler tvang. Harmonisering eller koordinering medfører imidlertid nokså store vansker. Det bør nedsettes et utvalg som ser på dagens lovverk og anvendelsen av det. Uvalget bør også se på forutsetninger knyttet til tvangens innhold.

*Oslo kommune* mener det er grunn til å se på regelverkene for tvangsbehandling av rusavhengige, slik at man sikrer at gjeldene regelverk blir enhetlig forstått, og at retningslinjene er så klare at det ikke skapes usikkerhet. Det sikrer tillit til behandlingsapparatet. Tvang er en alvorlig inngripen i en persons liv, og bør i størst mulig grad bli

enhetlig utøvd. Det er et alvorlig inngrep i et individs selvstendighet, og bruken av tvang bør begrenses.

### **Forslag 17 Sikre tydelig ansvars- og arbeidsdeling mellom psykisk helse og rusfeltet**

Bred tilslutning til forslaget.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helsedirektoratet* utarbeider for tiden nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse.

*Gatejuristen* peker på at det er viktig at mennesker med tunge rusproblemer ikke kan avvises fordi de også har psykiske lidelser. Det er ofte vanskelig å vite hva som kom først av rusproblemet eller den psykiatriske diagnosen, og det er klart at mange mennesker med psykiske problemer foretar selvmedisinering og utvikler tung avhengighet av narkotika. Det er derfor viktig at disse menneskene får den behandlingen de har krav på hos spesialisthelsetjenesten. Det må utarbeides klare retningslinjer slik at disse menneskene fanges opp og får et adekvat tilbud. Vi ser at mange av disse menneskene blir kasteballer som i siste instans havner hos politiet. Dette er ikke bra nok for mennesker som har et klart behov for medisinsk hjelp.

### **Forslag 18 Avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet**

Bred tilslutning til forslaget.

#### *Høringsuttalelser:*

*Fellesuttalelsen fra byene Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Oslo* gir tilslutning til å avvikle egenandelene for behandling av narkotikaavhengighet.

*LAR-nett Norge* støtter avviklingen av egenandeler for behandling av narkotikaavhengighet. Alle rusmisbrukere bør få automatisk tilsendt frikort 1. januar, slik som de praktiserer i noen kommuner i dag. Det er stor forskjell i tannbehandlingstilbudet for rusmisbrukerne i Norge, det bør være et likt regelverk for alle kommuner/fylker i Norge, slik at alle kan få et likt tilbud om tannbehandling. Rehabiliterte pasienter bør få tilbud om implantat istedenfor protese, noe som er veldig nedverdiggende og ubehagelig for pasientene. Et



pent smil er det første man legger merke til og gjør mye for selvfølelsen.

*Fylkesmannen i Oslo og Akershus* peker på at utvalgets forslag avviker fra tanken om en normalisering av tilbudet til rusavhengige og skiller dem ut fra andre tjenestemottagere. Det er et dilemma, og man bør kanskje se på egenandelsordningen også for andre grupper som mottar poliklinisk behandling. Kan hende bør egenandelene vurderes opp mot inntekt.

Forslaget støttes likevel da krav om egenandel erfaringsmessig stenger enkelte ute fra poliklinisk behandling, og fordi det praktiseres ulikt i kommunene om sosialtjenesten dekker egenandeler til behandling eller ikke.

*Fylkesmannen i Buskerud* støtter forslaget og anbefaler at man vurderer å gi frikort og fri behandling til alle injiserende avhengige. Mange rusavhengige får dekket dette av NAV, men det er et komplisert system som krever at regningene leveres til NAV for så å refunderes.

### **Forslag 19 Start behandling med medisiner når den enkelte trenger det**

Gjennomgående støtte til forslaget, men en del synspunkter på bruken av legemidler i behandling.

#### *Høringsuttalelser:*

*LO* er kritisk til at det stadig behandles mer med medikamenter, og mener det er grunnlag for å si at brukerne selv etterlyser et mer helhetlig tilbud. Medikamenter må bli et tillegg til behandling og ikke selve behandlingen. *LO* ønsker heller et økt fokus på R (rehabilitering) i LAR (behandling med legemidler). Rus og psykiatri henger ofte sammen, og begge må behandles. Fremtiden bør ikke være at mange bruker metadon, men heller får hjelp til å bli rusfrie.

*Barn av rusmiddelmissbrukere* er bekymret over at hjelp til rusavhengige i større grad blir gitt medisinske løsninger, framfor medikamentfri behandling. En dreining over på medisinske løsninger har i større grad ført til at rusproblem for en familie ses på som et medisinsk problem, samtidig som det i aller største grad oppleves som et sosial- og relasjonsproblem for den enkelte misbruker og de nærmeste pårørende.

Ventetiden på LAR-behandling og den høye terskelen er et av de problemene *Prosjenteret* oftest får tilbakemelding om. Dette gjelder også ved reinnntak i LAR. *Prosjenteret* slutter seg til utvalgets forslag, uavhengig om det etableres MO-sentre eller ikke. Urinprøvekontroller bør brukes i sam-

råd med klienten, ikke som et vilkår eller en obligatorisk kontroll.

*LAR-nett Norge* mener LAR-behandling i Norge starter med å gi pasienten ingen tillit. Dette er en stigmatiserende og dårlig start på behandlingen, og skaper et mistillitsforhold mellom pasienten og helsetjenesten. Pasienten møter en vegg av stigmatiserende holdninger fra helsetjenesten, resultatet av det er at pasienten gir opp allerede ved starten av rehabiliteringen, det er bare de sterkeste som i dagens LAR greier å kjempe seg gjennom et behandlingsforløp. Når skal denne pasientgruppen oppleve å få troverdighet?

*Bergen kommune* deler utvalgets vurdering om at oppstart i LAR må kunne skje raskere når pasienten har behov for det, og at medisiner ikke gis uten at man samtidig får nødvendig oppfølging. *Bergen kommune* stiller seg imidlertid noe undrende til utvalgets oppfatning av at behandlingen skal gis i regi av statlige LAR-sentre. Vurdering om rett til nødvendig helsehjelp skal skje i vurderingsenhetene, og oppstarts- og stabiliseringsregimet bestemmes av spesialisthelsetjenesten. Selve utdelingen og hovedansvaret for oppfølgingen av pasienten bør være et kommunalt ansvar. Stabile pasienter bør overføres til kommune/fastlege.

*Oslo kommune* støtter forslaget, og mener det er viktig at arbeidet med å redusere ventetiden til behandling prioriteres. *Oslo kommune* er opptatt av en oppmykning av regelverket rundt LAR. Tilgangen til medisin må styres av behov. *Oslo kommune* viser videre til at lavterskel utdeling av buprenorfiner er et viktig LAR lavterskeltilbud, som også bør prioriteres fremover.

*Apotekforeningen* viser til at apotekene erfarer fra sin posisjon i LAR at det ett år etter innføring av nye nasjonale retningslinjer for LAR fortsatt er betydelige ulikheter i hvordan elementer i LAR praktiseres i ulike deler av landet.

Omlag halvparten av alle LAR-pasienter får sine legemidler på apotek. Flere kunne nytt godt av slike normaliserte legemiddelutleveringsrutiner. LAR-pasienter opplever imidlertid at den forskriftsfestede pasientrettigheten fritt apotekvalg (rekvirerings- og utleveringsforskriften § 1–4) en rekke steder settes helt til side av det ansvarlige helseforetaket (HF). Målene om normalisering og like tjenester i hele landet er på ingen måte nådd, og normalisering er unntaket og ikke hovedregelen i alt for mange tilfeller. Hvilket LAR-opplegg de opioidavhengige tilbys er følgelig fortsatt helt avhengig av den enkeltes bosted. Det synes å være HFenes egenrådighet på LAR-området som er hovedårsak til dagens situasjon.

Det er altså i dag en utvikling på LAR-området som tydelig går bort fra normaliseringsprinsippet. Det er bekymringsfullt. Helsemyndighetene kjenner problemene. Trolig er det bare sterkere styringssignaler fra overordnet helsemyndighet som kan besørge en utvikling mot normalisering for pasientene i LAR.

Apotekforeningen gir tilsutning til Helsedirektoratets oppfordring til en gjennomgang av finansiering av legemiddelkostnadene til LAR-pasienter, slik at man kan unngå at økonomiske hensyn overstyrer de faglige vurderingene som legges til grunn for legemiddelvalg og utleveringsordning.

*Folkehelseinstituttet* slutter seg til utvalgets utsagn om at medisiner ikke skal gis uten at man samtidig får god oppfølging. På dette punktet mener Folkehelseinstituttet også at nye medikamenter utover de etablerte i LAR-systemet i dag, dvs. metadon og buprenorfin, forsøkes. Det vises i denne forbindelse til lovende forsøk med implantering av opiatantagonister (naltrexon) som ble utført i Norge. Et nært samarbeid mellom LAR-sentrene og den kliniske rusmiddelforskningen ved SERAF og FHI er derfor viktig.

### **Forslag 20 Legg behandling og oppfølging til kvalifiserte fagmiljøer i MO-sentrene**

Synspunktene er avhengig av synet på opprettelse av MO-sentre.

#### *Høringsuttalelser:*

*Helse Sør-Øst RHF* mener det er mulig å tenke seg et 2-sporet system for LAR-pasienter:

1. De kommunale MO-sentrene tar hånd om de pasientene som selv ønsker skadereduksjon / ikke ønsker TSB
2. LAR-pasienter som ønsker tverrfaglig spesialisert behandling/rehabilitering fortsetter innen spesialisthelsetjenesten.

Andre pasienter i substitusjonsbehandling utenfor LAR bør behandles i MO-sentrene.

### **Forslag 21 Baser behandling på tillit fremfor kontroll; reduser bruken av urinkontroller**

Stort sett tilslutning, enkelte faglige innvendinger.

#### *Høringsuttalelser:*

*Den rettsmedisinske kommisjon* viser til at verdien av regelmessige overvåkede urinprøver for inntak av rusmidler er omdiskutert. Effekten er ikke

overbevisende dokumentert, men det er heller ikke dokumentert at testing for inntak av rusmidler er uten betydning. Det er, etter det vi vet, heller ikke gjennomført noen kost-nytte analyser. Hvis målet med behandlingen er tilbakeføring i samfunnet med arbeid etc. er vi av den oppfatning at et system med regelmessige kontrollerte urinprøver kan være et godt hjelpemiddel og støtte for den enkelte. Hos den mest belastede gruppen tror vi imidlertid ikke at testing for inntak av rusmidler vil gjøre noen forskjell. Inntaket vil sannsynligvis skje uavhengig av kontrolltiltak.

Kommisjonen mener testing for inntak av rusmidler bør være mer differensiert tilpasset den enkeltes situasjon. Eventuelt frigjorte ressurser kan da med fordel overføres til andre ledd i behandlingsskjeden. Kommisjonen ser med interesse på en videreutvikling av analyser av legemidler og rusmidler i spytt, noe som vil kunne forenkle systemet.

*Atferdssenteret* mener det er grunnleggende feil å blande sammen det å vise tillit og det å ta urinkontroller. Dette er en gruppe som ofte har lang erfaring med at det er vanskelig å begrense rusinntaket selv om de har gitt uttrykk for et sterkt ønske om det, og at det er vanskelig å være åpen om rusinntak. Urinprøver er i behandlingssammenheng i første rekke en hjelp til den enkelte til å begrense inntak og kunne være åpen om det. Kontroller som ikke er en del av et behandlingsopplegg, kan en selvsagt diskutere berettigelsen av.

*Gatejuristen* får ofte tilbakemelding fra klienter om at det å måtte avlegge urinprøver oppleves som inngripende og for mange begrensende i forhold til personlig livsutfoldelse. Urinprøver flere ganger per uke er et sterkt kontrolltiltak. Det å måtte avlegge urinprøver flere ganger per uke har stor innvirkning på hverdagen til den enkelte. I noen tilfeller vil det være nødvendig for å hindre og/eller kontrollere eventuell sidemisbruk, men ofte er dette en unødvendig kontroll som er egnet til å skape misstillit mellom den rusavhengige og hjelpeapparatet. Det vil derfor være positivt å utrede alternativer til urinprøver, der dette er forsvarlig.

*LAR-nett Norge* hevder at urinprøver blir prioritert fremfor rehabiliteringen, det er ingen øvre tak på hvor mye penger som blir brukt på urinprøver. Rehabiliteringen derimot lider under sterke begrensninger og mangler ressurser og midler. Overdreven bruk av urinprøver har forskning vist at har ingen ting for seg. Og urinprøver som straffereaksjon er med på å undertrykke denne pasi-

entgruppen. Det er store forskjeller i praksis innenfor urinprøvetagning i Norge.

RIO mener det trengs det en offensiv tankegang hvis man skal praktisere verdighet og vise at samfunnet har tro på folk som flykter ifra seg selv ved hjelp av rusmidler. Når man snakker om LAR mener RIO at man hele tiden burde komme med eksempler på personer som har vært i LAR, sluttet i LAR og som i dag lever helt vanlig liv. Ved hele tiden å gjenta slike eksempler i alle sammenhenger skaper vi en tro på at det går an. Og myten om at LAR er et livslangt løp for flertallet, vil dø. I rapporten står det at medisiner er nødvendig for å lykkes med annen type behandling, f.eks. terapi. Dette blir et for snevert syn. Hvis man er på så store doser medisiner at man ikke får med seg hva som skjer, fungerer heller ikke terapi.

Skal man ha noen som helst mulighet til å lykkes med LAR bør alle som starter opp være innlagt på institusjon i minimum 6 måneder. Dette bør være egne institusjoner, hvor man ikke blander medisinsk behandling med ikke-medisinsk behandling.

Folkehelseinstituttet støtter utvalgets forslag om at biologisk kontroll av behandlingsresultat i større grad skal legge vekt på frivillighet, og at det i de aller fleste tilfeller vil være uheldig om sanksjonære konsekvenser iverksettes basert på resultater fra urinprøver. Manglende evne hos en pasient til å bli kvitt eller redusere sitt rusmiddelproblem bør heller følges opp behandlingsmessig enn ved utelukkelse fra behandlingsprogrammet. Det er imidlertid viktig at pasienter som bruker LAR-medikamentene, metadon og buprenorfin, ikke bruker andre rusmidler ved siden av fordi slik bruk av andre stoffer er godt dokumentert med hensyn til å forringe rehabiliteringsresultatet. Det bør derfor av behandlingsmessige grunner opprettholdes en betydelig kontroll med hensyn til at pasientene ikke bruker andre medikamenter enn de som er forskrevet. Slik kontroll kan med fordel (ikke minst av hensyn til pasientene) utføres ved hjelp av spyttprøver (saliva).

### **Forslag 22 Åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR**

Et stort flertall av høringsinstansene går mot forslaget, mange påpeker at LAR bør bygges bedre ut.

#### *Høringsuttalelser:*

*Arbeiderbevegelsens Rus- og sosialpolitiske forbund støtter ikke forslaget.*

*Helsedirektoratet* peker på at det medisinsk sett ikke er noen stor prinsipiell forskjell på stabilisering av opioidavhengige med heroin og med metadon/buprenorfin. Den viktigste forskjellen er at metadon inntas som saft og buprenorfin som tabletter som legges under tungen, mens heroin inntas ved hjelp av sprøyter. I heroinprosjektene i Europa inntar pasientene ved fremmøte minst to ganger daglig heroin i tillegg til at man får en kveldsdosering med metadon. Det er med andre ord en svært krevende behandlingsform, hvor pasienten må møte til inntak av heroin 2 ganger daglig hele året. Der hvor heroinbehandling finnes, er man fullt klar over at man i liten grad når «hard-to-reach» gruppen med denne typen behandling. De fleste sentrene opplever dessuten problemer med å rekruttere pasienter til behandlingen, når de opiatavhengige finner ut hvor ressurskrevende behandlingen er.

Ut fra forskningen på heroinassistert behandling er det rimelig å tro at en gruppe heroinavhengige i Norge som i dag ikke nås av behandlingstilbud, vil profitere på slik behandling, dette er gruppen man ofte kaller «hard-to-treat». Det er likeledes rimelig å tro at heroinassistert behandling i utgangspunktet er en svært kostbar behandlingsform, vesentlig mer ressurskrevende enn behandling med metadon/buprenorfin. Det anbefales:

*På grunn av geografi og demografi i Norge og kravene til sikkerhet i behandlingen er det dessuten rimelig å tro at kostnadene til slik behandling i Norge vil være større enn i land som til nå har utprøvd denne behandlingsformen. Heroinbehandling vil kun være mulig å etablere i ganske få byer i Norge, da det potensielle pasientantallet de fleste steder er for lavt.*

*Det er likeledes nærliggende at en eventuell innføring av substitusjonsbehandling med heroin kan skje på bekostning av andre tiltak innen TSB. Ut fra kostnadsvurderinger og geografiske forhold bør opioidavhengige i Norge fortsatt behandles med metadon og buprenorfin innen rammen av LAR. Utbyggingen av LAR på spesialistnivå bør intensiveres, og bemanningen bør økes. Samtidig bør den psykososiale oppfølgingen av LAR-pasienter (og andre pasienter med ruslidelser) i kommunene styrkes. Utprøving av heroinbehandling innen LAR bør derfor ikke igangsettes på nåværende tidspunkt.*

Helsedirektoratet peker på at helseforetakene etter innføring av nytt rammeverk er i ferd med å bygge ut en lavterskelgren i LAR for heroinavhengige pasienter som ikke har omfattende rehabiliteringsmålsettinger. Spesielt bør det arbeides for å inkludere flere pasienter i «hard-to-reach»-gruppen etter liknende metoder som Klinikk Motivasjon benyttet. Denne utviklingen bør støttes for å nå den pasientgruppen en ønsker å nå med heroinassistert behandling.

Helsedirektoratet vil følge nøye med i erfaringene med heroinbehandling i andre land og spesielt i vårt naboland Danmark, som har mange likhetstrekk med Norge.

*Fylkesmannen i Østfold* finner at det er oppsiktsvekkende at forskjellsbehandling av opiatavhengighet som sykdomstilstand legges ut til offentlig høring. Valg av legemiddel må foretas av medisinsk og farmakologisk ekspertise.

Forslaget støttes av *Fagrådet innen rusfeltet i Norge*.

*Fellesuttalelsen fra byene Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen og Oslo* avviser at det åpnes for forsøksprosjekt med heroin inkludert i LAR. Det er imidlertid ønskelig at det i stedet åpnes for å optimalisere bruk av metadon og buprenorfin. Det er enighet om at andre behandlingsmetoder skal være forsøkt og vurdert, eller anses som nytteløse før LAR-behandling velges, både i et langsiktig perspektiv og som lavterskeltilbud.

*Legeforeningen* går imot forslaget og anfører:

*Dagens LAR-enheter opplever at rammefinansieringen strammes inn og hindrer medikamentell behandling i den ønskede utstrekning. Heroin er et meget uhensiktsmessig legemiddel som må injiseres flere ganger om dagen og som er assosiert med stor overdosefare, særlig i kombinasjon med andre rusmidler/legemidler. Det finnes i dag andre alternativer til metadon og subutex enn heroin. Ingen forsøk har vist at det har bedre effekt enn LAR legemidler. LAR koster ca 74.000 pr pasient pr år. Heroinassistert rehabilitering vil koste ca 180.000 pr pasient pr år.*

*Helse Sør-Øst RHF* minner om at utvalget påpeker at det er for lite tilbud om rehabilitering til pasienter i LAR, og at tilgjengeligheten ikke er god nok. Med forsterkning til kommunene og LAR i spesialisthelsetjenesten vil LAR være i stand til å få pasientene raskere i behandling og følge tettere opp. Det er naturlig å bygge ut LAR over hele landet før man forsøker et tiltak som heroinassistert rehabilitering.

Hovedårsakene til at *Helse Vest RHF* ikke støtter forslaget er:

*Behandling med heroin vil berre vere til hjelp for ei lita gruppe menneske. Dette fordi mange av dei tyngst belasta heroinavhengige som ein ikkje klarer å hjelpe i dag, ikkje vil klare å overhalde dei krava som behandling med heroin inneberer. Behandling med heroin er langt dyrare enn behandling med substitusjonslegemiddel som metadon etc. Dei langsiktige effektane av behandlinga er heller ikkje kjent.*

*Spesialisthelsetenesta har avgrensa ressursar og må prioritere. Det er i dag knapt med faglege og økonomiske ressursar til å byggje opp tilstrekkeleg med gode tenester for det store fleirtalet av rusmiddelavhengige. Dei same midla vil kunne gjere større nytte i andre deler av tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB). Ved å styrkje eksisterande tilbod i LAR, spesielt rehabiliteringsdelen, vil ein truleg kunne hjelpe fleire opiatavhengige enn det ein klarar i dag.*

*Landsorganisasjonen i Norge* peker på at dette skal være et tilbud til de som ikke klarer å gjennomføre tradisjonell behandling. LO mener det ikke er belegg for å hevde at denne gruppen har bedre forutsetninger for å gjennomføre denne type behandling framfor tradisjonell behandling med eks. metadon, og støtter mindretallets syn i rapporten, som går i mot behandling med heroin.

*Den rettsmedisinske kommisjon* støtter mindretallet og kan ikke se at man i dag har behov for opioider ut over dagens behandling med først og fremst buprenorfin (Subutex/Suboxone), evt. med metadon.

*Actis* mener at heroinstøttet behandling ikke er riktig prioritering i dag. HSB lider spesielt av at det er uklart hvordan vi forstår problemet, og hva vi mener behandlingsmålet skal være. Skal det være behandling og del av en rehabilitering eller er det vedlikehold? Er det kriminalitetsforebygging eller helsehjelp? En bør også vurdere HSB i forhold til pasientrettighetenes beskrivelse av retten til helsehjelp og medbestemmelse.

Hvordan kan for eksempel pasienten ha «samtikkekompetanse» når behandlingsmålene synes uklare og pasienten selv er preget av ambivalens og motivasjonsproblemer?

*Blå Kors* støtter utvalgets mindretall som ikke ønsker et prøveprosjekt med heroin. Det er liten dokumentasjon for at heroinstøttet behandling har effekt. Styrking av LAR – ikke i omfang, men i kvalitet – bør ha fokus.

*SERAF /UiO* finner liten grunn til forsøksprosjekt med heroinassistert behandling i Norge. Det foreslåtte prosjektet vil ikke gi ny kunnskap av en forskningsmessig kvalitet som innebærer generaliserbar kunnskap. Det er nær umulig å se målgruppen for et prosjekt før LAR er styrket kvalitativt og kvantitativt. Dette gjør at begrepet forsøksprosjekt egentlig er noe misvisende.

*Norsk Sykepleierforbund* ønsker ikke at heroin skal tas i bruk som legemiddel i LAR. NSF mener det er riktigere å styrke det eksisterende LAR-tilbudet som mange steder i landet ikke er godt nok. De over 5 000 pasienter i LAR har rett til et verdig behandlingstilbud på linje med alle andre pasientgrupper. NSF mener at faglige og juridiske problemstillinger må belyses i langt større grad enn det er gjort i dag. Administrering av heroin reiser etiske og juridiske problemstillinger til sykepleierens rolle og funksjon som er å yte grunnleggende helsehjelp og sykepleie. Diskusjon om grenser for helsehjelp inneholder mange dilemmaer hvor blant annet prinsippet om ikke å volde skade blir aktualisert. NSF mener at det må foreligge en bred anerkjent internasjonal erfaring og forskningsbasert kunnskap før det kan bli aktuelt å legitimere heroin som et legemiddel i Norge.

*Grand Rehabilitering* reiser spørsmålet om hvem av de om lag 200 som «heroinbehandling» vil passe for? De som har gjort seg fortjent til: Narkomanes «Fortjenestemedalje for langt og trofast misbruk» av ulovlige rusmidler og kriminalitet? De som er «vanskelig å behandle» (hard to treat) vil antagelig ikke klare å overholde kravene som «heroinbehandling» stiller. En annen vanskeligstilt gruppe er de som er «vanskelig å nå» (hard to reach) som er til og fra mer eller mindre hele tiden.

*Flertallet i Rådet for sykepleieetikk* er negative til forslaget, og fremhever at forslaget ikke er forenlig med de fire prinsipper for helsetjenesteetikk og sykepleiens grunnlag og menneskesyn. Rådets hovedsyn baseres også på at heroin inkludert i LAR er å krysse en terskel for et narkotikum som bør bestå.

*Kriminalomsorgen region nord* støtter forslaget fra utvalgets mindretall; om at eksisterende LAR-tilbud må økes og utbygges slik at mulighetene som ligger i dagens substitusjonsbehandling utnyttes fullt ut uten at medikamentrepertoaret utvides med heroin.

*Prosjenterets* inntrykk er at det er store individuelle forskjeller på hvordan pasienter reagerer på, og nyttiggjør seg, forskjellige legemidler i LAR. I erkjennelsen av at det sannsynligvis finnes en mindre gruppe som vil nyttiggjøre seg lege-

middelassistert behandling med heroin bedre enn andre legemidler, vil Prosjenteret anbefale at det gjøres et forsøksprosjekt som flertallet anbefaler. For Prosjenteret handler dette først og fremst om å utvide et behandlingsrepertoar og å skape mer fleksibilitet og individrettet behandling basert på faglige vurderinger.

*LAR-nett Norge* tar sterkt avstand til at heroinprosjektet skal inkluderes i LAR behandlingen, men er samtidig positiv til et prosjekt med heroin for de tyngste brukerne utenfor LAR. Det anføres:

*Dette begrunner vi med at vi som er i LAR har kjempet lenge og hardt for å komme oss bort fra heroinen. Heroin i LAR vil være med på å stigmatisere LAR pasienter som gruppe ytterligere i samfunnet, dette skaper et bilde av at LAR pasienter fremdeles er tilknyttet heroin misbruk. Tilbakeføring til samfunnet er det vi kjemper for og tror på, ikke en ytterligere stigmatisering av oss som gruppe, som heroin i LAR vil føre til. Heroin behandling bør være et eget tilbud og ikke inkluderes i LAR behandlingen.*

*Bergen kommune* støtter mindretallets vurdering av viktigheten av å optimalisere bruk av metadon og buprenorfin, og å tilby bedre oppfølgingsopplegg og bedre behandlingsopplegg generelt. Det ses på som en reell risiko at utdeling av heroin kan være et alternativ som for tidlig avskjærer muligheten til å nå fram med substitusjonsbehandling. Bergen kommune ønsker derfor ikke at det åpnes opp for at behandling med heroin inkluderes i LAR.

*Foreningen for human narkotikapolitikk* støtter flertallsinnstillingen fra Stoltenbergutvalget om at også heroin bør brukes som medisin. Foreningen er likevel uenig i at det er nødvendig å innføre dette som et tidsbegrenset forsøksprosjekt. Heroinassistert rehabilitering har allerede vært en del av rusomsorgstiltakene i flere europeiske land i flere år.

*Oslo kommune* støtter ikke forslaget om et forsøksprosjekt der heroin inkluderes i LAR, men mener at tilstrekkelig behandlingstilbud av god kvalitet må etableres. En av de største utfordringene i dag er lange ventelister til LAR-behandling. LAR er en substitusjonsbehandling, og klientene i LAR er ikke i rus når de er korrekt medisineret. De kan delta i rusfrie behandlingsprogrammer, få tilatelse til å kjøre bil, mv.

Utdeling av heroin er vesensforskjellig fra øvrig LAR-behandling ved at klientene oppnår rus. Å inkludere heroinutdeling i LAR-behandlingen, endrer derfor dette prinsippet som er svært viktig

for mange LAR-brukere. Heroin har i motsetning til buprenorfin en kort virketid. For å unngå abstinenser må klientene som mottar heroin møte opp og injisere heroin minst 3 ganger daglig 7 dager i uken. I tillegg utdeles buprenorfin til bruk om natten. Et slikt opplegg kan bare følges av en liten gruppe heroinavhengige klienter med en relativt strukturert adferd. Fra et skadereduksjonsperspektiv er tiltaket derfor lite egnet.

Oslo kommune har i stedet valgt å etablere et lavterskeltilbud basert på buprenorfin, for slik å kunne gi hjelp til de aller dårligst fungerende klientene som ikke klarer å komme inn i LAR på ordinær måte.

*SIRUS* minner om det er bred enighet i Norge om at den psykososiale oppfølgingen i dagens substitusjonsbehandling ikke er tilfredsstillende. Det er derfor grunn til å tro at en satsing på tettere oppfølging av pasientene vil kunne bedre resultatene, slik også utvalgets mindretall foreslår. Det vises for øvrig til en ny kunnskapsoppsummering.

*Apotekforeningen* peker på at LAR er i dag innrettet mot å gi de opioidavhengige en rusfri hverdag. Bruk av heroin vil alltid måtte være forbundet med videreføring av rus. Offentlig finansiert heroinutdeling reiser derfor noen vanskelige prinsipielle spørsmål. I dag er det dessuten stor mangel på ressurser til arbeidet rettet mot de rusavhengige. Behandling med heroin som en del av tilbudet innen LAR vil være svært kostbart sammenlignet med andre LAR-legemidler og vil derfor med stor sannsynlighet måtte konkurrere om ressursene mot andre tilbud innen LAR. Det ville være svært uheldig om heroinutdeling skulle resultere i begrensninger i andre deler av LAR-tilbudet.

*RIO* går mot forslaget, og mener dette er noe man velger å foreslå fordi man ikke vil satse på folk. I stedet for å bygge ut behandlingsinstitusjonene, sikre overganger til kommunene og legge til rette for at folk skal delta i eget liv igjennom krav, gir vi deg heroin. Dette er det motsatte av verdighet. Det anføres at erfaringene fra andre land i liten eller ingen grad belyser hvorvidt enkeltpersoner kommer seg videre i livet, og at dette er et kostbart tiltak som vil dra ressurser fra andre deler av en underprioritert tjeneste.

*Folkehelseinstituttet* peker på at det er godt dokumentert at legemiddellassistert rehabilitering (LAR) har visse positive helsemessige konsekvenser, og at behandlingen på bakgrunn av det kunnskapsgrunnlaget vi har i dag, således bør fortsette. Da heroin som opiat ikke skiller seg avgjørende fra opioidene metadon og buprenorfin, er

det prinsipielt ikke noe i veien for å bruke heroin som substitusjonsmedikament istedenfor de to andre. Folkehelseinstituttet vil likevel mene at behandling med metadon og buprenorfin generelt sett er å foretrekke siden de er sikrere og lettere å administrere. Det er imidlertid en viss støtte i litteraturen for at heroinsubstitusjon kan være et bedre individuelt tiltak for de pasientene som ikke drar nytte av substitusjonsbehandling med de to andre medikamentene. Da heroinsubstitusjon vil være et individuelt tiltak for en mindre gruppe personer i LAR, vil Folkehelseinstituttet ikke tro at et slikt behandlingsregime vil ha noen negativ innvirkning på folkehelsen, for eksempel ved spredning av heroin ut i samfunnet fra slik behandling. Tiltaket krever imidlertid betydelig kontroll og overvåkning.

*KoRus Øst* peker på at sentrale forskningsmiljø som *SIRUS* og *SERAF* har oppsummert forskning om bruken av heroin som substitusjonsmedikament. I hovedsak er dette erfaringer fra europeiske land som Sveits, UK, Nederland, Spania og Tyskland.

Kunnskapsoppsummeringene viser at heroinstøttet behandling kan gi reduksjon i illegal heroinbruk, nedgang i kriminalitet og bedre sosiale forhold for gruppen som deltar. Visse grupper er imidlertid ekskludert fra modellprosjektene det er forsket på, hvilket gjerne defineres som gruppen «hard to reach, hard to treat». Levekår ellers viser tilnærmedesvis samme nivå for gruppen som fortsatte heroinstøttet behandling, som for dem som forlot behandlingen. Hovedeffekten er lik som for tilsvarende belastede klienter i LAR – nemlig nedgang i bruk av illegal heroin og i kriminalitet. Tiltaket har ikke ført til at flere slutter å bruke heroin, men en nedgang i rekruttering. Fra Nederland viser randomiserte kontrollerte forsøk at litt under halvparten (40 prosent) hadde bedring innenfor minst ett av livsområdene fysisk helse, sosial eller psykiatrisk belastning, eller for rusing, som bruk av kokain. Men kontrollgruppen viste også signifikant forskjell i bedring. Kritikken inneholder omtrent som den over, – pasienter med særlige vansker er ekskludert, den er basert på selvrapportering fra sterkt motivert gruppe, mye kontakt med psykososiale tiltak/oppfølging som gjør det vanskeligere å vite hva som gir effekt, – heroinen, oppfølgingen eller begge deler.

*KoRus Øst* understreker to sentrale spørsmål som også reises i de norske og den danske kunnskapsoppsummeringen. Med de krevende rammer som heroinstøttet behandling må ha, vil tiltaket nå de mest utsatte gruppene som forslaget er ment for? Med heroinens korte virkningstid er det

farmakologisk sett lite egnet som substitusjonsmedikament. Den enkelte i behandlingsopplegget må møte to-tre ganger pr dag 7 dager i uka. Helsepersonell må være kontinuerlig tilgjengelig. Behandlingen krever strenge kontrollrutiner, og man må også vurdere behovet for sikkerhetstiltak.

Medikamentet er sjelden grunnen til utskrivning fra LAR, ofte er det store utfordringer knyttet til oppfølgingsregimet og kontrolltiltak. Det er derfor vanskelig å se for seg at de aller dårligste, som dette forslaget er ment for, vil makte å følge opp slik det beskrives. Det er også vektige grunner til å oppfatte at behandlingsstrukturen i dagens LAR ikke er utnyttet som potensiale for de mest hjelpetrengende. Med nye retningslinjer kunne det tenkes at man heller bør satse på å optimalisere tilbudet som allerede er etablert.

*Fylkesmannen i Oslo og Akershus* peker på at både metadon og buprenorfin er potente legemidler med en høy skaderisiko og fare for lekkasje til det illegale markedet. Det er et dilemma om man skal innføre ytterligere et dyrt legemiddel som har tilsvarende eller større risiko. Målgruppen er også en svært liten gruppe brukere. Man kan også spørre seg om det samme ville vært gjort dersom det var en annen marginal gruppe som ønsket seg svært dyre og risikofylte behandlinger for sine lidelser. Det anføres videre:

*At gruppen som kunne nyttegjøre seg tilbudet er liten burde likevel ikke være et motargument dersom dette kan bidra til å redusere menneskelig lidelse og samfunnskostnader. Vi vet at målgruppen har store somatiske og psykiske lidelser, og vi vet at de står for en relativt stor del av rusrelatert kriminalitet. Om bruk av diacetyl morfin både kan bedre helsen og redusere kriminaliteten i denne gruppen, så er legitimerer det et forsøksprosjekt.*

*Fylkesmannens innstilling er at det bør være opp til LAR systemet, i samarbeid med bruker, ansvarsgruppe, fastlege osv. som avgjør hvilket legemiddel som synes å være mest hensiktsmessig for brukeren enten det er metadon, buprenorfin eller diacetyl morfin (heroin). Uansett i hvilken form man tenker å etablere et slikt prøveprosjekt vil det være en utfordring å faktisk inkludere de brukerne som mest kunne trenge et slikt tilbud.*

*Med de strenge kontrolltiltakene som sannsynligvis vil bygges opp rundt tiltaket vil det lett kunne føre til at de «tyngste» igjen faller utenfor.*

Forslaget om å inkludere heroin i LAR i et prøveprosjekt støttes av *Fylkesmannen i Vest-Agder*,

fordi en da vil få erfaringer fra Norge om hvor vidt dette er en behandling som kan hjelpe en gruppe som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinært opplegg i LAR; og hvorvidt det kan være en skadereuserende strategi for mindre kriminalitet og bedre helse. Erfaringer fra andre land (Tyskland, Nederland) viser en betydelig reduksjon av kriminalitet. Opplegget vil være kostnadskrevenende på grunn av strenge kontrolltiltak, og fordi heroin omsettes raskere enn de legemidlene som i dag brukes i LAR, men dette bør ikke være et argument som taler mot utprøving. Det er heller ikke et gyldig motargument at dette kun vil gjelde få pasienter; da deres rett til behandling ikke skal nedprioriteres av den grunn. Det tyngste motargumentet er at dette kan bli satt inn som en lett-vint løsning, uten at øvrige tiltak er prøvet ut i full skala.

Det må uansett gjøres en ny vurdering av om heroin skal inkluderes blant legemidlene i LAR, når forsøksperioden er over.

*Fylkesmannen i Vestfold* stiller seg bak flertallets forslag om å åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR. Som beskrevet i rapporten, forutsettes at prøveprosjektet må skje ved overvåket inntak under meget streng oppfølging og kontroll. Personene det gjelder må gis tett oppfølging i tillegg til medisineringsen.

*Pasient- og brukerombudene* erfarer at rusfeltet trenger nye muligheter for behandling av de verst stilte rusmiddelavhengige og møter mange gripende historier fra mennesker som leter etter en siste sjanse til å oppnå en viss verdighet over livet. Pasient- og brukerombudene har ulike syn på forslaget om et tidsavgrensa forsøk der behandling med heroin inkluderes i LAR.

Flertallet er imot forslaget eller vil ikke ta stilling til det av prinsipielle grunner. De som går imot, frykter at behandling med heroin vil kunne innebære en fokusforskyving bort fra forsterket innsats for et framtidig liv i rusfrihet for flest mulig rusmiddelavhengige. Fem pasient- og brukerombud støtter flertallsforslaget om forsøk med heroin. Begrunnelsen er at dette er prøvd i andre land, og at det heller ikke i Norge bør være uprøvd når alle andre muligheter er forsøkt.

*Norsk Pasientforening* støtter forslaget dersom behandling og oppfølging legges til kvalifiserte fagmiljøer i MO-sentrene. Håp om opplevd verdighet er det sentrale, slik foreningen ser det.

*Korus Vest* støtter ikke forslaget om heroinutprøving. Tiltaket oppleves som lite aktuelt i kompetansesenterets nedslagsområde i region vest. Kompetansesenteret ønsker ikke at hovedstatens

situasjon skal styre tiltaksinnretning på landsbasis. Det bør heller satses på differensiert LAR-behandling og økt ressurser til kommunale lavterskel bo- og omsorgstjenester som igjen kan skape rammer for at flere med størst problematikk kan nyttiggjøre seg LAR-behandling.

*Norsk Psykologforenings* hovedsynspunkt er at all substitusjonsbehandling forutsetter at det er del av et bredt behandlingstilbud. Erfaringene fra dagens LAR tilbud viser at dette i for liten grad er tilfelle. Enhver utvidelse av substitusjonsbehandlingstilbudet, uten samtidig absolutt krav om et etablert og fungerende psykologisk behandlingstilbud, sosialt støtteapparat og muligheter for utvikling av pasientens autonomi, vil foreningen advare mot.

*Bærum kommune* støtter ikke utvalgets forslag om et forsøksprosjekt om overvåket utdeling av heroin. Den gruppen som ville fått tilbud om utlevering av heroin i Bærum kommune, ville i alle tilfelle vært svært liten. Kommunen mener at økt tilgang på behandlingsplasser, bruk av godkjente legemidler, styrket rehabiliteringstilbud til de som deltar i LAR-behandling samt økt tilgang på fagkompetanse er helsemessig riktigere satsingsområder innen rusområdet.

*Norsk Narkotikapolitiforening* mener at norsk narkotikapolitikk må bygge på menneskers rett til et verdig liv. Verdighet for den enkelte rusmisbruker handler om å bli gitt muligheten til et liv uten rus. Tungt opiatavhengige trenger ikke et nytt medikament, våre tyngste rusmisbrukere trenger behandling og oppfølging som er individuell tilpasset og hvor behandlingssystemet har en stor

porsjon raushet ift den enkeltes behov og utfordringer

Da legemiddellassert rehabilitering (LAR) ble innført i Norge, skulle tilbudet inneholde flere tiltak som skulle bidra til rehabilitering. Dessverre ser vi i dag at rehabiliteringen er nærmest fraværende, og at tiltaket i stor grad dreier seg om utdeling av medikamenter. Vi begynner i feil ende ved å utsette misbrukerne våre for et nytt prosjekt. NNPF er negative til dette, og mener forslaget signaliserer at samfunnet gir opp å gi de tyngste rusmisbrukerne et verdig liv og dermed aksepterer at de skal være bundet til rusen livet ut.

For *Trondheim kommune* er ikke overvåket inntak av heroin en aktuell utfordring nå. Kommunens fokus er heller å få til mer treffsikre tiltak og legge til rette for at flere kan klare seg etter andre typer behandlingssopplegg. En organisering av de kommunale tjenestene som både gir trygghet for den enkelte rusavhengige og for deres pårørende, er svært viktig. I møtet med brukerorganisasjonene er det dette de trekker frem, og ingen av organisasjonene har trukket frem «heroin på resept» slik det ble omtalt i media som et ønske. Trondheim kommune mener at forslaget om å dele ut gratis heroin strider mot samfunnets åpenbare plikt til å yte helsehjelp til alle. Forslaget kommer dessuten i konflikt med leger og andre helsearbeideres etiske plikt til å forebygge, behandle og følge opp pasienten over tid. Målet må være at den hjelpetrengende gis mulighet til å ta ansvar for eget liv med god helse og en verdig livssituasjon.



## Vedlegg 2

# Opptrappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler

Rapport fra Helsedirektoratet

## Innledning

Forebygging og behandling av rusmiddelproblemer har vært et politisk prioritert satsingsområde i mange år. Det har vært handlingsplaner på rusfeltet gjennom størstedelen av det siste tiåret.; *Opptrappingsplan for rusfeltet (2007–2012)* er den siste av disse. Hovedmålet er å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelmisbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å oppsummere resultatene og vurdere virkemidlene i Opptrappingsplanen for rusfeltet. Direktoratet har tidligere utgitt to statusrapporter om planen. Begge viser at det har vært stor aktivitet og høy gjennomføringsgrad, men også at det fortsatt er mange utfordringer.

Denne rapporten vil ikke inneholde en tilsvarende detaljert oppsummering av de enkelte tiltak som de tidligere statusrapportene. I del 1 gis en kort beskrivelse av bakgrunnen for opptrappingsplanen, i del 2 oppsummeres noen hovedresultater knyttet til målene i planen, og noen avsluttende kommentarer om gjenstående utfordringer skisseres kort i del 3.

En rekke aktører bidrar implisitt for å forebygge rusmiddelproblemer, men ikke alle vil bli omtalt her. Å bidra til å skape gode oppvekstvilkår, utjevne sosiale forskjeller, hindre marginalisering av grupper og forebygge dropouts i skolen er eksempler på innsatser som også vil ha positive effekter på forebygging av rusproblematikk.

## Bakgrunn for opptrappingsplanen

Det var mange grunner til at vi fikk en opptrappingsplan på rusfeltet. Russituasjonen var et viktig bakteppe. Det hadde lenge vært et stigende alkoholforbruk i Norge, i tillegg til en jevn økning i bruk av sentralstimulerende midler over noen år. Overdosedødstallene var høye, og ikke minst var konsekvensene av rusmiddelbruket store både for hver enkelt bruker, for dem rundt og for samfunnet.

I tillegg pekte rapporter fra Helsetilsynet, Riksrevisjonen og andre på store variasjoner i tjenestetilbudet og manglende samhandling mellom tjenestene. Helsetilsynet påpekte i rapport 4/2005 *Landsomfattende tilsyn med den kommunale sosialtjenesten*, at det er «store mangler i kommunens tilbud» og «manglede samhandling». Rusreformen i 2004 var en viktig systemreform for rusfeltet, hvor hensikten var at mennesker med rusmiddelproblemer skulle få bedre og mer helhetlige tjenester, og at behandlingsresultatene skulle bli bedre. Evaluering av rusreformen viste store geografiske forskjeller i tilbudet til brukergruppen. Ventetidene økte og brudd i behandling hindret god og sammenhengende behandling. Det var behov for å oppgradere deler av tjenestene for å tilfredsstille krav til spesialisthelsetjeneste.

Det var også store variasjoner i kommunenes ressurs- og tjenestetilbud, behov for bedre oppfølging etter institusjons- og fengselsopphold og bedre bolig og aktivitetstilbud i kommunene. Det var også behov for bedre statistikk og styringsdata.

## Planens mål og tiltak

Opptrappingsplanen 2007–2012 har blant annet som intensjon å gi rusreformen et faglig innhold, med tiltak for å ruste opp kapasiteten i kommuner og spesialisthelsetjenesten, samt øke kvaliteten på det samlede tilbudet. Planen omhandler både alkohol, narkotika og vanedannende legemidler, samt tiltak fra forebygging til behandling og oppfølging.

I planen er det gjort noen verdivalg. Det slås blant annet fast at folkehelseperspektivet skal være førende. Planen presiserer videre at for personer som allerede har utviklet rusmiddelproblemer, skal tjenester i stat og kommune være innrettet slik at de er tilpasset den enkelte brukers behov. Det presiseres også at tilbud i det ordinære tjenesteapparatet er bedre enn særtiltak, særlig fordi personer med rusmiddelproblemer ofte har

sammensatte problemer. I tillegg skal det utarbeides tiltak mot utsatte grupper. Videre påpekes behovet for samhandling og sammenhengende pasientforløp.

Planen har fem hovedmål

1. Tydelig folkehelseperspektiv
2. Bedre kvalitet og økt kompetanse
3. Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
4. Forpliktende samhandling
5. Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Det er 23 delmål og 147 tiltak fordelt på disse 5 hovedmålene. Ansvar for gjennomføring er fordelt på 8 departementer; Helse- og omsorgsdepartementet leder en tverrdepartemental gruppe bestående av Arbeidsdepartementet, Samferdselsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Utenriksdepartementet, Finansdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

## Resultat

### Økonomisk styrking

For å få et samlet bilde av innsatsen mot rusmiddelproblemer bør man også se til bevilgningen til ulike deler av rusfeltet og planer og strategier på andre, delvis overlappende, områder. Eksempler er Handlingsplan mot fattigdom, Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerebefolkningen, strategien «på vei til egen bolig», Opptrappingsplanen for psykisk helse mv. Det vises til de årlige statsbudsjettene for en oversikt over dette. Hvor mye av dette som tilfaller personer med rusmiddelproblemer, er imidlertid vanskelig å beregne. I denne delen omtales den økonomiske styrkingen direkte knyttet til opptrappingsplanen for rusfeltet. Satsingen i 2012 er ikke omtalt her.

Opptrappingsplanen for rusfeltet ble lansert høsten 2007 (budsjett 2008), men styrkingen av rusfeltet begynte i 2006. Man regner derfor perioden 2006–2012 som styrkingsperioden.

Totalt sett (med prisjustering), har rusfeltet blitt styrket med 1, 035 mrd kroner (935 før prisjustering) frem til 2011. De 935 millionene i styrking fordeler seg slik på det enkelte år:

2006: 140 millioner, 2007: 120 millioner, 2008: 125 millioner, 2009: 300 millioner, 2010: 150 millioner og 2011: 100 millioner kroner.

Eksempler på områder som er styrket er i første rekke kommunerettede tjenester, inkludert fri-

villig rusarbeid, samt tverrfaglig spesialisert behandling. I tillegg er folkehelsefeltet, tannhelse-tilbudet og forskning styrket gjennom planperioden.

### Resultat av de ulike målene i planen

En statusgjennomgang viser at tilnærmet alle tiltakene er utført eller igangsatt.

Dette er positivt i seg selv, men det er også viktig å vurdere hvilke resultat som er oppnådd gjennom planperioden. Dette er et metodisk vanskelig arbeid. Opptrappingsplanen er svært kompleks. I hvor stor grad resultatene kan tilskrives tiltakene i planen er også varierende. Det er mange andre faktorer som kan spille inn i årsaksforløpet. Mange av målene har mer langsiktig effekt, og må følges opp over lengre tid. Det er heller ikke mange mål som er kvantifiserbare, og det kan være vanskelig å peke på et stort målbart resultat, slik som for eksempel Husbankens tilskudd til 3 400 tilrettelagte boliger for personer med psykiske lidelser og utbyggingen av 72 DPSer under opptrappingsplanen for psykisk helse. Det var ikke planlagt en evaluering ved oppstart av planen, og det er begrenset hvor målbar planen faktisk er.

Dette betyr ikke at det ikke er oppnådd mange viktige resultat på rusfeltet.

For å si noe om resultater av planen, må man vurdere hva planen skulle løse og hvilke prioriteringer som er gjort for å løse dette.

### Hvordan møter man utfordringene?

Målene tydeliggjør både at det er visse verdier som ligger til grunn for satsingen, og innsatsen som er valgt for å oppnå målene. Eksempelvis er det et mål at rusfeltet skal ha et fortsatt tydelig folkehelseperspektiv, og at brukerinnflytelsen skal ligge til grunn. Innenfor disse målene er det skissert hvilke delmål og tiltak som skal til for å oppnå målene. Det er videre et viktig mål at kvaliteten og kompetansen om rusmiddelproblematikk skal økes, og at tjenesten skal bli mer tilgjengelige.

Under de enkelte mål er det valgt ulike typer delmål og virkemidler. Delmålene er i hovedsak formulert med ord som å styrke, øke og bedre (18 av 23), og tydeliggjør at planen bygger videre på tidligere handlingsplaner og politikk på feltet.

Dersom man ser på virkemidlene, er det noen nye; som å innføre koordinerende tillitspersoner, utarbeide veiledere på utvalgte områder og innføre rusrådgivere hos fylkesmennene, mens andre er eksisterende tiltak som enten skal vide-

reføres, styrkes eller endres noe. Eksempler på dette kan være å evaluere og målrette tilskuddsordninger, øke bruken av individuell plan mv.

Planen bygger videre på mye av det arbeidet som er gjort på rusfeltet tidligere (tidligere handlingsplaner) og adresserer utfordringer på rusfeltet både når det gjelder rusmønsteret og utfordringene i tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer.

Selv om kapasitetsøkning inngår som et av delmålene i planen, er det overordnede inntrykket at planen i større grad handler om å styrke kvaliteten på tjenestene, enn å styrke kapasiteten, særlig dersom man sammenligner den med for eksempel opptrappingsplanen for psykisk helse.

Planen skisserer ikke en utpreget ny retning for rusfeltet, men synliggjør hvor komplekse problemstillinger man har i fagfeltet, og hvorfor det er nødvendig med et bredt samarbeid mellom flere departementer. Planen gir også et godt bilde av hva som blir gjort på rusfeltet og at man «bygger» stein for stein, ved å videreføre og styrke tidligere innsatser. For eksempel på folkehelsefeltet vet man at de virkemidlene som er beskrevet i planen, er de mest effektive. Det er derfor god grunn til å videreføre dem.

Under vil vi gå nærmere inn på det enkelte hovedmål og drøfte resultat og virkemiddelbruk.

På slutten av hvert mål er det gjort en skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler. Det er imidlertid ikke alt som er tatt med i disse korte tabellene, og det anbefales at prosateksten under hvert mål leses i tillegg.

### Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv

Ytre faktorer som fattigdom og sosial ulikhet i helse har stor betydning i utviklingen av rusmiddelproblemer i befolkningen. Virkemidlene for å forebygge rusmiddelproblemer er spredd på mange sektorer. Utviklingen av rusmiddelproblemer kan forebygges i enda sterkere grad, bl.a. ved å sikre gode oppvekstvilkår og tilby tidlig hjelp for dem som er i ferd med å utvikle et misbruk. Det er derfor viktig med et tett samarbeid mellom ulike aktører i velferdssektoren.

### Redusere totalforbruket av alkohol

Opptrappingsplanen har et delmål om å redusere totalforbruket av alkohol. Gjennomsnittlig alkoholforbruk er lavere enn i resten av Europa, men konsumet har vært økende i en årrekke<sup>1</sup>. Blant ungdom ser imidlertid denne trenden ut til å ha snudd, og selv om datagrunnlaget er mangelfullt

har det trolig vært en fallende tendens etter en topp i 2003.

Virkemidlene som er valgt for å redusere alkoholforbruket er i tråd med hva forskning viser er effektivt; bevillingssystemet, vinmonopolordningen, begrensede salgs- og skjenketider, bestemte forbud (inkludert reklameforbudet), restriktiv avgiftspolitikkk mv. I tillegg kommer informasjonskampanjer rettet mot den generelle befolkningen og barn og unge spesielt, og arbeidet som gjøres i regi av frivillig sektor.

Frivillig sektor har alltid hatt en viktig rolle i norsk rusmiddelpolitikk. I tilskuddsbehandlingen legges det vekt på at prosjektene og aktivitetene som mottar tilskudd skal støtte opp under de alkoholpolitiske regulatoriske virkemidlene, målsettingene i opptrappingsplanen for rusfeltet og lokalt frivillig rusmiddelpolitisk arbeid. Ordningen er planlagt evaluert i 2013. Tilskudd til drift, aktiviteter og prosjekter til AKAN, for å understøtte arbeidsliv og studentliv som viktige rusmiddelforebyggende soner, gis også over denne posten, og omtales under.

Det er satt i gang et omfattende arbeid med å styrke kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger. Antall avdekkede overtredelser knyttet til salgs- og skjenkebevillinger har økt fra 649 (125 kommuner) i 2006 til 1073 (134 kommuner) i 2010. Imidlertid har dette ikke ført til flere inndragelser av bevillinger. Man har støttet opp om disse regulatoriske virkemidlene med informasjon og kampanjer. Sirius-rapport 1/2010 viser at befolkningen støtter en mer restriktiv politikk og at direktoratets systematiske informasjonsarbeid sannsynligvis har medvirket i det.

Helsedirektoratet har også utviklet/tatt i bruk flere metoder, som for eksempel «Ansvarlig vertskap» og har hentet inspirasjon fra det svenske «STAD-prosjektet». Tidlig intervensjon er en stor satsing for at rusmiddelproblemer skal oppdages så tidlig som mulig.

Selv om norsk alkoholpolitikk er effektiv på en rekke områder, er det et utfordrende mål å redusere totalforbruket av alkohol. Det er også flere områder hvor man kan benytte virkemidlene enda

<sup>1</sup> Det registrerte alkoholkonsumet i befolkningen (15 år og over) sank for andre år på rad og endte på 6,59 liter ren alkohol i 2010 (Kilde: SSB). Konsumet ligger likevel på et historisk høyt nivå. En rekke ungdomsundersøkelser de siste årene tyder på en klar nedgang i ungdoms alkoholbruk. (HEVAS 2009, Helsedirektoratet 2006-2010). I følge SIRUS' ungdomsundersøkelse økte debutalderen blant ungdom fram til 2008. Nyere data for debutalder er ikke tilgjengelig. Også narkotikabruken blant ungdom har gått ned siden en topp rundt årtusenskiftet, men heller ikke her foreligger det tall etter 2008.

mer effektiv. I SIRUS' rapport 3/2010 «Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk» gis det en beskrivelse av et par områder med et betydelig forbedringspotensial innenfor alkoholpolitikken. Det ene er kartlegging/behandling av høykonsumenter/risikobrukere. I samme rapport vises det til at bedre håndhevelse av skjenkebestemmelsene i alkoholloven har et særlig potensial for å begrense skadevirkningene av alkoholbruk. Mye tyder på at kommunene ikke utnytter det forebyggingspotensialet som ligger i god kontroll og klare sanksjoner. Særlig gjelder det skjenkebevillingene. Alkoholloven er et virkningsfullt forebyggingsredskap, men kan altså utnyttes bedre enn i dag.

Videre er prisvirkemidlet viktig. Foruten å skaffe staten inntekter har alkoholavgiftene som formål å begrense alkoholforbruk som bidrar til helsemessige og sosiale problemer<sup>2</sup>. På den annen side vil høye avgifter på alkohol kunne føre til økt grensehandel, hjemmebrenning og smugling. Dette svekker kontrollen med forbruket og innebærer tap av avgiftsinntekter.

Avgiften på alkoholholdige drikkevarer er inndelt i tre grupper. Den første omfatter brennevinsbaserte drikkevarer over 0,7 volumprosent alkohol, den andre annen alkoholholdig drikk over 4,7 til og med 22 volumprosent alkohol, mens gruppe tre omfatter annen alkoholholdig drikk til og med 4,7 volumprosent alkohol. Avgiftsgruppene omtales som henholdsvis brennevin, vin og øl.

Avgiftene på brennevin og vin avhenger lineært av alkoholinnholdet. Svakvin, sterkvin og øl over 4,7 volumprosent (sterkøl) avgiftslegges likt når de har samme alkoholstyrke, mens brennevin avgiftslegges høyere per volumprosent og liter enn de øvrige alkoholholdige drikkevarene.

Avgiftsnivået for brennevin, sterkvin og svakvin økte i begynnelsen av perioden fra 1995, men har gått reelt ned eller vært stabile siden 1998. Fra 1. januar 2000 ble avgiften på sterkvin redusert til samme nivå som avgiften på svakvin. Avgiften på brennevin ble redusert med i overkant av 25 pst. reelt i perioden fra 2001 til 2003. Avgiften på vin ble redusert med drøyt 6 pst. reelt fra 2001 til 2002.

I 2004 ble alkoholavgiftene lagt om, slik at alle brennevinsbaserte drikkevarer ble behandlet avgiftsmessig likt. Dette førte til en avgiftsøkning for brennevinsbasert rusbrus og brennevinsbasert sterkvin. Det var et sterkt ønske å redusere salget av disse varetypene, som typisk ble betrak-

tet som et foretrukket valg blant ungdom. Vin, rusbrus og sterkvin som ikke er brennevinsbasert, var upåvirket av denne avgiftsendringen. Alkoholavgiftene ble holdt reelt uendret i perioden fra 2004 til 2010.

Særagiftsutvalget (NOU 2007:8) vurderte nivået på alkoholavgiftene og konkluderte med at de samfunnsøkonomiske kostnadene ved alkoholbruk er høyere enn provenyet fra avgiften. Flertallet av utvalget anbefalte derfor å øke alkoholavgiftene reelt, selv om det uregistrerte forbruket kunne øke. I tråd med vurderingene fra Særagiftsutvalgets flertall ble alkoholavgiftene økt med 5 pst. reelt for 2011.

Det registrerte salget av alkohol har økt med nesten 50 prosent fra 1990 til i dag, og økningen må altså ses i lys av at alkohol er blitt relativt billigere for forbrukerne. Når man tar hensyn til lønnsvekst koster for eksempel brennevin ca. 60 % av prisen for ti år siden. Salgstall fra Vinmonopolet viser at økningen i salget de siste årene primært er salg av pappvin og salg i nye vinmonopol.

Et økende alkoholforbruk vil medføre flere skader, ulykker, helseproblemer og negative konsekvenser både for den enkelte, for omgivelsene rundt og for samfunnet. Det er en klar sammenheng mellom voldsutøvelse og bruk av alkohol og andre rusmidler. Et flertall av alle voldsepisoder her i landet er alkoholrelatert. For å bidra til bedre kunnskapsbasert praksis ved behandling av alkoholproblemer arbeides det blant annet med retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer. En fortsatt satsing på å redusere alkoholforbruket og sikre god behandling for alkoholproblemer bør videreføres, og forsterkede og eventuelle nye virkemidler bør vurderes. Dette er også i tråd med WHO's globale alkoholstrategi.

### Rusforebygging i arbeidslivet

Alkohol utgjør et betydelig problem i arbeidslivet, og de samlede omkostningene er store. Ulike studier viser at 10–15 % av ansatte har et risikofylt drikkemønster. En del av korttidssykefraværet skyldes alkoholbruk, samt belastninger ved å være pårørende.

Gjennom opptrappingsplanen fremskaffes bedre data om rusrelaterte problemer i arbeidslivet og om fravær som skyldes bruk av rusmidler. I tillegg har man valgt å prøve ut modeller, samt formidle informasjon til aktørene i arbeidslivet. Dette gjøres gjennom Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighet (AKAN).

<sup>2</sup> Redegjørelsen for utvikling av avgifter mv er hentet fra Prop 1 (2010–2011), Finansdepartementet.

Det har skjedd mye på dette området. Ved at AKAN kompetansesenter de senere årene har fått mulighet til å gjennomføre egne prosjekter rettet mot rusmiddelbruk og spillatferd i arbeidslivet, har man fått mer kunnskap om kjønnsforskjeller og -likheter, studenters rusmiddelvaner, etniske minoriteters møte med norsk ruskultur, og problematisk pengespill og spillatferd. Norges Forskningsråd har også arbeidsliv og rus som et av sine programområder.

I tillegg har AKAN utviklet og tilgjengeliggjort effektive metoder for arbeidslivet, slik at de kan forebygge rus- og avhengighetsproblematikk. Det er også utviklet metoder for å hjelpe personer med høyt alkoholforbruk til mindre skadelige alkoholvaner. Utviklingen av den helsefremmende digitale intervensjonen Balance, forbedring av AKANs nettsider med lett tilgang til kunnskap og virkemidler, samt profilering av AKANs veiledningstelefon, er tiltak tilpasset for mindre virksomheter. AKAN har også gjort selve AKAN-modellen mer fleksibel, slik at den i større grad nå passer i mindre virksomheter.

### **Styrke arbeidet mot illegale rusmidler**

Bruken av narkotika er lite utbredt. Selv for det mest brukte stoffet, cannabis, er regelmessig bruk relativt sjelden. Bruk av narkotika, og særlig problembruk av narkotika, er ofte knyttet til annen problematferd som for eksempel høyt konsum av alkohol, tobakksbruk, psykiske lidelser, voldsbruk og kriminalitet.

Opptrappingsplanen har som delmål å styrke arbeidet mot illegale rusmidler. De viktigste tiltakene/virkemidlene er tilbudsreduksjon, universelle forebyggingstiltak som lovgivningen, håndhevelsen av denne, samt styrking av kunnskapsgrunnlaget om problemomfanget. Eksempler på resultat er at det er utarbeidet tiltak mot kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol, det tas større beslag av narkotika enn tidligere (styrket innsats fra politiet og tollmyndighetene), og det er økt kontroll med illegal innførsel av legemidler. I tillegg har man styrket kunnskapsgrunnlaget om bruk av sentralstimulerende midler, bruk av khat, ungdom med innvandrerbakgrunn, mv. Det er i noen grad satset på informasjon og holdningsskapende arbeid, som ikke er effektivt alene, men som kan brukes for å støtte opp under den lovgivningen vi har i dag. Innsatsen på dette området bør økes.

Universelle forebyggingstiltak bidrar mest sannsynlig til å redusere forbruket og skadene av narkotika ved å gjøre narkotika mindre tilgjenge-

lig og dyrere og samtidig signalisere at bruk av narkotika er sosialt uakseptabelt.

Forebyggingsparadokset forteller oss at en liten endring hos mange kan ha større betydning for befolkningens helse enn en stor endring i en liten gruppe. Men som folkehelseproblem er bruk av narkotika et lite problem sammenliknet med bruk av alkohol og tobakk. Dette reiser spørsmålet om hvordan helsemyndighetene bør gripe an en universell narkotikaforebygging.

Gitt sammenhengen mellom tobakks- og alkoholbruk og narkotikabruk, kunne en mulig tilnærming være å se tobakks- og alkoholforebygging som universelle rusforebyggingsstrategier som også bidrar til å redusere narkotikabruk.

Helsesektorens universelle rusforebyggende arbeid vil dermed primært fokusere på alkohol og tobakk og i mindre grad omfatte narkotika.

Helsesektorens narkotikaforebyggende innsats kan isteden ha hovedfokus på tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon, hvor man retter seg mot risikogrupper (selektiv forebygging) eller mot personer med begynnende problemer (indikert forebygging). På tidlig intervensjonsområdet finnes det noen tiltak som kan dokumentere effekt.

Disse risikofaktorene eller begynnende problemene trenger ikke være knyttet til narkotikabruk – et høyt alkoholkonsum, psykiske lidelser, sosiale problemer, problematferd osv. kan også være indikasjoner. Dette bygger på en antakelse om at narkotikabruk i de fleste tilfeller ikke vil være den første problematferden som opptrer, og at det i hovedsak vil opptre sammen med andre typer risikofaktorer – eventuelt at det i seg selv er en så alvorlig risikofaktor at det utløser tiltak. Senere i tiltakskjeden finner vi behandling, skadereduksjon og ettervern. Dette er viktige tiltak for å redusere narkotikaskadene.

Dette ville gi en forebyggingskjede der man på det grunnleggende nivået jobber med levekår og sosiale forhold for barn og unge. I tillegg bør arbeidet med befolkningsrettede regulatoriske tiltak holde fram og eventuelt videreutvikles både i forhold til narkotika, alkohol og tobakk.

Myndighetene og skolen har også et ansvar for å informere om narkotika og relaterte problemer. SIRUS fremhever at norske tenåringer har svært mangelfull kunnskap om alkohol- og narkotikabruk. Det er nødvendig å satse mer på faktoorientert kunnskap om alkohol og rus, både rettet mot befolkningen generelt og mot ungdom spesielt.

Barn og unge med særlige risikofaktorer for rusproblemer (også alkohol) omfattes av selektive

tiltak. Eksperimentering med narkotikabruk er en av flere typer problematferd som kan utløse indikerte tiltak.

Det er imidlertid et åpent spørsmål om den innsatsen vi har i dag eller de virkemidlene man i dag rår over er effektive for å nå denne gruppen.

Det er viktig at forebygging av narkotika blir prioritert, men de mest effektive virkemidlene kan tenkes å ligge i andre sektorer enn helsesektoren.

### Vanedannende legemidler

I opptrappingsplanen er det også tiltak for å møte utfordringer knyttet til vanedannende legemidler. Helsedirektoratet har startet arbeidet med å revidere veileder IK-2755 om forskrivning av vanedannende legemidler. Det er ønskelig å oppnå bedre forskrivning og bruk av vanedannende legemidler hos pasienter med angst, søvnvaner eller smerter. I tillegg blir vanedannende legemidler ofte brukt illegalt.

Vi har i dag mer kunnskap om bruk av vanedannende legemidler i ulike grupper og regioner for eksempel når det gjelder utbredelse og årsaker til uhensiktsmessig langvarig bruk og risikoen for trafikkulykker. Imidlertid er det fortsatt mangel på kunnskap om bruk, herunder skadelig bruk, av vanedannende legemidler.

Bruk av vanedannende legemidler er for eksempel knyttet til lav sosioøkonomisk status og alder. Eldre er en gruppe som har høyt forbruk av legemidler og er spesielt sårbare overfor bivirkninger.

Forskning viser også at noen typer vanedannende legemidler gir økt risiko for trafikkulykker. I den norske veikantundersøkelsen 2008–09 var det flere norske sjåførere som testet positivt for trafikkfarlige legemidler eller narkotika enn for alkohol. Sovemidler, beroligende og sterke smertestilende stoffer var vanligst. I Norge fikk vi lov om promillekjøring i 1912, og promillegrensen på 0,5 ‰ ble innført i 1936. Promillegrensen ble senket til 0,2 ‰ i 2001. Som et av tiltakene i opptrappingsplanen ble forslag om å innføre grenser for andre stoffer enn alkohol vedtatt av Stortinget i 2010.

For helsesektoren er det viktig å følge utviklingen i rustrender/bruk av legemidler, som må gjenspeiles i både forebyggingsinnsatser og i behandlingstilbud. Blant annet vet vi at økning i alkoholkonsum har ført til en tilsvarende økning i henvendelser for behandling av alkoholproblemer og en økning i sykehusinnleggelses med alkoholrelaterte diagnoser. Selv om man ikke har konkrete opplysninger som tilsier at behandlingstilbu-

det ikke er egnet for hele ruspopulasjonen, vil det være behov for å vurdere om man trenger mer spesifikk behandling for pasienter som hovedsakelig misbruker sentralstimulerende stoffer. Behandlingsmulighetene for legemiddelavhengighet er begrenset.

### Styrke informasjonsarbeidet

Satsingen på informasjon er styrket betydelig i opptrappingsplanperioden.

Kampanjen «*Tør å sette grenser*» er rettet særlig mot foreldre. Kampanjen startet i 2005, er holdt virksom siden. Målet er å utsette debutalder, redusere alkoholbruk blant mindreårige og endre holdninger om at alkoholbruk er «normalt» gjennom å forsterke foreldrenes kunnskaper om verdien av grensesetting, hjelpe foreldre fra holdning til handling og bidra til at flest mulig kan delta på foreldremøter om alkohol. Kampanjen har også vært et virkemiddel for å bidra til å bygge gode og trygge nærmiljøer. Direktoratet har intensivert samarbeidet med Foreldreutvalget for grunnopplæringen (FUG). I 2011 ble kampanjen relansert sammen med FUG. Nettsiden [www.settegrenser.no](http://www.settegrenser.no) er modernisert, og den er nå teknisk koblet mot sosiale medier som Facebook og Twitter.

Undersøkelser som Helsedirektoratet gjennomfører årlig i befolkningen og blant ungdom tyder på at foreldre er blitt mer restriktive overfor sine barn når det gjelder alkohol, og ungdomsundersøkelser tyder på en positiv utvikling de siste årene når det gjelder ungdoms alkoholforbruk. Det er grunn til å anta at kampanjene er en medvirkende årsak til dette.

I 2011 er det gjennomført en informasjonssatsing mot salgs- og skjenkenæringen med særlig fokus på problemstillinger som man erfaringsmessig vet er særlig utfordrende for bransjene, så som overskjenking, skjenking og salg til mindreårige og bruk av falsk legitimasjon. Målet er å bevisstgjøre bevillingshaver, styrer, stedfortreder og den enkelte ansatte om deres ansvar. I arbeidet har det vært god dialog og møter med dagligvarekjedene, NHO Reiseliv og Virke.

Det er utarbeidet informasjonspakker til henholdsvis salgs- og skjenkenæringen. Materiellet består av brosjyrer med fokus på sentrale bestemmelser i alkoholloven, korte tegnefilmer med fokus på konsekvensene av brudd på alkoholloven samt en del PR-materiell (klistremerker m.m.) til bruk på skjenkesteder. Helsedirektoratet har sendt informasjonspakker til alle landets skjenkesteder. Utsendelse av pakkene til alle virksomheter med salgsbevilling skjedde i samarbeid med

dagligvarebransjen (NorgesGruppen, Rema 1000, Ica/Rimi og COOP) gjennom felles logoprofilering. I tillegg fikk alle kommuner en pakke til informasjon. Tilbakemeldingene har vært positive, blant annet at materialet er laget slik at det blir lett forståelig for den enkelte.

«*Tenk over hvem du drikker med*» er en liten kampanje som Helsedirektoratet har gjennomført i november/desember 2009, 2010 og 2011. Målet er å påvirke småbarnforeldrenes alkoholbruk, særlig i forbindelse med julehøytiden. Direktoratet har kjøpt en prisbelønnet filmsnutt fra Finland. Filmen var et element i informasjonskampanje rettet mot småbarnsforeldre i Finland og Sverige og ble godt mottatt. Filmen er vist i tre TV-kanaler i Norge over noen uker før jul, i tillegg til PR-saker i presse. Det ble gjennomført en enkel evaluering i januar 2012. Evalueringen viser at filmen skaper mye oppmerksomhet, og at problemstillingen som visualiseres, tydelig engasjerer målgruppen. Budskapet kommer godt fram, og fungerer som en påminnelse for målgruppen om å tenke igjen om sitt alkoholforbruk i samvær med barn.

Kampanjen «*Alkoholritt svangerskap*» er gjennomført som en stor nasjonal kampanje fire ganger: i 2007, 2009, 2010 og 2011. Den har vært bredt synlig i aviser, magasiner, tv, kino og legekontorer. På Helsedirektoratets nettsider [www.helsedir.no/gravid](http://www.helsedir.no/gravid) og [www.helsenorge.no/gravid](http://www.helsenorge.no/gravid) er filmene *Snart mamma 1* og *2* lagt ut sammen med intervjuer og faktainformasjon om alkohol i graviditet. Brosjyren «Den beste starten» er utgitt på syv språk. Over 200 000 brosjyrer og annet materiell er delt ut gjennom helsestasjoner, legekontorer, apoteker og Vinmonopolet. Undersøkelsene viser at kampanjens budskap om totalavhold, som er en anbefaling i retningslinjene for svangerskapsomsorgen, er nå godt kjent blant dagens gravide. For å oppdage alkoholbruk under graviditet er det introdusert kartleggingsverktøyet *Tweak* for bruk i helsetjenesten. Jordmødre og leger i flere kommuner har tatt verktøyet i bruk sammen med en samtale om alkohol. Innsamling av erfaringer og metodeutvikling bør fortsette de kommende årene. Likeså er det viktig at gravide også i nye generasjoner kjenner til og følger myndighetenes anbefaling om et alkoholfritt svangerskap.

#### *Alkohol – helse*

I 2012 gjennomfører Helsedirektoratet en stor alkohol- og helsekampanje med fokus på å informere om skadelige alkoholeffekter, bryte myter

om alkohol og helse, øke kunnskap og bevissthet og bidra til fortsatt økt oppslutning om alkoholpolitikken/ de regulatoriske virkemidlene. Bakgrunnen er den betydelige økningen i alkoholkonsumet i den voksne befolkningen de siste tiårene, og den folkehelseutfordringen det medfører.

Ett av kampanjeelementene er «*Hvite uker*», hvor hovedmålgruppen er den yrkesaktive delen av befolkningen mellom 30 og 50 år, innen alle samfunnsområder fra idrett og politikk til kultur og næringsliv. Dette er også en gruppe som har et særlig fokus på sunnhet, kosthold og trening. Dette harmonerer ikke med den økende alkoholbruken. Ønsket er at målgruppen skal bli mer bevisst på sammenhengen mellom alkohol og helse. Forskningen viser at økningen man har sett innen alkoholbruk de siste årene langt på vei er knyttet til gråsoner rundt arbeidslivet. Videre er det tendens til at ledere og mellomledere drikker mer alkohol enn vanlig ansatte. Hvite uker evalueres. Hele Alkohol – helsekampanjen videreutvikles og videreføres.

Det er gjennomført årlige undersøkelser blant befolkningen om holdninger til alkoholpolitikken og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009. Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus), har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjort en analyse av resultatene opinionsundersøkelsene som er publisert som *Sirusrapport 1/2010*. Studien viser at det var større oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler i slutten av perioden enn i begynnelsen. Dette kan forklares av flere faktorer, men Sirus konkluderer forsiktig at holdninger endres relativt langsomt og at Helsedirektoratets alkoholkampanjer kan ha hatt «noe å si» for befolkningens oppfatninger og holdninger. Videre at «Der som myndighetene ønsker å føre en alkoholpolitikk som best mulig kan bidra til å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer, blir det en utfordring å sikre bred støtte for bruk av effektive virkemidler som alkoholavgifter og tilgjengelighetsbegrensninger. Dette må i så fall sees på som en kontinuerlig prosess, snarere enn en tidsbegrenset oppgave». Nettopp dette har vært og må være sentralt også i framtiden i direktoratets informasjons- og kampanjearbeid.

#### **Styrke det internasjonale arbeidet**

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer Norges internasjonale arbeid både når det gjelder alkohol- og narkotikaspørsmål.

*Narkotika – FN og Europa*

Helse- og omsorgsdepartementet deltar, sammen med Utenriksdepartementet, Justisdepartementet og flere ytre etater, i de årlige møtene i FNs narkotikakommisjon (CND). Norge gir bistand til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC), og jobber aktivt for at UNODC skal gi høyere prioritet til det forebyggende arbeidet. På bakgrunn av en norsk-nordisk initiert resolusjon om forebygging i 2010, finansierer Norge i 2011 og 2012 et arbeid for å utarbeide standarder for god forebygging.

Norge deltar aktivt i Pompidougruppen, Europarådets tverrfaglige samarbeidsorgan for narkotikaspørsmål. Norge har siden 2006 sittet i Pompidougruppens styre. I perioden 2006–2010 var arbeidet i Pompidougruppen sentrert rundt såkalte plattformer (ekspertgrupper), og Norge deltok aktivt i de fleste av disse. Helse- og omsorgsdepartementet ledet, i samarbeid med Helsedirektoratet, den såkalte behandlingsplattformen. Konkret har arbeidet med å lede behandlingsplattformen munnet ut i «Treatment systems overview» med omtale av rusbehandlingen i 22 europeiske land (ISBN 978-92-871-6930-3) og oppfølgeren «Treatment systems overview i South-Eastern Europe» med omtale av behandlingssystemet i ytterligere 6 land. I tillegg har man gjennom plattformen arrangert flere konferanser, blant annet konferansen «Guidelines and recommendations in drug treatment – Bridging the gap between clinical practice and evidence based practice» som ble arrangert på Kypros i 2009 med 39 europeiske innledninger i plenum og miniseminarer, samt konferansen om «Stimulant use treatment» i Strasbourg i 2010 med 38 europeiske innledninger i plenum og miniseminarer. Fra 2010 er arbeidet omorganisert. Norge deltar fortsatt i det operative flyplass-samarbeidet, og har også pekt ut eksperter til prosjekter og arbeidsgrupper knyttet til rus og arbeidsliv, legemiddelassistert behandling og trafikksikkerhet, prekursorer for produksjon av narkotika, internasjonal tilgjengelighetsbegrensning, helhetlig rusmiddelpolitikk og kurs for policy-utformere.

I tillegg til kontingenten, har Norge lang tradisjon for å gi økonomiske bidrag til realisering av de ulike prosjektene i arbeidsprogrammet.

EUs narkotikaovervåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) ble opprettet i 1993. Overvåking og analyse av narkotikasituasjonen i Europa er senterets viktigste oppgave. Norge har vært medlem av EONN siden 2001. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)

er det nasjonale kontaktpunktet, og er ansvarlig for oppgavene Norge er forpliktet til å utføre. De viktigste arbeidsoppgavene er: Årlig rapportering om narkotikasituasjonen i Norge, som statistikk, tiltak og policy, implementering av fem nøkkelindeikatorer for harmonisering av data om utbredelse i EU-statene og Norge, identifisering og tidlig varsling om forekomst av nye narkotiske stoffer, gi norske bidrag til å oppdatere en database (EDDRA) over forebyggende- og behandlingsrettede prosjekter. Helse- og omsorgsdepartementet sitter i EONNs styre, og bidrar også med en representant til gruppen av legal correspondents som er tilknyttet senteret.

EUs narkotikaprogram «Narkotikaforebygging og – informasjon» («Drugs Prevention and Information Programme»), ble opprettet i 2007 og løper til og med 2013. Helsedirektoratet er nasjonalt kontaktpunkt for programmet.

Til nå har Norge ikke vært mye involvert i programmet, og har i liten grad benyttet seg av de tilskudd og muligheter programmet legger opp til.

*Alkohol – FH (WHO) og EU/EØS*

Våren 2010 vedtok World Health Organization (WHO) en global strategi for å redusere skadene av alkoholbruk. De ti tiltakene som er inntatt i strategien er blant annet begrunnet med at alkohol vurderes som den tredje viktigste årsaken til for tidlig død og uførhet i verden. Norge har vært aktivt med i utarbeidelsen av den globale alkoholstrategien. Initiativet til prosessen ble i sin tid tatt av Norge. De nordiske landene samarbeidet nært om dette i WHO, og nå i siste fase har land i Afrika og Asia vært de viktigste pådriverne for at WHO skal engasjere seg sterkere i forebygging av skadelig bruk av alkohol. Den nye alkoholstrategien bygger på bred internasjonal forskning og anbefaler løsninger som ligger nært opp til norsk alkoholpolitikk. Helse- og omsorgsdepartementet bidrar aktivt for å sikre gjennomføring av strategiene og er også involvert i det alkoholpolitiske arbeidet til WHO's europaregion. Norge gir frivillige bidrag til dette arbeidet.

EU vedtok sin første alkoholstrategi i 2006. Norge deltar, på bakgrunn av EØS-medlemsskapet, i de komiteer som følger opp strategien, og arbeider sammen med de øvrige nordiske land for å sikre en videreføring av det alkoholpolitiske arbeidet i EU.

Det arbeides videre aktivt for å sikre at EØS-avtalen – og andre handelsavtaler – ikke skal påvirke Norges adgang til å sette inn tiltak for å redusere alkoholskadene.



### Nordisk samarbeid – alkohol og narkotika

Norge deltar aktivt i samarbeidet under Nordisk ministerråd (NMR) og øvrige regionale fora. Alkohol- og narkotikaspørsmål sorteres under ministerrådet og embetsmannskomiteen for sosiale saker i NMR (MR- og EK-S). Norge er aktivt medlem i en undergruppe av EK-S som har ansvar for å sikre nordisk samarbeid når det gjelder å arbeide for at alkoholspørsmål holdes høyt oppe på den internasjonale dagsorden, og har i så måte bidratt til utviklingen både i WHO og EU.

Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet deltar også aktivt i Nordisk narkotikaforum, et tverrfaglig forum for informasjons- og erfaringsutveksling.

Helse- og omsorgsdepartementet leder en ekspertgruppe om alkohol- og stoffmisbruk under Nordic Dimension Partnership in Health and Social Well-being. Helsedirektoratet har en representant i en egen arbeidsgruppe for rusforebygging blant ungdom.

Det pågår mye annet internasjonalt arbeid som ikke er omtalt her. Eksempelvis deltar Justisdepartementet i mange fora/prosjekter. Både Statens institutt for rusmiddelforskning og Seraf har fokus på internasjonalt forskningssamarbeid i sitt arbeid.

### Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse

Personer med rusmiddelproblemer har rett til tjenester av god kvalitet. Kvaliteten på tjenestene skal heves, og kompetansen om rusproblematikk skal økes. Dette gjelder for alle tjenesteytere som møter personer med rusmiddelproblemer, uansett arbeidsplass. Denne kompetansehevingen er et særlig viktig område i lys av samhandlingsreformen. Uklarhet om roller og ansvar, samt mangel på kompetanse om problematisk bruk eller avhengighet av rusmidler og eventuelle stigmatiserende holdninger til denne pasientgruppen kan påvirke muligheten til å oppdage rusproblem på et tidlig tidspunkt. Dette kan påvirke kvaliteten og nytten av behandlingen og vanskeliggjøre en rehabiliteringsprosess.

Opptappingsplanen beskriver dagens kvalitets- og kompetansebehov. Den har gjennom fem delmål og 34 tiltak søkt å møte utfordringene som det pekes på i ulike rapporter og andre undersøkelser.

### Styrke forskning og undervisning

Ett av delmålene for å oppnå bedre kvalitet og økt kompetanse er styrking av forskning og undervisning om rusmiddelproblematikk. NOU 2003:4 *Forskning på rusfeltet* ga en oversikt over omfanget av bruken av rusmidler i Norge etter 1990, hvilke skader man vet at bruk av rusmidler kan føre til og omfanget av disse skadene. Videre gjennomgikk rapporten internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet. Rapporten pekte også på mangler i rusmiddelforskningen.

En hovedsatsing for å møte utfordringene har vært Rusmiddelforskningsprogrammet i Norges forskningsråd. Det gjelder særlig fem forskningsområder; rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart, arbeidsliv og rus, tidlig intervensjon, vanedannende legemidler og cannabis. Noe midler har også vært gitt til forskning på problematisk spilleatferd. Programmet har delt ut ca. 45 millioner kroner over en fireårsperiode. Dekningen av programmets fem innsatsområder er god. Ulike modeller for videreføring vurderes. Resultat og vurdering av forskning på de fem innsatsområdene er gjort i en særskilt rapport fra Forskningsrådet.

Et sentralt tiltak i rusmiddelforskningsprogrammet er finansiering av Senter for rus- og avhengighetsforskning – SERAF – ved Universitetet i Oslo. Senteret har i løpet av få år fått en sentral plass i norsk rusmiddelforskning med omfattende forskningsvirksomhet, deltakelse i en rekke forskningsnettverk og med et stort undervisningsprogram. Helsedirektoratet bidrar til finansiering av SERAF blant annet for å skaffe mer kunnskap om legemiddelassistert rehabilitering, LAR. En egen evaluering av SERAF av en internasjonal ekspertgruppe i 2010/11 konkluderte at senteret har levd opp til forventningene. SERAF fikk dessuten karakteren «very good» i en internasjonal vurdering av hele det biomedisinske området innen Norges Forskningsråd.

Forskning i regi av de regionale helseforetakene har økt i perioden. Blant annet har Helse Vest opprettet et regionalt kompetansesenter på rusmiddelspørsmål, KORFOR. Også Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har styrket sin forskning i perioden og har dessuten hatt flere særskilte oppdrag knyttet til opptappingsplanen.

Videre foregår det noe forskning ved andre forskningsmiljøer som Folkehelseinstituttet, Norsk institutt for oppvekst og aldring, NOVA og ved høyskolene. Ett eksempel er forskningen som

Tabell 2.1 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler.

Mål og tiltak	Status	Virkemidler
Tydelig folkehelseperspektiv		
1.1 Redusere totalforbruket av alkohol	++ Totalforbruket blant voksne er ikke redusert, men det er nedgang blant unge og noe høyere debutalder.	Virkemidlene som brukes er i følge forskning effektive, men kan utnyttes bedre, særlig når det gjelder håndhevelse av skjenkebestemmelser og kartlegging/intervensjon i forhold til risikobrukere. I tillegg bør prisvirkemidlet drøftes.
1.2 Styrke arbeidet mot illegale rusmidler	+ Arbeidet er styrket, men mindre satsing enn på alkohol. Nedgang i unges bruk av cannabis, økning i bruk av kokain og amfetamin/metamfetamin + legal highs.	Det finnes noe mindre kunnskap om effektive virkemidler for å forebygge narkotika, men fortsatt satsing på universelle virkemidler er viktig og utviklingen i bruk av legal highs og metamfetamin mv må følges nøye.
1.3 Styrke informasjonsarbeidet	+++ Informasjonsarbeidet er styrket betydelig, større oppslutning om reg. virkemidler.	Informasjon støtter opp om regjeringens rusmiddelpolitikk, og bidrar til opplysning-/holdningsendringer. Ungdom har fortsatt lite kunnskap om alkohol- og narkotikabruk. Det er også behov for å drøfte hvordan man kan bruke informasjonstiltak for å bidra til større åpenhet om rusmiddelproblemer.
1.4 Styrke rusforebyggingen i arbeidslivet	+++ Rusforebygging i arbeidslivet er styrket.	Arbeidslivet er en arena der det er mulig å komme i kontakt med personer før problemer har utviklet seg for langt. Både arbeidsliv og skole/universitet bør være viktige arenaer fremover. Virkemidlene som er brukt hittil er gode, og må videreutvikles. Trykket på informasjon må opprettholdes i årene fremover.
1.5 Styrke det internasjonale arbeidet	++ Styrket. Flere konkrete resultat, Whos globale alkoholstrategi mv.	Norges rusmiddelpolitikk er til dels avhengig av internasjonale forhold, og kan også bruke og spre verdifulle erfaringer. Norge bør fortsatt delta aktivt i internasjonale fora og sørge for å innhente aktuelle internasjonale erfaringer i forbindelse med forebyggende og behandlingsfaglig virksomhet i Norge.

- Ingen utvikling/delmålet er ikke oppnådd

+ Usikker utvikling eller kunne ha vært bedre

++ Utvikling har skjedd, men effektene er usikre eller små

+++ Utvikling og positive effekter har skjedd

var knyttet til Høyskole- og universitets sosialkontor (HUSK), et femårig forsøk (2006–2011) som siktet mot å styrke kunnskap og kvalitet i kommunale sosiale tjenester/NAV. Nordlandsforskning evaluerte forsøket på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (jf. Nordlandsforskning pub. Nr. 1011–7).

Kunnskapssenteret publiserte for fjerde år på rad en rapport om forskningsbehov, og har kon-

kludert med behov for relevant og robust forskning om konkrete tiltak for rusrehabilitering i rapportene om forskningsbehov fra 2009, 2010 og nå også i 2011. Også på legemiddelområdet etterlyses studier med direkte sammenligning av ulike legemidler, samt studier som følger bivirkninger over tid. Det er også behov for studier som vurderer tiltak for sikrere legemiddelbruk.

Det er fortsatt behov for mer forskning på rusfeltet. Den største utfordringen på dette området er imidlertid ikke mangel på kunnskap, men mangel på anvendelse av den kunnskapen en allerede har. Det er derfor satset også på kompetanseheving i tjenestene. Sentralt i dette er utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, samt utdanning. Dette er viktige verktøy for å få til mer kunnskapsbasert praksis.

### Styrke kompetanse og rekruttering

Gjennom opptrappingsplanen gis det støtte til videre- og etterutdanning i rusmiddelarbeid og økt kursing om rusmiddelproblematikk til ulike målgrupper. Alle kommuner har i løpet av opptrappingsperioden hatt mulighet til å søke fylkesmannen om lønnskompensasjon for ansatte som tar permisjon i forbindelse med ettervidereutdanning i rusproblematikk, psykisk helsearbeid eller psykososialt arbeid med barn og unge. I tillegg har kurstilbudet ved SERAF har økt i perioden, og

Kompetanseheving er essensielt for å møte samhandlingsreformens intensjoner om å oppdage problem så tidlig som mulig.

### Styrke kvaliteten i tjenestene

Et sentralt delmål er å styrke kvaliteten på tjenestene. Et virkemiddel som er valgt er å etablere rusrådgivere ved Fylkesmannsembetene, noe som ble gjort tidlig i planperioden. Dette har vært et viktig virkemiddel for å iverksette tiltak i planen, samt bidra til kompetanse- og kvalitetsheving i kommunene. Fylkesmennene bidrar til å iverksette de statlige satsingene, samler jevnlig relevante aktører som møter personer med rusmiddelproblemer og bidrar med kompetansehevende tiltak. Det tilbys også videre- og etterutdanning for ansatte i kommunene, NAV, politiet og kriminalomsorgen.

Det har vært et tett samarbeid med de sy regionale kompetansesentrene på rusfeltet, KORUS, som også har blitt styrket i opptrappingsplanperioden. I tråd med samhandlingsreformen bidrar kompetansesentrene, til å heve tjenesteapparatets og kommunenes kompetanse på rusområdet. KORUS er evaluert i perioden. Sentrene vurderes som en vellykket strategi for å implementere statlige satsinger i det kommunale rusarbeidet. Den organisatoriske tilknytningen til ulike vertsinstitusjoner vurderes som velfungerende uavhengig av type vertsinstitusjon.

Et annet virkemiddel for å tydeliggjøre ansvarsdeling mellom kommune og spesialisthel-

setjenesten, samt bedre kvaliteten på tjenestene som ytes, er å utvikle veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og kartleggingsverktøy. Det har vært en storstilt satsing på dette i planperioden, og med de retningslinjene som er under arbeid, vil hele rusfeltet være dekket. Veiledererne og retningslinjene retter seg mot primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, samt kommunale forebyggende tjenester.

Flere av retningslinjene/veilederne er under evaluering eller følgeforskes av for eksempel SIRUS eller SERAF. I tillegg er det anbefalt tilsyn med for eksempel tilbudet i LAR av Statens helse-tilsyn i 2014. For ROP-retningslinjen, er det gjennomført en analyse av gapet mellom praksis og anbefalingene som vil gjentas etter at retningslinjen har vært i bruk en tid.

Det er også utført flere evalueringer i tråd med opptrappingsplanen; bruk av tvang etter sosialtjenesteloven (nå tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven), arbeid i regi av frivillige organisasjoner, kommunalt rusarbeid m.v. Evalueringene følges opp på ulike måter, for eksempel følges evalueringer av tilskuddsordninger opp gjennom bedre målsstyring/tilpasning av tilskuddsordningene.

Evalueringer knyttet til Helsedirektoratets oppdrag i opptrappingsplanen for rusfeltet er omtalt under<sup>3</sup>.

### Bedre dokumentasjon og statistikk

Det er gjort en del for å bedre dokumentasjon og statistikk på rusfeltet. Dette er imidlertid et krevende område, ikke minst på det kommunale nivået, og statistikken på rusfeltet er fremdeles mangelfull mht til tall om bruk av ulike rusmidler, tall om behov og behovsdekning, effektmål og utviklingen i tjenestene.

Det er særlig behov for å fremskaffe bedre data og dokumentasjon av rusarbeidet som foregår på kommunalt nivå. I påvente av bedre systemer har Helsedirektoratet utarbeidet et eget rapporteringssystem knyttet til kommunens innsats på rusmiddelområdet; Rundskriv IS-8 «*Kommunalt rusarbeid – rapportering på kommunenes bruk av øremerkede midler og samlet innsats i rusarbeidet*». Systemet ble gjennomført for første gang i 2010 og skal bidra til å synliggjøre årsverksinnsatsen på feltet. Rambøll hadde oppdraget med å sammenstille rapporteringen innen utgangen av 2011. Parallelt arbeides det med å bedre KOSTRA-

<sup>3</sup> Det er i tillegg utført en rekke andre undersøkelser, kunnskapsoppsummering og kartlegginger både før og under opptrappingsplanen for rusfeltet.

Tabell 2.2

Retningslinjer	Status
IS-5/2008: Håndbok i alkoholloven mv	Ferdig (revideres fortløpende)
IS-1337: Internkontroll etter alkoholloven – for salgs og skjenkesteder.	Ferdig
IS 1362: Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan	Ferdig/revideres
IS 1742: Fra bekymring til handling – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet	Ferdig
IS 1701: LAR-retningslinjen	Ferdig
IS 1876: LAR-gravide og små barn	Ferdig
IS 1948: Retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av samtidige rus- og psykiske lidelser	Ferdig
IS 1505: Veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling	Omarbeides til prioriteringsveileder, planlagt ferdig 2013
Behandlingsretningslinjen	Under arbeid, planlagt ferdig 2014
Avrusningsretningslinjen	Under arbeid, planlagt ferdig 2014
Veileder for rusmestringsenhetene	Samarbeid mellom Helsedirektoratet og Justisdepartementet, under arbeid, planlagt ferdig 2012/2013
IK 2755: Veileder for forskrivning av vanedannende legemidler	Revisjon, planlagt ferdig 2013
Støttmateriell; rusmiddelforebyggende arbeid i skole – forslag til læringsaktiviteter	Under arbeid, planlagt ferdig 2012
Veileder om psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne i kommunene	Under arbeid, planlagt ferdig 2012
Veileder i kontroll av salgs- og skjenkebevilling	Under arbeid, planlagt ferdig 2012
Veileder i bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2–10-4	Arbeid med revidering av tidligere handlingsveileder er igangsatt, planlagt ferdig 2013.

data knyttet til fagområdet. Dette forutsetter endringer i registerdata og standardisering av koder i de lokale fagsystemene slik at data kan innrapporteres fra kommunene om aktivitet og ressursbruk. Kommunehelseprofilene som er laget i forbindelse med samhandlingsreformen skal videreutvikles til også å gjelde andre områder.

Kunnskap knyttet til omfang og behov for tjenester mangler på nasjonalt nivå.

Rambøll har, på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomført en utvalgsundersøkelse i et representativt utvalg kommuner. Et kartleggingsverktøy; Brukerplan, er utviklet i samarbeid med kommuner i Helse Vest RHF i samarbeid med Helse Stavanger HF, og gir data om omfang og karakteristika av rusmiddelproblemer i kommunene.

Brukerplan har flere år vært benyttet til lokal styring og kvalitetsutvikling i de deltagende kommunene. Det ble i desember 2011 og januar 2012 for første gang gjennomført en landsrepresentativ kartlegging ved hjelp av Brukerplan. Denne kartleggingen har gitt gode estimat på nasjonale tall i forhold til omfang og karakteristika. Det er planlagt å tilby alle norske kommuner Brukerplan i løpet av 2013.

Siden 1. januar 2006 har institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) rapportert ventelistedata til Norsk pasientregister (NPR). Fra 1. januar 2009 ble disse opplysningene supplert med opplysninger om behandlingsaktivi-

tet og en kartlegging av pasientenes situasjon ved behandlingsstart.<sup>4</sup> Data rapporteres tertialvis til NPR, og hvert tertial får TSB-enhetene tilbakemeldinger fra NPR der feil og mangler i innsendte data påpekes og bes endret. Dette i tillegg til løpende kommunikasjon med enhetene, dialog med ledelsen i RHFene og regionale opplæringsrunder hjelper til å øke fokuset på datakvalitet. Siden oppstart av rapporteringen har det vært en stor kvalitetsforbedring. Det er likevel fortsatt viktig å ha fokus på bedret kvalitet og kompletthet for å sikre at denne trenden vedvarer.

Andre viktige virkemidler som vil gi kunnskap om behandlingen som gis, er å innføre prosedyrekodeverk<sup>5</sup>, samt utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer/standarder for både TSB og kommunalt rusarbeid. Arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i TSB vil starte opp i 2012.

### Heve kvaliteten i frivillig sektor

Frivillige organisasjoner har en viktig rolle både når det gjelder forebygging, behandling og omsorg og innen selvhjelps- og brukerorganisasjoner. Forskning viser at deltakelse i frivillige organisasjoner og selvhjelpsgrupper kan øke sjansen for å lykkes i å holde seg rusfri og/ eller mestre hverdagen bedre til tross for rusmiddelproblemer/psykiske vansker. Gjennom opptrappingsplanen har man kartlagt 499 selvhjelpsgrupper på rusfeltet, og Norsk selvhjelpsforum har i oppdrag å spre kunnskap og tilrettelegge for økt bruk av selvhjelpsgrupper.

Det gis tilskudd til en rekke frivillige organisasjoner. Hvert år gis det i underkant av 100 millioner kroner i tilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider for å redusere forbruk og skader forårsaket av rusmidler. Tilskuddsordningene er ment å stimulere til engasjement og ruspolitisk aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå gjennom støtte til drift, prosjekter og aktiviteter av nasjonal karakter, og som har rusmiddelforebygging som primærmål. Ordningene skal fremme kunnskapsbaserte strategier og demokratisk organisasjonsarbeid med frivillig innsats og lokalt engasjement. Store tiltak som Arbeidslivets kompetansesenter

<sup>4</sup> Mange av dataelementene i denne rapporteringen er av god kvalitet, mens det jobbes kontinuerlig med å øke kvaliteten på andre. Rapportering av tilbakeholdelse i institusjon, individuell plan og pasientens rusituasjon ved behandlingsstart er eksempler på dataelementer der kvaliteten og komplettheten er økende, men det er fortsatt endel igjen før den er god nok.

<sup>5</sup> Prosedyrekodeverk er innført i TSB fra 2011, men kodene var ikke beskrivende nok for den helsehjelpen som ble gitt. Det vil bli en revisjon av kodeverket i 2012

for rus og avhengighet (AKAN) og paraplyorganisasjonen Actis får støtte over denne ordningen. Tilskuddsordningen skal evalueres i 2013.

Det gis tilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider med oppfølging, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelavhengighet og/eller prostitusjonserfaring. I tillegg får bruker, pårørende- og interesseorganisasjoner økonomisk støtte. Formålet med bevilgningen er å støtte opp om innsatsen som utføres av frivillige og ideelle virksomheter overfor rusmiddelavhengige. Tiltakene skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet og bidra til styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Det blir lagt vekt på at virksomhetene kan dokumentere samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusmiddelproblemer, og at de har etablert et system for brukermedvirkning. Denne tilskuddsordningen ble evaluert i 2010. Evalueringen slo fast at virksomhetene utfyller det offentlige tjenestetilbudet, og tilskuddsordningen har bidratt til å skape mangfold i henhold til målsettingen. Det reises spørsmål i evalueringen om tilskuddsordningen bør målrettes bedre gjennom å etablere ulike kriterier for støtte. På bakgrunn av anbefalinger i evalueringen ble det fastsatt tre nye regelverk under ordningen. Det blir skilt tydeligere mellom driftsstøtte til institusjoner som yter døgnbehandling, organisasjoner som driver aktivitetstilbud, og bruker-, pårørende- og interesseorganisasjoner.

### Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester

#### Tidlig intervensjon

Overordnet mål med tidlig intervensjon er å forhindre utvikling av avhengighet av alkohol eller narkotika og å forhindre eller redusere negative konsekvenser av alkohol og narkotikamisbruk. I opptrappingsplanperioden har arbeidet med tidlig intervensjon i hovedsak hatt fokus på å heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og unge, samt stimulere til økt bruk av screeningverktøy og mini-intervensjoner blant ansatte som kommer i kontakt med gravide, deres partnere og småbarnsforeldre. Overfor voksne skal dette bidra til at det settes inn hjelpe-/behandlingstiltak så tidlig at den som har problemer med sitt rusmiddelbruk ikke utvikler det til å bli et misbruk, eller at en som har utviklet et misbruk ikke blir avhengig av alkohol eller andre rusmidler.

Tabell 2.3 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler

Mål, delmål	Resultat	Virkemidler
Bedre kvalitet og økt kompetanse		
2.1 Styrke forskning og undervisning	++ Forskning har økt. Rusmiddelforskningsprogrammet har fått økt støtte, det samme har flere forskningsinstitusjoner. I tillegg har det vært økt forskning i regi av helseforetakene fram til 2011. Det er fortsatt behov for mer forskning. Undervisning har økt i regi av bl.a. SERAF, kompetansesentrene og fylkesmennene.	Virkemidlene for å styrke forskning har vært viktige; økt forskning i regi av helseforetakene og rusmiddelprogrammet til NFR bør holde fram. Forsknings-/kunnskapsformidling er vesentlig. SERAF har bidratt til både økt forskning og undervisning. Kompetansesentrene har bidratt til implementering av statlig politikk, sammen med fylkesmennene.
2.2 Styrke kompetanse og rekruttering	+ Delvis, det vises også til utarbeidelsen av veiledere og retningslinjer og implementeringen av disse. Når det gjelder rekruttering, foreligger det noe tall på utdanning i kommuner som mottar tilskudd.	Se over. Det er behov for en stor og samlet satsing på kompetanseheving for å sikre at alle instanser som møter målgruppen har kompetanse til å handle. Dette inkluderer fastleger, skolehelsetjeneste, NAV mv. Videre kan innføring av spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin, styrking av grunnutdanningene og hospiteringsordninger mest sannsynlig bidra til økt kompetanse og rekruttering.
2.3 Styrke kvaliteten på tjenestene	++ Tiltakene for å styrke kvaliteten utført, for tidlig å måle endring. En serie veiledere og retningslinjer for hele rusfeltet er fullført/igangsatt.	Implementering av veiledere og retningslinjer er essensielt for at kvaliteten på tjenestene styrkes. Roller og ansvar bør klargjøres og eventuelle stigmatiserende holdning bør avdekkes og imøtegås.
2.4 Bedre dokumentasjon og statistikk	++ Forbedret dokumentasjon og statistikk på en rekke områder. Gjenstår en del, særlig på kommunalt nivå. Naturlig å se dette i sammenheng med Folkehelseloven som trådte i kraft 1.1.2012.	Arbeidet for å fremskaffe bedre data og dokumentasjon av rusarbeidet på kommunalt nivå bør holde fram. Innføring av prosedyrekodeverk og utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer/standarder er viktige virkemidler fremover.
2.5 Heve kvaliteten i frivillig sektor	+ Delvis. Evalueringer gjennomført og målstyring i gang.	Frivillig sektor er et viktig supplement til det offentlige tilbudet. Det er behov for bedre nasjonal og lokal samordning av tiltak i regi av offentlige og private aktører på rusfeltet.

- Ingen utvikling/delmålet er ikke oppnådd

+ Usikker utvikling eller kunne ha vært bedre

++ Utvikling har skjedd, men effektene er usikre eller små

+++ Utvikling og positive effekter har skjedd

Arbeidet har tatt to hovedretninger fordi arbeidet rettet mot barn og unge som i hovedsak er utenfor helsetjenestene, mens arbeidet rettet mot voksne i hovedsak er i helsetjenesten.

For å styrke kompetansen om de effektive tidlige intervensjonsmetodene til ansatte og ledere i

kommunene er det utarbeidet en veileder: *Fra bekymring til handling*. Det er arbeidet systematisk med implementering av veilederen og opplæring av metodene som anbefales der. For å styrke implementeringsarbeidet har det i opptrappingsplanperioden også blitt tildelt tilskudd til kompe-

tansesentrene for å utvikle gode metoder for å identifisere målgrupper med behov for tiltak. I 2012 lanseres nettsiden [www.tidligintervensjon.no](http://www.tidligintervensjon.no) som gjenspeiler anbefalingene i veilederen, samt tilbyr konkrete verktøy for de ulike tjenestene om hvordan de kan gå fram for å oppdage rusrelaterte problemer, og hvordan de kan gå fram for å følge opp problemene. Helsedirektoratet arbeider også for å tilpasse en dansk modell for bedre tverrfaglig innsats – BTI. Dette er et viktig bidrag inn til tjenestene når en arbeider med tidlig intervensjon i møte med barn og unge spesielt.

Det finnes flere effektive tiltak for å begrense alkoholrelaterte problemer og skader. Universelle, befolkningsrettede tiltak, som de regulative virkemidlene, er kjent for å være mest virksomme og forebygger også problematisk rusmiddelbruk hos personer i risiko. Forskning viser imidlertid at universelle tiltak ikke er tilstrekkelig for å nå alle risikogrupper. Det er derfor behov for å supplere de universelle tiltakene med selektive og indikative intervensjoner rettet mot dem som har størst risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Høykonsumenter av alkohol er en slik gruppe. Tiltak som har vist seg å gi gode resultater, er kartlegging av personer med risikofylt høyt konsum og motivasjonssamtaler med disse i primærhelsetjenesten. Det finnes ikke et klart skille mellom et uproblematisk alkoholbruk på den ene siden og et alkoholmisbruk på den andre. Det er utviklet verktøy for å identifisere personer som har et risikofylt høyt alkoholforbruk og hjelpe dem til å drikke mindre. I veilederen *Fra bekymring til handling* anbefales verktøy som audit og tweak i kombinasjon med Motiverende intervju (MI). Det er i 2010 og 2011 gjennomført et forsøk på en nasjonal organisering av å implementere gode verktøy og metoder til aktuelle tjenester i møte med gravide, deres partnere, samt til småbarnsforeldre. I tillegg arbeides det med å utvikle webbaserte screeningverktøy samt e-læring som skal tilgjengeliggjøre tidlig-intervensjonsmetodene på nett.

Tidlig intervensjonsarbeid med andre målgrupper må fortsatt styrkes. Det er behov for å understøtte MI-opplæringen med en nettressurs jf. [www.somra.se](http://www.somra.se) i Sverige, og det gjøres i forbindelse med den nye plattformen til [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). MI kan benyttes på alle levevaneområdene og ikke bare atferdsendring knyttet til rusmidler.

### Mer tilgjengelige tjenester i kommunene

Det kommunale rusarbeidet innebærer både forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering,

behandling og skadereduksjon, og det er derfor mange instanser som vil være involvert i det kommunale rusarbeidet. Tjenester og tiltak kan omfatte: råd og veiledning, helsestasjon og skolehelsetjenesten, fastlege, bolig og oppfølgingstjenester i bolig, arbeids- og aktivitetsrettede tiltak, psykisk helsetjeneste, oppsøkende/ambulante tjenester, lavterskeltilbud, henvisning til og oppfølging under behandling i spesialisthelsetjenesten eller opphold i annen institusjon/fengsel. Frivillighetsfeltet supplerer de kommunale tiltakene og kan ofte tilby ubyråkratisk og praktisk tilrettelegging. De har gode forutsetninger for å bidra til motivering og rehabilitering gjennom ulike aktivitets- og sysselsettingstiltak, nettverksbygging og boligtiltak. De bidrar til økt kapasitet og større mangfold i tjenesteapparatet gjennom aktiviteter som kommunene ikke er lovpålagt å tilby og alternative faglige tilnærminger.

Gjennom opptrappingsperioden har tilskudd vært et sentralt virkemiddel. I 2006 var det omtrent 50 kommuner som mottok tilskudd, i 2011 var det 297. Det er tidligere vist til en økning i kompetansenivået blant kommunene som følge av tilskuddsordningene, samtidig som temaet rus i større grad er satt på dagsorden i kommunene. Samtidig har en styrket økonomi i kommunene og helseforetakene lagt grunnlag for en ytterligere utbygging av tjenestetilbudet på rusfeltet. Til sammen 92 prosent av landets innbyggere bor i kommuner som har mottatt tilskudd til kommunalt rusarbeid. Det er i hovedsak små kommuner som ikke har søkt/ eller har vært omfattet av ordningen. Kommunene har hovedsakelig søkt midler/har fått tilskudd til nye ruskonsulenter, bo-oppfølgingstjenester, aktivitets- og arbeidstiltak, lavterskel helsetiltak og tiltak for tidlig intervensjon overfor unge i risiko og etablering av rusakutt i Oslo, Bergen og Drammen. Oppfølging av pasienter i legemiddelasistert rehabilitering er styrket, men det er fremdeles mangelfull oppfølging av både LAR-pasienter og andre med rusmiddelproblemer i kommunen.

Blant viktige tiltak på Arbeidsdepartementets område er kvalifiseringsprogram for utsatte grupper og tiltak for å styrke økonomi- og gjeldsrådgivning. Kvalifiseringsprogrammet ble innført som en landsomfattende ordning fra 1. januar 2010. Nærmere 5000 deltakere har planmessig avsluttet programmet i løpet av perioden 2008–2010 og av disse gikk i overkant av 40 % til arbeid, utdanning eller andre arbeidsrettede tiltak. Antallet som dropper ut har økt noe i løpet av denne perioden, men vurderes fortsatt som lavt. Personer med rusmiddelproblemer kan fylle vilkårene for rett til

program, og tilbakemeldinger fra ulike hold viser at personer med rusmiddelproblemer inngår blant deltakerne. Det foreligger imidlertid ingen tall som viser hvor stor andel av deltakerne i kvalifiseringsprogrammet som har rusmiddelproblemer, og kvalifiseringsprogrammet er nå gått inn i rammene til kommunene.

For personer som forsøker å komme ut av et rusmiddelmissbruk, kan veiledning i økonomiforvaltning og gjeldshåndtering være en forutsetning for å få grep om egen tilværelse. Her kan gjeld til privatpersoner også være en utfordring. Arbeidsdepartementet vurderer tiltak for å styrke kompetanse og kvalitet i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning som et riktig virkemiddel. NAV har etablert en nasjonal økonomirådgivningstelefon. Økonomirådstelefonen 800GJELD (telefonnummer 800 45353) er et landsdekkende tilbud til alle som har økonomiske problemer eller som har behov for privatøkonomisk råd og veiledning. Målet er at økonomirådstelefonen skal styrke tilgjengeligheten til økonomisk rådgivning, bidra til råd med sikte på hjelp til selvhjelp, evt. henvise til rette tjenesteapparat.

### Styrke boligtilbudet

Et delmål i opptrappingsplanen er å styrke boligtilbudet. Dette gjøres gjennom flere ulike tiltak; blant annet gjennom arbeidet for å redusere antall utkastelser og redusere midlertidige botilbud. Arbeids- og velferdsdirektoratet har også en tilskuddordning som skal bidra til å styrke kommunale oppfølgingstjenestene i bolig. Personer med rusmiddelproblemer er en av hovedmålgruppen for ordningen. Bakgrunnen er at en stor del av dem som sliter med rusmiddelbruk mangler tilfredsstillende boforhold og nødvendige oppfølgingstjenester i bolig.

Norsk Institutt for by- og regionforskning (NIBR) kartlegging av bostedsløse i 2008 viste at det var om lag 6100 bostedsløse i Norge. Dette var en økning fra 2005. Kartleggingen viste at personer med rusmiddelproblemer utgjør 59 prosent av de bostedsløse, 4 av 5 av dem med langvarig bostedsløshet (utøver 6 mnd.), 85 prosent av dem som benytter akutt overnatting, 69 prosent av dem som oppholder seg i midlertidig botilbud. Det var også en økende andel unge bostedsløse.

I perioden 2007–2009 ble det i samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Husbanken gjennomført et forsøk med utvikling av metoder og rutiner for oppfølging av personer i midler-

tidige botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig. Forsøket har gitt verdifulle erfaringer som benyttes i direktoratets videre innsats for å styrke og utvikle boligsosialt arbeid i kommunen. Personer med rusmiddelproblemer er en viktig målgruppe for dette arbeidet.

Siden 2009 har Husbanken målrettet innsatsen sin mot kommuner med store boligsosiale utfordringer. Formålet er at kommunene i større grad skal effektivisere arbeidet med vanskeligstilte på boligmarkedet, og å se boligens betydning i sammenheng med andre velferdsområder. Husbankens rolle er å tilby faglig og finansiell støtte. Gjennom langsiktige og forpliktende samarbeidsavtaler utvikles det systemer, indikatorer og læringsarenaer som gjør at også andre kommuner kan ta del i utviklingsarbeidet.

Investeringsstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger har økt, men dette gjelder ikke spesifikt for rusmiddelavhengige, men vil etter hvert også gjelde noen av dem. Investeringsstilskuddet er ifølge Kommunal- og regionaldepartementet et godt målrettet virkemiddel for å få til egnede boliger med tilrettelagte tjenester for målgruppen. Dette er en av Husbankens prioriterte oppgaver. Ut over dette har det ikke vært en satsing på å øke boligkapasitet i planen.

Egnet bolig er nødvendig for god livskvalitet og mestring av eget liv, og det er behov for kraftigere virkemidler for å sikre at alle kan bo trygt og motta nødvendige oppfølgingstjenester i boligen. En stabil boligsituasjon er basis for alt endringsarbeid og har stor betydning for effekten av andre velferdstjenester som ytes (NIBR 2011). Det å ha en egen bolig bidrar til betydelig egenmotivasjon til å ta fatt på andre utfordringer og skape sitt eget liv. En stabil bosituasjon kan i mange tilfeller føre til bedring i helse og stabilisering eller eliminering av rusmiddelbruken.

Beregninger fra boligutvalget som ble nedsatt for å drøfte og gi råd i forbindelse med framtidens sosiale boligpolitikk (NOU2011:15 *Rom for alle*), anslår at det er behov for en satsing på minimum 2500 flere egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser (500 pr år i fem år). Utvalget foreslår videre en mer samordnet statlig innsats på dette feltet hvor samtlige berørte departementer med underliggende organer deltar i utformingen av nasjonale mål og virkemidler, hvor både boliginvestering, oppfølgingstjenester og kompetanseutvikling ses i sammenheng.



### Styrke kapasitet i tverrfaglig spesialisert behandling

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddel-misbruk innebærer at sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig personell skal samarbeide i behandling av ruslidelser på spesialistnivå. Dette omfatter akuttbehandling, poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling og tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke (tvang) etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2–10-4.

Problemer som kan medfølge ved misbruk av rusmidler har svært ulik karakter; fra tunge avhengighetstilstander til akutte forgiftningstilfeller som ikke er knyttet til avhengighet. Tverrfaglig spesialisert behandling dekker således en rekke ulike intervensjoner med ulik varighet og målsetting; fra kronikerbehandling med et livslangt perspektiv til kortvarige intervensjoner. Pasienter med en alvorlig avhengighet sliter ofte med samsykelighet både når det gjelder somatiske og/eller psykiske lidelser.

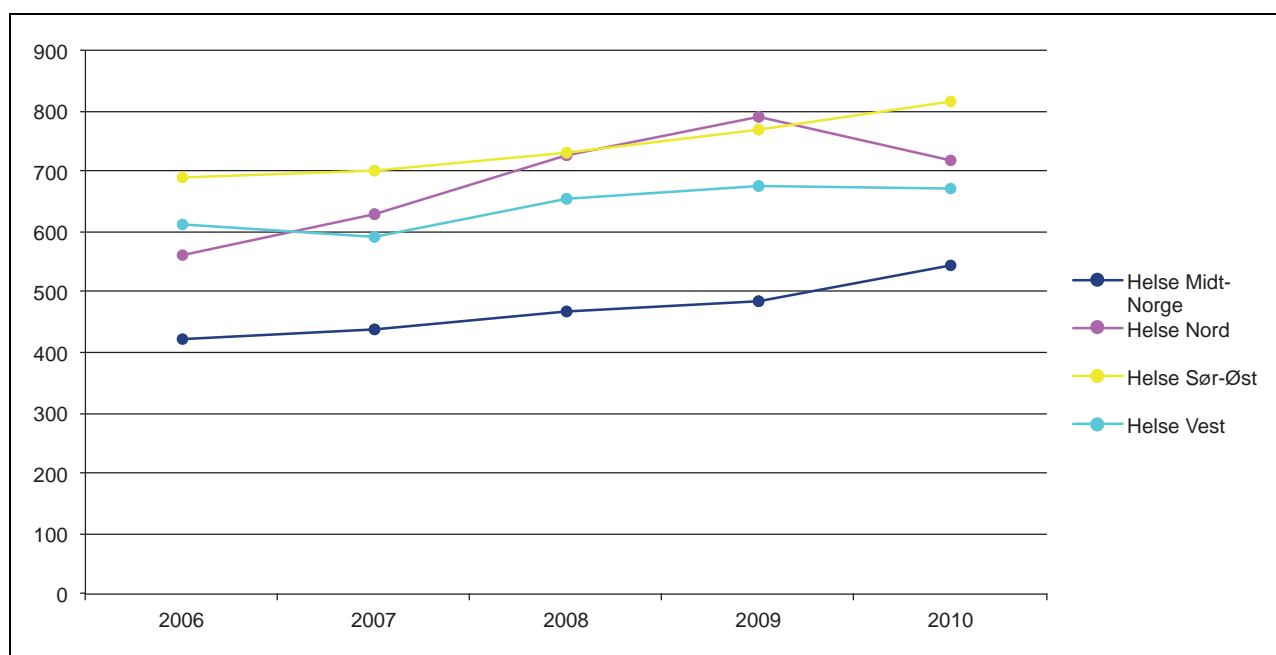
I oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene fremgår det at kapasiteten skal økes. Det har også vært en føring over flere år at behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykiske helsevern ressursmessig skal øke mer enn somatiske helsetjenester. Dette er imidlertid ikke tatt inn i oppdragsbrevet til RHFene for 2012. Ser man på driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten fra 2010, tyder de på at man har oppnådd dette (SAMDATA 2010). Samtidig øker antall henvis-

ninger, og det er fortsatt lange ventetider til behandling selv om disse har gått noe ned. Det har vært en tydelig føring overfor RHFene at polikliniske konsultasjoner skal økes og det har gitt positive resultater for pasientene. Også antallet som har fått døgnbehandling har økt noe, men samtidig har gjennomsnittlig liggetid blitt redusert med en dag.

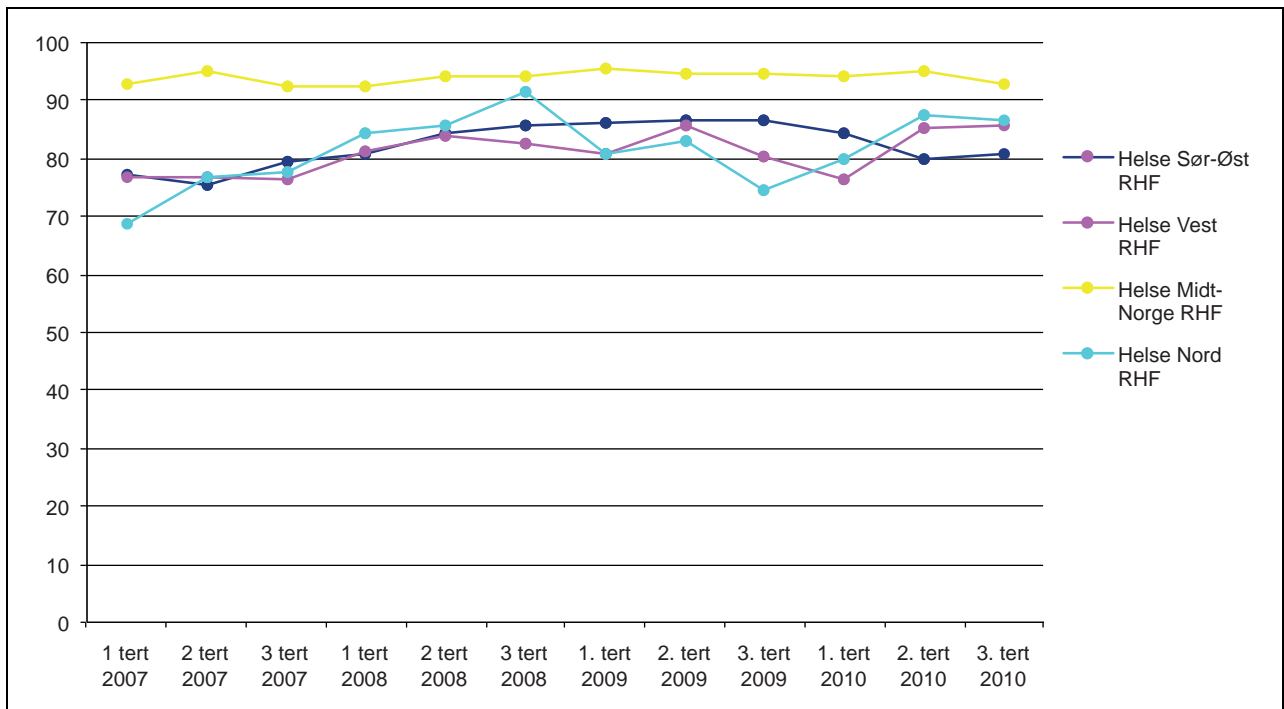
Dersom kostnader pr innbygger gir en indikasjon om tilgjengelighet av tjenester, ser vi at det er store regionale forskjeller. Det er også regionale forskjeller i rettighetstildelingen for pasienter med behov for behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling fra 69 prosent i Helse Nord RHF til 89 prosent i Helse Midt-Norge RHF (3. tertial 2011, IS-1975).

Figurene under viser tall og utvikling som berører tilgjengelighet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling: kostnader, rettighetstildeling og ventetider.

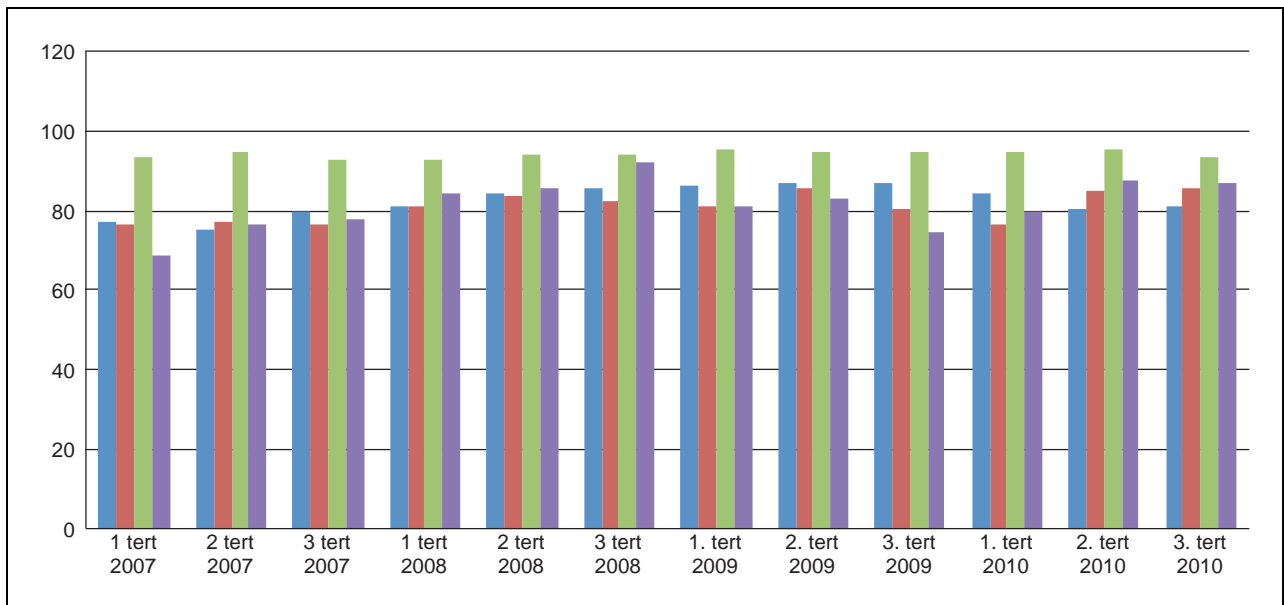
Behandling av personer med rusmiddelproblemer gir god effekt både i livskvalitet og levetid. For pasienter som mottar substitusjonsbehandling (LAR) halveres for eksempel risikoen for å dø, sammenliknet med å stå på venteliste til LAR (Thomas Claussen m.fl. 2007). Risikoen for å dø er imidlertid enda høyere for pasienter som avbryter behandlingen. For pasienter i rusbehandling generelt er det gjort funn som konkluderer med en betydelig og stabil reduksjon i rusmiddelbruk og i antall dager med kriminalitet etter behandling. Forbedringen i psykisk helse og



Figur 2.1 Kostnader pr innbygger TSB i ulike regioner, inkludert nye oppgaver, ekskl. pensjon og arbeidsgiveravgift.



Figur 2.2 Andel rettighetspasienter TSB ulike helseregioner.



Figur 2.3 Ventetider pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2010.

arbeidssituasjon var mindre markant (Melberg m.fl. 2003). En studie blant norske pasienter som mottar LAR-behandling, viser videre at pasienter som er i kontinuerlig behandling og særlig over 2 år har langt færre domfellelser enn pasienter på venteliste eller med gjentatte brudd i behandlingen (Bukten m.fl 2010).

Nytten av rusbehandling er best der det gis påfølgende oppfølging i form av polikliniske kon-

sultasjoner og/eller oppfølging i kommunal regi. Effektive behandlingsinnsatser svekkes dersom det kommunale tjenestetilbudet ikke er godt nok. Ved brudd i den planlagte behandlingen er det for eksempel funnet 16 ganger så høy risiko for å dø av overdose enn ellers (Ravndal og Amundsen 2010).

Selv om det i enkelte tilfeller kan være problematisk å dokumentere den forventede nytten av

behandling, er det gode argumenter for å prioritere både de med problematisk rusmiddelbruk ut fra tidlig intervensjonstenkning, og de med en avhengighet. Behandlingsinnsatsen som rettes mot de to gruppene vil imidlertid være ulik, særlig når det gjelder varighet av innsats.

Ved vurdering av nytte av rusbehandling må det tas hensyn til den sammensatte problembelastningen som mange personer med rusmiddelproblemer har. Istedenfor å forholde seg til et lineært og oppdelt tjenestetilbud, som preger dagens behandlingstilbud, kan det være mer relevant å betrakte behandlingsforløpene som sirkulære med flere reinnleggelser, flere ulike behandlingsintervensjoner, og med bredde i hva man definerer som nyttig behandling.

### Bedre tjenester til domfelte og innsatte

Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet utarbeidet i 2006 et eget rundskriv «Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige» (rundskriv G8–2006). Formålet med rundskrivet er å bidra til bedre samhandling og styrket samarbeidet mellom tjenestene regionalt og lokalt.

I Helse Nord og Helse Sør-Øst er dette arbeidet fulgt opp med jevnlig samarbeidsmøter. Det er blant annet utarbeidet samarbeidsavtaler mellom de regionale helseforetakene (RHF) og Kriminalomsorgens regioner, og samarbeidsavtaler mellom helseforetak (HF), kommuner og Kriminalomsorgens fengselsenheter. Samarbeidsavtalene skal blant annet sikre at innsatte i fengsel får innfridd sine pasientrettigheter til tverrspecialisert behandling (rus, psykiatri og somatikk). Justisdepartementets vurdering er at rundskrivet har fungert etter hensikten, men implementeringsarbeidet regionalt og lokalt kunne ha startet tidligere. Det er særlig behov for å øke samarbeidet om individuell plan.

#### *Etablering av rusmestringsenheter*

I tråd med opptrappingsplanen er det etablert rusmestringsenheter i fengslene. Det er i løpet av 2011 etablert 13 rusmestringsenheter i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet. I tillegg tilbys rusbehandling ved Stifinneravdelinger i Oslo fengsel og ved Bredtveit kvinnefengsel.

Rusmestringsenhet skal være et styrket tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Erfaringer fra etablering av enhetene tilsier at rusmestringsenhetene har behov for både tydeligere rammer og bedre faglig oppfølging. JD og HOD har derfor i 2011 igangsatt arbeidet med å lage et felles rundskriv som tydeliggjør rammebetingelser og viser til sentrale regelverksbestemmelser. Parallelt med dette er det i et samarbeid mellom Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF) og Helsedirektoratet nedsatt en arbeidsgruppe som skal lage en faglig veileder for rusmestringsenhetene. Arbeidet skal ferdigstilles i 2012. For å kunne følge utviklingen nærmere, rapporteres det månedlig på viktige nøkkeltall fra rusmestringsenhetene. Det ble gjennomført en erfaringskonferanse for tilsatte ved rusmestringsenhetene høsten 2011. Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS) har startet arbeidet med å evaluere rusmestringsenhetene.

#### *Narkotikaprogram med domstolskontroll*

Narkotikaprogram med Domstolskontroll (ND) er en alternativ straffereaksjon til fengsel, hvor rusmiddelavhengige som begår kriminalitet knyttet til sin rusavhengighet, kan dømmes til betinget dom med vilkår om gjennomføring av ND. Det er etablert et prøveprosjekt med to ND-sentra hhv i Oslo og Bergen, som er forlenget ut 2014. KRUS utførte en prosessevaluering av oppstarten av ND-sentrene i en rapport fra 2007. ND evalueres nå av SIRUS. Det er fra 01.01. 2011 igangsatt en brukerundersøkelse for domfelte i ND. Det gjennomføres nå en ny brukerundersøkelse i de første månedene i 2012 som skal presenteres på et erfaringsseminar for ND i 2012.

#### *Øke § 12 i rehabiliteringsinstitusjoner*

Mange innsatte med rusproblemer og psykiske lidelser har behov for omfattende behandling som ikke kan gis i fengsel. Straffegjennomføringsloven § 12 gir innsatte mulighet for å sone i behandlings- eller omsorgsinstitusjon i stedet for fengsel. En stor andel av § 12 overføringene er innsatte som får rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. I 2011 ble totalt 521 personer overført til soning i medhold av straffegjennomføringsloven § 12. Tallene har vært nokså stabile fra 2008 til 2011. Det har imidlertid vært og er fortsatt et uttalt mål at langt flere innsatte enn i dag skal få dette tilbudet.

JD har planer om å iverksette flere tiltak for å øke § 12 soning i behandlings- og omsorgsinstitusjon. Økning av § 12 er nedfelt i Justisdepartementets handlingsplan for å øke alternative straffer og

Tabell 2.4 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler

Mål	Resultat	Virkemidler
Mer tilgjengelige tjenester		
3.1 Tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester for barn og unge	++ Stor satsing, tidlig å vurdere resultat	Satsingen på tidlig intervensjon bør holde frem. Etterspørsel etter ytterlige kompetanseheving. Viktige virkemidler fremover er økt bruk av screening og mini-intervensjoner, som er effektivt for å begrense alkoholrelaterte skader, men kun i begrenset grad tatt i bruk i Norge. Bedre tverrfaglig samhandling er et annet viktig virkemiddel.
3.2 Styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene	++ Stadig flere kommuner mottok tilskudd til kommunalt rusarbeid. I 2006 var det omtrent 50 kommuner som mottok tilskudd, i 2011 var det 297. Til sammen 92 prosent av landets innbyggere bor i kommuner som mottar tilskudd til kommunalt rusarbeid. Det er mindre kommuner som ikke søker om tilskudd.	Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell behandling/oppfølging er sentralt for god rusbehandling. Virkemidler som for eksempel tilfritspersonsforsøket har vist god effekt. Arbeid og aktivitet er viktige virkemidler i rusmiddelarbeidet, og man bør følge med på om alle som er i målgruppen for kvalifiseringsprogrammet blir vurdert i forhold til deltakelse etter at midlene til dekning av de kommunale merkostnadene er lagt inn i rammetilskuddet til kommunene.
3.3 Styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet	+ Virkemidler for å bedre vilkårene for permanent bolig iverksatt. Lite fokus på kapasitetsøkning og fortsatt utfordringer.	Det er behov å se boliginvestering, oppfølgings-tjenester og kompetanseutvikling ses i sammenheng. I følge boligutvalget er det behov for minimum 2500 flere egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer/psykiske lidelser.
3.4 Styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling	+++ Kapasiteten er gradvis styrket. Fremdeles behov for utbygging/tilpasning av tilbudet.	Det er behov for økt kapasitet på alle nivåer i behandlingen, men økning av avrusingsplasser med mulighet for påfølgende langtidsbehandling bør ha økt prioritet. Et viktig virkemiddel har vært krav om prosentvis mer budsjettøkning av tverrfaglig spesialisert behandling enn somatikken i tildelingsbrevet til de regionale helseforetakene t.o.m 2011.
3.5 Bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte	++ Styrket gjennom både justis og helsesektoren.	Fengselshelsetjenestenes ansvar og innsattes rettigheter til kommunale helse- og omsorgstjenester bør avklares. Veileder for Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (2012) er et viktig virkemiddel fremover som tydeliggjør innsattes rettigheter og tjenestene sitt ansvar for å gi nødvendige tjenester. Tilbakefallsgaranti og individuell plan er viktige virkemidler i løslatelsesfasen. Rusmestringsenheter er et vesentlig virkemiddel og bør videreføres og kvalitetssikres. §12-soningen bør økes.

- Ingen utvikling/delmålet er ikke oppnådd

+ Usikker utvikling eller kunne ha vært bedre

++ Utvikling har skjedd, men effektene er usikre eller små

+++ Utvikling og positive effekter har skjedd

gjennomføringsformer til fengsel. Det er viktig at søknader til helseforetak og kommuner om slik behandling, fremmes så tidlig som mulig. Etter at kriminalomsorgen overtok ansvaret for innkalling til soning, er det bedre mulighet for å informere om og planlegge oppstart av § 12 tidligere. I 2011 ble det uarbeidet bedre informasjonsmateriell om § 12 til både innsatte, ansatte i fengsel og samarbeidspartnere i helsetjenesten, kommune og NAV.

#### *Kriminalomsorgens helhetlige russtrategi 2008–2011*

Kriminalomsorgens helhetlige russtrategi varer fra 2008–2011. Den helhetlige russtrategien skal øke rehabiliteringstiltakene og utforme ruskontrolltiltakene slik at de fremmer rehabiliteringen; Motivere og tilrettelegge for at innsatte og domfelte er rusfrie, gi en rask, tydelig og differensiert reaksjon på rusmiddelmisbruk, øke tilsattes kompetanse om rusrehabilitering, innføre russamtaler så raskt som mulig etter positive funn av rusmidler, opprette flere rusmestringsenheter for å sikre bedre rehabilitering og behandling, tilby rusprogrammer for ulike grupper domfelte og iverksette program mot ruspåvirket kjøring.

Russamtaler benyttes både som rehabiliteringssamtale og som reaksjon ved regelbrudd. Dersom innsatte bruker rusmidler i fengsel, skal de istedenfor å fratas goder etter straffegjennomføringsloven § 40, få tilbud om russamtaler. KSF har i 2010 laget retningslinjer for russamtalen som reaksjon ved regelbrudd. Hensikten med russamtalene er å ansvarliggjøre innsatte overfor sitt rusproblem, motivere dem til endring av rusatferd og forplikte dem til å inngå avtaler om å avstå fra rusmidler under og etter straffegjennomføring.

Formålet med Program mot ruspåvirket kjøring er å motvirke kjøring i ruspåvirket tilstand, skape et tryggere trafikkmiljø og minske antallet trafikkuulykker. Ved lov av 29. juni 2007 nr. 84 ble ordningen gjort permanent og utvidet til å gjelde personer som er dømt for overtredelse av vegtrafikkloven § 31 jf. § 22 første ledd og som har problemer med rusmidler. KSF har utarbeidet forskrift og retningslinjer for ordningen. Programmet kan idømmes som et alternativ til fengselsstraff både for personer som har ført motorvogn påvirket av alkohol, legalt foreskrevne medikamenter og illegale rusmidler. Innholdet i programmet består av 30 timers undervisning primært i gruppe, individuelle samtaler, kontroll og kartlegging av behandlingsbehov. Oppfølgingen i friomsorgen varer i 10 måneder. I 2011 ble det iverksatt totalt 573 dommer med Program mot ruspåvirket kjøring.

KRUS har gjennomført en rekke opplæringstilbud for å øke tilsattes kompetanse om rusmiddelavhengighet, kontroll og rehabilitering. KRUS har blant annet tatt i bruk et nytt rusprogram NSAP (National Substance Abuse Programme) for norsk kriminalomsorg, utviklet en håndbok for program mot ruspåvirket kjøring, og laget en nettbasert og studiepoengbasert opplæring i russamtalen. Opplæringstilbudene har styrket ansattes kompetanse og bidradd til at mange av tiltakene i russtrategien er implementert regionalt og lokalt i fengsler og friomsorg.

Regjeringens tilbakeføringsgaranti, lansert i St.meld. nr. 37 (2007–2008), innebærer at innsatte som mangler bolig, arbeid eller opplæring, har behov for sosiale tjenester, rusbehandling eller andre helsetjenester, skal ha tilbud om dette når de løslates.

Det er et mål at alle etater som kriminalomsorgen samarbeider med, skal tilby sine tjenester i alle fengsler av en viss størrelse. I dag tilbyr primærhelsetjenesten og opplæringssektoren sine tjenester i alle fengsler. Imidlertid er det bare i enkelte fengsler tilbud om kontakt med NAV-veiledere og spesialisthelsetjenesten, til tross for at et høyt antall av innsatte trenger bistand med bolig, arbeid og psykiske lidelser.

Kriminalomsorgen som vertsetat for andre etater har som mål å lage gode samhandlingsrutiner og integrerte tjenesteforløp for innsatte og domfelte som har kontakt med kommunale og statlige tjenester før, under og etter løslatelse.

Fengslenes oppgave er å tilrettelegge ved å skaffe egnede lokaler og utstyr, og informere, kartlegge og motivere slik at innsatte raskt får kontakt med de andre tjenestene.

KSF har etablert et eget tilbakeføringsgaranti-prosjekt som skal implementere tilbakeføringsgarantien i egen etat regionalt og lokalt og i samarbeidende etater. I 2011 er det blant annet ansatt 25 nye tilbakeføringskoordinatorer i fengslene, som skal samordne tjenestene internt og legge til rette for tilbakeføring til samfunnet.

#### **Mål 4: Forpliktende samhandling**

En hovedprioritet for pasienter med rusproblemer er å få sammenhengende tjenester av god kvalitet fra ulike tjenesteområder. Samhandling i Opptappingsplanen handler både om samhandling på individnivå og på systemnivå. Det er få tiltak under dette viktige hovedmålet. Det er imidlertid mange andre tiltak i opptappingsplanen som har som formål å bidra til bedre samhandling. Særlig gjelder dette hovedmål 2 og 3. I denne delen vil

kun resultatene og virkemidlene nevnt under hovedmål 4 kort beskrives.

Når det gjelder delmålet om bedre samordning av tjenester til barn og unge, er det kun to tiltak/virkemidler. Det er igangsatt et forskningsprosjekt som skal se på praksis i henleggelse av meldinger til barnevernet. I tillegg er Rundskrivet Q-16/2007 *Forebyggende innsats for barn og unge* utarbeidet (i 2007) i et samarbeid mellom KRD, AID, HOD, JD, KD og BLD, og er sendt til alle landets kommuner. Rundskrivet er ment å stimulere kommunene til å prioritere det forebyggende arbeidet blant barn og unge. Viktige prinsipper som løftes fram er tidlig intervensjon, kunnskapsbaserte tiltak og samarbeid og samordning på tvers av fagområder og tjenester. Rundskrivet presiserer forpliktelsene som kommunene har i lov og regelverk. Rundskrivet er generelt innrettet mot barn og unges oppvekstmiljø, og ifølge Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet det er grunn til å anta at det også har hatt betydning for forebygging på rusområdet.

For å bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene er det flere tiltak/virkemidler. Et virkemiddel er å bedre de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene.

Det er i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene over flere år signalisert at samhandling generelt skal styrkes mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet og samhandlingsreformen. Det er regionvise kompetansesentra for rusmiddelspørsmål, hvor det pågår tverrfaglige prosjekter innen forskning og kvalitetsutvikling med vekt på gjensidig kompetanseoverføring. De fleste fylkene eller regionene har regionale rusfora hvor både kommunene og helseforetakene deltar.

Videre er praksiskonsulentordningen en godt utprøvd metode for å bedre samhandling mellom leger, som det er viktig å spille videre på og videreutvikle. En positiv egenskap ved ordningen er at den engasjerer leger i førstelinjen og i andrelinjen til felles innsats for bedre pasientforløp.

Et annet virkemiddel er å øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner. Husbanken har flere arenaer hvor de jobber med erfaringsoverføring mellom kommuner. Mange av de opprinnelige kommunenettverkene som ble etablert i forbindelse med bostedsløsstrategien *På vei til egen bolig* er lagt ned og er erstattet med nye nettverk i den strategiske kommunesatsningen. Andre nettverk er også etablert på felles arenaer med andre velferdsaktører som jobber med den samme målgruppen.

I tillegg arbeides det for å øke bruken av individuell plan, og her er det gjort mye for at brukerne enklere skal kunne benytte seg av dette virkemidlet. Det er imidlertid svært positivt at det gjennom samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgstjenestelov er en styrking av retten til individuell plan og koordinator samt tydeliggjøring av tjenestenes ansvars rundt planarbeidet, og at det utarbeides bedre verktøy/rutiner for bruk av både IP og koordinator.

Opptrappingsplanen inneholder tiltak for å øke bruken av avtalesystemer. Det finnes flere avtaler på systemnivå som angår rusfeltet, for eksempel avtale mellom Kriminalomsorgen og kommuner/NAV, og mellom NAV og Helsedirektoratet. Eksempelvis er det inngått boligsosial avtale mellom KS og regjeringen, og som en underavtale av dette, er det inngått ny avtale mellom Husbanken og KS som blant annet å forbygge og bekjempe bostedsløshet. Avtalen gjelder fra 1.1.2012. Slike typer avtaler har en høy politisk forankring og bidrar til samordning av statlige velferdsaktører.

Å bistå kommuner med å utarbeide rusmiddelpolitiske handlingsplaner er ett av virkemidlene for å oppnå bedre samordning av lokale forebyggingstiltak. Kompetansesentrene har hatt dette som oppdrag siden 2006, blant annet som en oppfølging av det såkalte regionprosjektet. Det ble også utgitt en veileder for slike handlingsplaner som nå blir utgitt i revidert utgave. Det ble samtidig etablert en nettbasert tjeneste [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no) til hjelp for kommunene i planarbeidet.

Kartlegging fra SIRUS viser at 272 kommuner (ca. 63 prosent) av kommunene har en slik plan. 32 kommuner har interkommunal plan og 204 har alkoholpolitisk plan. Kun 20 kommuner har ingen plan. I tillegg har SIRUS, på oppdrag fra Helsedirektoratet, foretatt en dybdestudie i åtte kommuner om hvordan planarbeidet foregår og hvilken betydning planen har hatt. Rapporten viser at kommunene kjenner til nasjonale mål og strategier. Men å oversette disse til tiltak i kommunal rusmiddelpolitikk er ofte vanskelig. Når lokale mål skal utarbeides, er det viktig å ta utgangspunkt i den lokale situasjonen. Fra nasjonalt hold er kommunene anbefalt å ha fokus på forebygging og se alkoholpolitikk som en del av det rusmiddelforebyggende arbeidet. På kommunalt nivå får omsorg og annet klientorientert arbeid overfor rusmiddelmissbrukere mest oppmerksomhet.

Sett under ett har de rusmiddelpolitiske handlingsplanene foreløpig ikke hatt den store og merkbare innvirkningen på kommunal rusmiddelpolitikk slik målet var. I det hele tatt er det lite

politikk både i prosessene, produktene og konsekvensene. Mange handlingsplaner er mer rusmiddelpraktiske enn rusmiddelpolitiske. Samtidig er det høye ambisjoner knyttet til planarbeidet og til planene. Men kommuneøkonomi, hensynet til næringsinteresser, liberale forståelsesmodeller hos en del politikere, og ikke minst tendensen til å fokusere på virkemidler heller enn på mål og visjoner, setter stramme grenser for hva som er gjennomførbart.

Skolen er en sentral arena for forebyggende arbeid. Grunnleggende for alt helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen er Utdanningsdirektoratets satsing, «Bedre læringsmiljø», som fremmer læring, trivsel og personlig vekst for å bidra til og dempe risiko for skjevutvikling.

I følge forskning (Sirus-rapport 5/2010 *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer*, Kapittel 3; Informasjons- og holdningstiltak) er det høyst usikkert hvilke virkninger så kalte rusforebyggende skoleprogrammer har på ungdoms bruk av alkohol og andre rusmidler. Programmer som søker å fremme elevenes psykososiale ferdigheter (life skills training) og fordrer aktiv deltakelse fra elevene, skiller seg positivt ut. Å øke elevenes kunnskap om rusmidler, kan også bidra til å påvirke de unges holdninger i gunstig retning.

Støttmateriell utført på oppdrag fra Helsedirektoratet og i nært samarbeid med Utdanningsdirektoratet. Hensikten med støtt materialet er å spre lik kunnskap om hvordan skolen best mulig kan bidra i det rusmiddelforebyggende arbeidet.

Målgruppen for støtt materialet er først og fremst skoleeiere, rektorer og lærere, som støtte til undervisningen i kunnskap om rusmidler på en slik måte at det også støtter det rusmiddelforebyggende arbeidet tilpasset alle elever. Støtt materialet er tilpasset relevante kompetansemål i de ulike læreplanene.

Selv om det er iverksatt flere samhandlingstiltak enn under hovedmål 4, fremstår det totale tilbudet for personer med rusmiddelproblemer imidlertid fortsatt som fragmentert og lite samordnet. Det er i tillegg stor samsykelighet mellom rus- og psykiske lidelser, og manglende tilbud om utredning og behandling for denne pasientgruppen.

Det er behov for å se på tjenestene innenfor helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten som en helhet og å finne ut hvordan de kan samarbeide best mulig for at pasientene skal få et helhetlig behandlingstilbud. Pasienter med en alvorlig rusavhengighet har, i tillegg til psykiske problemer, også ofte alvorlige somatiske lidelser,

og det er et stort behov for bedre samarbeid med fastlegene, samt internt i spesialisthelsetjenesten for å gi disse pasientene den behandlingen de har behov for.

Både folkehelseloven og samhandlingsreformen bidrar med flere virkemidler som også antas å være effektive for å samordne tjenester til disse målgruppene.

### **Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende**

#### **Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer**

Bedre oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige er et av delmålene i opptrappingsplanen. Denne målgruppen omtales gjerne som 'barn som pårørende'. Det har vært viktig å få bedre tall på hvor mange dette faktisk dreier seg om, og hvilke konsekvenser det har. Helsedirektoratet har derfor bestilt en gjennomgang av antall barn som lever med foreldre som er psykisk syke eller har et rusproblem, et oppdrag som ble utført av Folkehelseinstituttet<sup>6</sup>.

Rapporten har beregnet hvor mange barn som har én eller to foreldre med psykiske lidelser eller som misbruker alkohol, og hvilken risiko det er for barna å leve under disse forholdene. Rapporten viser også at det er en dobling i risiko for at barna skal oppleve alvorlige negative hendelser som mishandling, overgrep, rusmiddelproblemer og omsorgssvikt, tidlig død og psykiske lidelser i barndom og ungdom. Hvor alvorlig forelderens lidelse er, spiller imidlertid inn på risikoen for negative utfall. Mange av foreldrene i beregningen har forholdsvis milde lidelser som fobier, forbigående depresjoner og mild sosial angst som hovedsakelig plager dem selv, ikke barna<sup>7</sup>.

De siste årene har det gjennom opptrappingsplanen vært økt fokus på barn som pårørende. I 2009 vedtok Stortinget bl.a. endringer i helseper-

<sup>6</sup> Se også SIRUS-rapport 9/2009 *Nære pårørende av alkoholmisbrukere*.

<sup>7</sup> Rapporten viser at 450 000 barn i Norge tilhører familier hvor minst én av foreldrene har psykiske lidelser eller misbruker alkohol. Av disse har 135 000 foreldre med alvorlige lidelser. Det er stor variasjon mellom barna, og mange klarer seg bra. I løpet av det siste året levde 410 000 barn (37 prosent) med en eller to foreldre med en psykisk lidelse, mens 90 000 barn (8 prosent) hadde minst én forelder som misbrukte alkohol. Totalt hadde 450 000 barn (40 prosent) foreldre i en eller begge gruppene. Av disse barna hadde 290 000 (27 prosent) foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som går ut over den daglige funksjonen i familien. 135 000 barn (12 prosent) hadde foreldre med klart alvorlige psykiske lidelser og alkoholmisbruk.

Tabell 2.5 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler

Mål	Resultat	Virkemidler
Forpliktende samhandling		
4.1 Bedre samordning av tjenester til barn og unge	+ Tiltakene under delmålet er utført	Rundskrivnet «forebyggende innsats for barn og unge» antas å ha hatt betydning. Det pågår også annet arbeid for å samordne tjenestene bedre utenfor op-rus som må synliggjøres og drøftes mht virkemidler fremover. (Barnevern, skolehelsetjeneste mv.)
4.2 Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene	+ Samme som over.	
4.3 Styrke bruken av individuell plan	++ Mange tiltak gjennomført for å styrke bruken av IP, men ikke mulig å måle hvorvidt flere har fått IP.	Ny helse- og omsorgstjenestelov er et viktig virkemiddel gjennom tydeliggjøring av tjenestenes plikt til å tilby å utarbeide individuell plan og koordinator. Det må satses videre på kompetanseutviklingstiltak
4.4 Øke bruken av avtalsystemer	++ Flere avtaler etablert på nasjonalt nivå.	Slike typer avtaler har høy politisk forankring og bidrar til samordning av statlige velferdsaktører.
4.5 Bedre samordning av lokale forebyggings-tiltak	++ Delvis. 63 prosent kommuner har rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Kun 20 kommuner har verken rusmiddelpolitisk eller alkoholpolitisk plan. SIRUS evaluerer bruk/effekt. Det gis tilskudd til rus- og kriminalitetsforbyggingskoordinatorer i kommunene.	Effekten av rusmiddelpolitiske handlingsplaner er foreløpig ikke i tråd med intensjonene. Skolen er sentral arena for lokale forebyggings-tiltak. Satsingen «bedre læringsmiljø» er det viktigste arbeidet også for rusforebyggende arbeid.

- Ingen utvikling/delmålet er ikke oppnådd

+ Usikker utvikling eller kunne ha vært bedre

++ Utvikling har skjedd, men effektene er usikre eller små

+++ Utvikling og positive effekter har skjedd

sonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet til mindreårige barn som pårørende. I tillegg ble det lovfestet at spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell som skal sikre at barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde personer får oppfølging.

Helsedirektoratet har i tillegg iverksatt en rekke tiltak for å styrke dette feltet, blant annet gjennom en egen veileder for tidlig intervensjon, opplæringspakker og kampanjer.

Et av BLDs tiltak i opptrappingsplanen for rus dreide seg om å styrke kommunene gjennom å styrke sin egen etat (Bufetat) med stillinger som har hatt som oppgave å drive veiledning og opplæ-

ring av ansatte i kommunene. Dette er et solid virkemiddel fordi det bidrar til å lage stabile strukturer for kunnskapsoverføring.

Regionale konferanser om kompetanseheving i barnevernet har vært et tredje virkemiddel. Tilbakemeldingene på konferansene har vært gode. Slike konferanser har imidlertid den svakhet at kun tilhørerne får informasjonen. Dette kan løses ved å sørge for at informasjonen blir samlet og tilgjengelig for eksempel på nett for å nå flest mulig i ettetid, og for at de som deltok på konferansene på en enkel måte kan finne tilbake til relevant informasjon.

Utarbeiding av informasjons- og veiledningsmaterieell er et virkemiddel som både krever klar formening om hvem man vil nå, og en god imple-



menteringsstrategi for å sikre at materiellet blir tatt i bruk.

Det er fortsatt mange utfordringer på dette feltet. Vi må fortsatt ha et stort fokus på familier og barn hvor foreldrene har psykiske lidelser eller alkoholmisbruk og gi hjelp på et så tidlig tidspunkt som mulig. Bare slik kan vi forbygge alvorlige konsekvenser for barna. Det vises også til SIRUS-rapport 9/2009 *Nære pårørende av alkoholmisbrukere*, som viser at det er behov for mer forskning om norske forhold.

Psykiske lidelser kan forebygges, og det må legges til rette for generelle tilbud i barnas nærmiljø som er tilgjengelig for alle – som barnehage-tilbud, skole, fritidsaktiviteter, ungdomsklubber etc. Helsepersonell og virksomheter må dessuten være kjent med plikten de har til å kartlegge familier med barn, særlig ved alvorlige tilstander der barna kan være i behov av behandling og oppfølging.

### **Styrke brukernes medvirkning**

Under delmålet om å styrke brukerens medvirkning beskrives tiltak som både retter seg mot pårørende og brukere, og derfor omtales også begge deler under.

Både tiltak og tilbud til pårørende i spesialisthelsetjenesten og selvhjelpstilbud generelt er kartlagt, og resultatene fra selvhjelpskartleggingen viser at det finnes 499 selvhjelpsgrupper på rusfeltet. *Selvhjelp Norge* er knyttet til rusfeltet, og følger opp kartleggingen med informasjon og opplæring. Det er gitt tilskudd til flere pårørendesentre, herunder seks nye fra 2008.

Et annet virkemiddel har vært å gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen. AKAN har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en brosjyre om tilrettelegging for pårørende til rusmiddelavhengige.

Helsedirektoratet følger opp den nasjonale pårørendekonferansen med en nettside for pårørende: [www.helsenorge.no/paerørende](http://www.helsenorge.no/paerørende). Siden ble lansert i 2011 og er laget i samarbeid med praksisfeltet og pårørendeorganisasjonene. Nettsiden har hatt som mål å samle og sikre god informasjon til pårørende, gir oversikt over tiltak, rettigheter og tilbud der pårørende kan henvende seg for å få ytterligere informasjon og eventuelt hjelp for sine problemer. Nettsiden synliggjør også at pårørende har egne behov for støtte og hjelp til å mestre sin livssituasjon. Det planlegges en ny pårørendekonferanse til høsten.

En opplæringspakke til tjenesteapparatet er også under utarbeiding. Formålet med denne opplæringspakken er å bidra til at tjenesteapparatet på sin side bedre ivaretar og inkluderer pårørende i sitt arbeid. I tillegg skal den bevisstgjøre, og øke kompetansen til tjenesteapparatet om at det kan være faglig interessant å tenke «pårørendearbeid». Opplæringspakken skal tydeliggjøre at pårørende ofte er en viktig ressurs i behandlingen av pasienten, og at pårørendeinvolvering også vil kunne innvirke på resultatet av behandlingen.

### **Bruke brukererfaringer mer systematisk i kvalitetsarbeidet**

Det har vært behov for å styrke brukerorganisasjonene, slik at flere representanter kan få mulighet til å medvirke i ulike instanser. Helsedirektoratet har derfor økt tilskuddene til brukerorganisasjoner i planperioden. I tillegg er det iverksatt tiltak for at brukermidvirkning skal brukes mer systematisk i kvalitetsarbeidet. Det kreves brukermidvirkning i alle tilskuddsordninger og Fylkesmennene og Kompetansesentrene har i oppdrag å bidra til økt brukermidvirkning. Helsedirektoratet har videre opprettet et brukerforum som gir råd i saker knyttet til rus- og psykisk helse, brukerROP. I tillegg er brukerorganisasjonene selvvalgte aktører i utvikling av alle veiledere og retningslinjer på rusfeltet.

### **Noen avsluttende betraktninger**

Rusfeltet er styrket med ca 1 milliard kroner siden 2006, og gjennom opptrappingsplanen har man både synliggjort eksisterende innsats og bidratt til styrking.

Åtte departement med underliggende direktorater, Fylkesmannen, forskningsinstitusjoner, kompetansemiljøer, bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige og private aktører og andre har bidratt til mange og viktige resultater.

Rusfeltet har blitt styrket gjennom opptrappingsplanperioden. Det har særlig vært fokus på tiltak for å øke kvaliteten på tjenestene, selv om også kapasiteten i både kommune og spesialisthelsetjeneste har økt i planperioden.

Det er viktig at satsingen på rusfeltet opprettholdes og styrkes fremover, slik at man i enda større grad kan forebygge og sørge for tidlig og god behandling for dem som har utviklet problemer. Under følger noen gjenstående utfordringer.

Rusproblemene er påvirket av både internasjonale rustrender og demografiske forhold. Blant de yngre er det en positiv nedadgående trend i bru-

Tabell 2.6 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler

Mål	Status/resultat	Virkemidler
Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende		
5.1 Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer	++ Innført ny lovgivning og tiltak som sannsynligvis vil bidra til bedre oppfølging og hjelp til barna.	Strukturelle virkemidler som endring i lovverk for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta informasjons- og oppfølgingsbehov, samt innføring av barneansvarlig personell for til mindreårige barn som pårørende har vært viktige virkemidler. Innføring av stillinger med oppgave om veiledning og opplæring anses også som stabile virkemidler. Informasjonsmateriell er viktig supplerende virkemiddel. Viktige virkemidler er generelle tilbud i nærmiljøet som er tilgjengelig for alle, samt kartlegging av familier der barna kan være i behov for behandling og oppfølging.
5.2 Styrke brukernes medvirkning	++ Selvhjelpstilbudet er styrket, tilskudd til organisasjoner som arbeider for pårørende og brukere er styrket. Det er fremdeles utfordringer.	Kartlegging og informasjon av selvhjelpstiltak har vært viktige tiltak. Forskning viser at selvhjelp som virkemiddel er effektivt for å opprettholde rusfrihet og styrke brukernes mestring. Pårørendearbeidet er bl.a. styrket gjennom økonomiske virkemidler og samordnet informasjon om problematikk og hjelpetilbud. Virkemidler for økt brukermedvirkning bør drøftes fremover, og man bør bl.a. vurdere økt bruk av klientorientert resultatpraksis.
5.3 Bruke brukererfaringer mer systematisk i kvalitetsarbeidet	+ Brukermedvirkning er et krav i alle tilskuddsordninger og det er etablert system for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten og i en del kommuner. Fremdeles utfordringer. Lærings- og mestringssentrene deltar i pårørendearbeidet.	Økonomisk styrking av brukerorganisasjonene og systematisk krav om brukermedvirkning i statlige føringer anses som viktige virkemidler. Det er behov for å videreutvikle rutiner for brukermedvirkning i kommune og spesialisthelsetjenesten.

- Ingen utvikling/delmålet er ikke oppnådd

+ Usikker utvikling eller kunne ha vært bedre

++ Utvikling har skjedd, men effektene er usikre eller små

+++ Utvikling og positive effekter har skjedd

ken av alkohol. Det samme gjelder nedgang i bruk av cannabis siste år, her har det vært en nedgang fra 9,6 prosent i 2004 til 7 prosent i 2009 blant dem under 35 år. Dette er en utvikling som også skjer i en del andre land.

Ifølge FNs befolkningsprognose for 2050 vil antall eldre personer både i europeisk og nordisk sammenheng øke dramatisk. I Norge har alkoholkonsumet økt mest blant middelaldrende kvinner

og menn over 50 år, som nesten har doblet sin alkoholbruk de siste tiårene. Dagens 65-åring konsumerer totalt mer alkohol og har et annerledes drikkemønster enn generasjonene før dem. Parallelt med at befolkningen drikker mer, er det også økning i antall som rapporterer problematisk drikking. Legemidler som forskrives til pasienter med angst, søvnvansker eller smerter, kan være avhengighetsskapende. Fremover er det viktig å

drøfte strategier for å fange opp hjemmeboende middelaldrene/eldre som drikker alkohol og/eller har stort forbruk av legemidler.

Bruk av narkotika har vært relativt stabil og er lavt i europeisk sammenheng. Opphør av for eksempel sprøytebruk i behandling, i fengsel og perioder der brukerne selv slutter er vanlig, men tilbakefall forekommer ofte, og antall rusrelaterte dødsfall er fortsatt svært høyt. Det anbefales at man iverksetter tiltak for å redusere rusrelaterte dødsfall. Den store økningen i metamfetaminbruk bør vies stor oppmerksomhet, og kunnskapen og tiltak knyttet særlig til innførsel og bruk av sentralstimulerende stoffer bør videreutvikles. Både Toll- og avgiftsetaten og EONN ser også med bekymring på omsetningen av nye rusmidler, såkalte «legal highs», som også øker i Norge. Dette er rusmidler som oftest omsettes via internett.

Det er viktig å få tidlig og god informasjon om nye trender og endringer i rusmiddelbruk og ev nye brukergrupper, slik at tjenestene kan tilpasse seg dette dersom det er behov for det. Et virkemiddel for å fange opp nye trender er et «føre-var»-system, slik de har utviklet i Bergen. Behovet for et nasjonalt system for «føre-var» kan vurderes.

Rusmiddelforskningen har gitt oss betydelig kunnskap om effekten av ulike forebyggende tiltak. Det er særlig høy grad av evidens for effekten av tiltak for å redusere skader ved bruk av alkohol (se under mål 1), og det er viktig at denne kunnskapen blir lagt til grunn når tiltak planlegges og iverksettes. Opptrappingsplanen har benyttet forskningsbaserte effektive tiltak for å begrense konsum og alkoholrelaterte problemer og skader, men samtidig kan kommunene bedre utnytte det forebyggende potensialet som ligger i alkoholloven og i kontrollen av skjenke- og salgsvirksomheten. Det er noe mindre tydelig evidens for forebygging av narkotikarelaterte skader.

Virkemidlene for å forebygge rusmiddelproblemer er imidlertid spredd på mange sektorer, og ytre faktorer som fattigdom og sosial ulikhet i helse har stor betydning i utviklingen av rusmiddelproblemer i befolkningen. Utviklingen av rusproblemer kan forebygges i enda sterkere grad, bl.a. ved å sikre gode oppvekstvilkår og tilby tidlig hjelp for dem som er i ferd med å utvikle et misbruk.

Skoler, universitet og arbeidsliv er viktige arenaer for rusforebygging og tidlig intervensjonstiltak også fremover. Skolehelsetjenesten bør ha kompetanse og kapasitet til å iverksette helsefremmende og rusforebyggende tiltak for elev-

ene. En styrking av tjenestene er nødvendig slik at elever kan få tilrettelagt opplæring og henvisning til videre oppfølging ved behov. Målet må være at flest mulig elever kan gjennomføre utdanningen. Skolen er dessuten en viktig arena for å øke kunnskapen om rusmidler og endring av holdninger.

Det er store helsemessige effekter ved å behandle denne pasientgruppen, og tilgjengelighet, kontinuitet og individuell behandling er sentralt dersom rusbehandling skal ha god effekt. Dette blir stadig trukket fram som mangler ved rustjenesten både på kommunalt nivå og spesialistnivå.

Når det gjelder kontinuitet, må det legges en forståelse til grunn om at den sammensatte problembelastningen som er gjeldende for mange personer med rusmiddelproblemer innebærer at det er krevende å forholde seg til et lineært og oppdelt tjenestetilbud. Personer med rusmiddelproblemer er spesielt avhengig av sammenhengende tjenester og en tverrfaglig tilnærming. De trenger en helhetlig omsorg som ivaretar både psyke og soma. En undersøkelse viser at det fortsatt store gap mellom anbefalt behandling og praksis når det gjelder personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Det er utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje og et omfattende implementeringsopplegg som må følges opp.

Frivillig sektor har en lang tradisjon på rusfeltet og er et viktig supplement til behandlingen av denne gruppen. Gjennom ulike aktivitets- og sisettingstiltak, og ved å bidra til nettverksbygging tilbyr frivillige organisasjoner et bredt spekter av aktiviteter som kommunene ikke er lovpålagt å tilby. Selvhjelpsgrupper kan i etterkant av en behandling bidra til å øke sjansen for å lykkes i å holde seg rusfri og/eller mestre hverdagen med psykiske vansker. Fysisk aktivitet kan forebygges og være en effektiv del av en helhetlig behandling for både rusmiddelproblemer, fysisk sykdom og psykiske problemer. Det store spekteret av tilbud i de fleste kommuner kan sannsynligvis utnyttes bedre dersom man sikrer enda bedre lokal koordinering og oversikt over hvilke tilbud som finnes både i regi av offentlige og private aktører. Ansvars- og oppgavefordeling må være forutsigbare og avklarte.

For å få til tilgjengelighet, kontinuitet og individuell behandling må man også drøfte hvordan rusfeltet bør organiseres fremover. Dette må ha et helhetlig perspektiv. Både gjennom samhandlingsreformen og i utviklingen av tverrfaglig spesialisert behandling er det en dreining mot mer

poliklinisk behandling og reduksjon i døgnopphold. Samtidig vil dette føre til at kommunene får et større ansvar for denne pasientgruppen. Framover er det viktig å følge med på og å vurdere hvilke økonomiske og faglige konsekvenser dette vil kunne få for kommunenes oppfølging av pasientgruppen, og hvordan pasientene vil oppleve denne dreiningen.

I kommunen er det særskilt behov for tilrettede og varige botilbud med nødvendige oppfølgings tjenester i bolig og meningsfull aktivitet/arbeid. Dette er tiltak som er viktige i seg selv, og som også bidrar til å øke nytten av den spesialiserte rusbehandlingen. Disse områdene bør være hovedsatsinger fremover.

Innen tverrfaglig spesialisert behandling er det et uttalt behov for økt kapasitet på alle nivåer i behandlingen, men fremover bør økning i avrusningsplasser med mulighet for påfølgende langtidsbehandling ha økt prioritet (en utbygging av det polikliniske tilbudet har hatt prioritert). Et viktig virkemiddel fremover vil være økt satsing på disse områdene.

Det finnes, og er fortsatt behov for et bredt spekter av tiltak for å møte den enkeltes behov. Det er flere tiltak i opptrappingsplanen som bidrar til individuell behandling, og som bør videreføres. Dette gjelder for eksempel Tillitspersonforsøket. Man bør imidlertid drøfte forholdet mellom de ulike ordningene for individuell oppfølging som er etablert i ulike deler av tjenesteapparatet, slik som los, tillitspersoner, koordinatorene.

I lys av den demografiske utviklingen bør man ha særlig fokus på behovet for omsorgstjenester og feltpleie/lavterskeltiltak. Man bør også videreføre satsingen på mer tilgjengelige tjenester i kriminalomsorg/fengsler og overgangen mellom institusjon/fengsel og kommune.

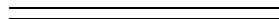
Mangel på kompetanse og stigma knyttet til problematisk bruk eller avhengighet av rusmidler

påvirker muligheten til å oppdage rusproblem på et tidlig tidspunkt. Dette kan påvirke kvaliteten og nytten av behandlingen og vanskeliggjøre en rehabiliteringsprosess. Alle instanser som møter mennesker med rusproblemer må ha tilstrekkelig ruskompetanse og rutiner for å avdekke problematisk bruk. Dette er utfordrende, særlig dersom kunnskapen blir brukt sjelden. Det er fortsatt behov for økt forskning om hva som er god rusbehandling, og det er behov for en samlet og systematisk kompetanseheving fremover, ikke minst i lys av samhandlingsreformen.

Andre viktige virkemidler som vil gi kunnskap om behandlingen som gis, er å innføre prosedyrekodeverk, samt utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer/standarder for både tverrfaglig spesialisert behandling og kommunalt rusarbeid. Det er behov for kvalitetsindikatorer som gir oss informasjon om nytteeffekten av behandlingen som gis. Samtidig er det vanskelig å finne målbare kriterier for bedret livskvalitet, og det er åpenbart at effekten av behandlingen ikke bare kan måles i forhold til rusfrihet. Ofte er det også ett sett av tiltak som til sammen kan gi en effekt og ikke kun én intervensjon – noe som gir ytterligere måleutfordringer.

Brukermedvirkning og brukerstyrking er avgjørende for å få til gode resultater. Brukerorganisasjonene er aktive samarbeidspartnere i utvikling av tjenester, veiledere, retningslinjer og andre tiltak. Det er behov for å videreutvikle og systematisere brukermedvirkning både på systemnivå og på individnivå. Barn av mennesker med rusmiddelproblemer har fått styrket sin rettsstilling, og det er også igangsatt tiltak for å bedre samarbeidet og hjelpen til voksne pårørende. Også her er det utviklingspotensiale.

I det videre arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet vil implementering av samhandlingsreformen stå sentralt.



Offentlige institusjoner kan bestille flere  
eksemplarer fra:  
Departementenes servicesenter  
Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og  
pris får man hos:  
Fagbokforlaget  
Postboks 6050, Postterminalen  
5892 Bergen  
E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)  
Telefon: 55 38 66 00  
Faks: 55 38 66 01  
[www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

Publikasjonen er også tilgjengelig på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Forsidefoto: Susan Stephens/Melkeveien designkontor

Trykk: 07 Aurskog AS 06/2012

