

Opptappingsplanen for rusfeltet
Resultat og virkemidler

Heftets tittel: Opptappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler

Utgitt: Juni 2012

Bestillingsnummer: IS-1999

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Nasjonalt folkehelsearbeid
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1999

Innhold

Innledning	5
1.1 Bakgrunn for opptrappingsplanen	5
1.2 Planens mål og tiltak	6
Sammendrag	7
2 Resultat	10
2.1 Økonomisk styrking	10
2.2 Resultat av de ulike målene i planen	10
3 Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv	12
3.1 Redusere totalforbruket av alkohol	12
3.2 Rusforebygging i arbeidslivet	14
3.3 Styrke arbeidet mot illegale rusmidler	15
3.4 Vanedannende legemidler	16
3.5 Styrke informasjonsarbeidet	17
3.6 Styrke det internasjonale arbeidet	19
3.7 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler.	21
4 Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse	23
4.1 Styrke forskning og undervisning	23
4.2 Styrke kompetanse og rekruttering	24
4.3 Styrke kvaliteten i tjenestene	24
4.4 Bedre dokumentasjon og statistikk	26
4.5 Heve kvaliteten i frivillig sektor	27
4.6 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler	28
5 Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester	31
5.1 Tidlig intervensjon	31
5.2 Mer tilgjengelige tjenester i kommunene	32
5.3 Styrke boligtilbudet	33
5.4 Styrke kapasitet i tverrfaglig spesialisert behandling	34
5.5 Bedre tjenester til domfelte og innsatte	37
5.6 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler	39
6 Mål 4: Forpliktende samhandling	43
6.1 Bedre samordning av tjenester til barn og unge	43
6.2 Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene	43
6.3 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler	45
7 Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende	47

7.1	Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer	47
7.2	Styrke brukernes medvirkning	48
7.3	Bruke brukererfaringer mer systematisk i kvalitetsarbeidet	49
7.4	Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler	49
8	Noen avsluttende betraktninger	52

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.; Opptappingsplan 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 Opptappingsplanen 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 opptappingsplanen, 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.

1.1 Bakgrunn for opptappingsplanen

Det var mange grunner til at vi fikk en opptappingsplan 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.

1.2 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.

Sammendrag

Siden 2005 er rusfeltet styrket med mer enn 1 milliard kroner. Bedre tjenester i kommunene, mer frivillig rusarbeid og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, bedre tannhelsetilbud og styrket forskning på feltet er noen av resultatene.

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. Opptrappingsplanen for rusfeltet, kom høsten 2007, og er den siste av disse. Hovedmålet i planen er å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelmisbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å oppsummere resultatene av Opptrappingsplanen, og vurdere virkemidlene som er brukt.

Oppsummeringen viser at med få unntak er alle 147 tiltakene i opptrappingsplanen gjennomført eller igangsatt, og mange av delmålene i planen er helt eller delvis oppnådd.

Det har i tillegg vært stor aktivitet og høy gjennomføringsgrad gjennom opptrappingsplanen. Fylkesmannen, forskningsinstitusjoner, kompetansemiljøer, bruker- og pårørendeorganisasjoner, frivillige og private aktører og andre har bidratt til mange og viktige resultater.

Noen av resultatene:

- Det er en positiv nedgang både i bruk av alkohol og cannabis blant unge.
- I overkant av 40 % av deltakerne som har fulgt «kvalifiseringsprogrammet» har gått til arbeid, utdanning eller andre arbeidsrettede tiltak, i perioden 2008-2010.
- Tilskudd til og kapasiteten i kommunalt rusarbeid – har økt. I 2006 var det omtrent 50 kommuner som mottok tilskudd, i 2011 var det 297. Til sammen 92 % av landets innbyggere bor i kommuner som har mottatt tilskudd til kommunalt rusarbeid.
- Økt satsing på tidlig oppdagelse og tidlig hjelp. Etablering av nettsiden www.tidligintervensjon.no gir anbefalinger og konkrete verktøy til de ulike tjenesten ift hvordan gå fra bekymring til handling.
- Kunnskap om alkoholfritt svangerskap og alkohol og helse er styrket gjennom informasjonskampanjer.
- Fylkesmennene har ansatt 19 rusrådgivere. Rådgiverne har en sentral rolle i å iverksette store deler av opptrappingsplanen.

- I 26 kommuner har om lag 700 brukere fått oppfølging av en tillitsperson som – sammen med brukeren – skal være en døråpner inn mot og brobygger mellom ulike tjenester. .
- Kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) har økt i tråd med signalene fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Det har vært en storstilt satsing på kvalitets- og kompetanseheving. Et virkemiddel for å tydeliggjøre ansvarsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, samt bedre kvaliteten på tjenestene som ytes, har vært å utvikle veiledere, nasjonale faglige retningslinjer og kartleggingsverktøy. Et eksempel på dette er www.snakkomrus.no.
- 13 rusmestringsenheter er etablert i fengslene, for å gi bedre tjenester til domfelte og innsatte. Det lages et felles rundskriv og veileder for å gi rusmestringsenhetene tydelige rammer og faglige anbefalinger.
- Oppfølgingsprogram er innført som et alternativ til fengselsstraff, for personer som er dømt for å ha kjørt i ruspåvirket tilstand.
- Barn som pårørende, har fått økte rettigheter og større fokus. Ny helselovgivning har gitt helsepersonell plikt til å bidra til å ivareta barna til pasientene sine..
- Bruker- og pårørendeorganisasjoner har fått økt støtte, og det er per 2012 kartlagt 499 selvhjelpsgrupper på rusfeltet.
- Forskning på rusfeltet er styrket.
- Egen telefon og nettside for økonomirådgivning er etablert.

Noen utfordringer

Selv om opptrappingsplanen har bidratt til å sette fokus på forebygging, kompetanse og kvalitet i kommuner og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er det allikevel mye som gjenstår før målene i opptrappingsplanen er oppnådd.

- 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. Man kan også bedre utnytte det forebyggende potensialet som ligger i alkoholloven og i kontrollen av skjenke- og salgsvirksomheten.
- I kommunene er det fortsatt behov for tilrettelagte og varige botilbud med nødvendige oppfølgningstjenester i bolig og meningsfull aktivitet/arbeid.

- Innen TSB er det et uttalt behov for økt kapasitet på alle nivåer i behandlingen, fremover bør økning i avrusningsplasser med mulighet for påfølgende døgnbehandling ha økt prioritet
- Antall rusrelaterte dødsfall er fortsatt svært høyt i internasjonalt perspektiv.
- Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell behandling er sentralt dersom rusbehandling skal ha god effekt. Her er det fortsatt en jobb å gjøre.
- Det er fortsatt store gap mellom anbefalt behandling og praksis når det gjelder personer med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.
- Et viktig arbeid fremover er å sikre at rus- og psykisk helsefeltet blir implementert på en god måte i arbeidet med samhandlingsreformen

Lenker

Se også:

<http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/Sider/default.aspx>

<http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Alkohol.aspx>

<http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Rus-og-avhengighet/Innledning.aspx>

Tidligere utgitte statusrapporter om opptrappingsplanen for rusfeltet

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/opptrappingsplanen-for-rusfeltet-statusrapport-2009/Sider/default.aspx>

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/opptrappingsplanen-for-rusfeltet-statusrapport-2008/Sider/default.aspx>

2 Resultat

2.1 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 innvandrerbefolkningen, strategien «på vei til egen bolig», Opptappingsplanen 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 opptappingsplanen for rusfeltet. Satsingen i 2012 er ikke omtalt her.

Opptappingsplanen 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 frivillig rusarbeid, samt tverrfaglig spesialisert behandling. I tillegg er folkehelsefeltet, tannhelsetilbudet og forskning styrket gjennom planperioden.

2.2 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. Opptappingsplanen 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 opptappingsplanen 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 brukerinnslytelsen 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 videreføres, 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.

3 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.

3.1 Redusere totalforbruket av alkohol

Opptappingsplanen 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 årrekke¹. 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 avgiftspolitik 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 opptappingsplanen 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. Sirus-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».

¹Det 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.

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 mer effektivt. 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 problemer². 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 betraktet 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.

²Redegjørelsen for utvikling av avgifter mv er hentet fra Prop 1 (2010–2011), Finansdepartementet.

Særavgiftsutvalget (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 Særavgiftsutvalgets 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.

3.2 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). 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.

3.3 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 tilgjengelig 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 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.

Det 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 faktaorientert 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.

3.4 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, søvnvansker 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 smertestillende 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 sykehusinnleggelseser med alkoholrelaterte diagnoser. Selv om man ikke har konkrete opplysninger som tilsier at behandlingstilbudet 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.

3.5 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 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 igjennom sitt alkoholforbruk i samvær med barn.

Kampanjen «Alkoholfritt 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 og 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 Sirus-rapport 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 «Dersom 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.

3.6 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 trafiksikkerhet, 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 nøkkelindikatorer 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 «Narkotikaførebygging 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 forsknings samarbeid i sitt arbeid.

3.7 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 skjenkebestemmelsene 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.

<p>1.4 Styrke rusforebyggingen i arbeidslivet</p>	<p>+++ Rusforebygging i arbeidslivet er styrket.</p>	<p>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.</p>
<p>1.5 Styrke det internasjonale arbeidet</p>	<p>++ Styrket. Flere konkrete resultat, Whos globale alkoholstrategi mv.</p>	<p>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.</p>

- 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

4 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.

4.1 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 opptrappingsplanen.

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 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).

Kunnskapscenteret publiserte for fjerde år på rad en rapport om forskningsbehov, og har konkludert 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.

4.2 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 etter-/videreutdanning 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.

4.3 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 syv 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 spesialisthelsetjenesten, 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. Veilederne 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 helsetilsyn 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 under³.

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

³Det er i tillegg utført en rekke andre undersøkelser, kunnskapsoppsummering og kartlegginger både før og under opptrappingsplanen for rusfeltet.

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.

4.4 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-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 behandlingsaktivitet og en kartlegging av pasientenes situasjon ved behandlingsstart.⁴ 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 prosedyrekodeverk⁵, samt utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer/standarder for både TSB og kommunalt rusarbeid. Arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i TSB vil starte opp i 2012.

4.5 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

⁴Mange 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.

⁵Prosedyrekodeverk 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

engasjement. Store tiltak som Arbeidslivets kompetansesenter 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 målgruppene. 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.

4.6 Skjematisk oppsummering av resultat og virkemidler

Mål, delmål	Resultat	Virkemidler
Bedre kvalitet og økt kompetanse		
2.1 Styrke forskning og undervisning	<p>++ 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.</p>	<p>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.</p>

<p>2.2 Styrke kompetanse og rekruttering</p>	<p>+ 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.</p>	<p>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 hospiteringsordningene mest sannsynlig bidra til økt kompetanse og rekruttering.</p>
<p>2.3 Styrke kvaliteten på tjenestene</p>	<p>++ Tiltakene for å styrke kvaliteten utført, for tidlig å måle endring. En serie veiledere og retningslinjer for hele rusfeltet er fullført/igangsatt.</p>	<p>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.</p>
<p>2.4 Bedre dokumentasjon og statistikk</p>	<p>++ 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.</p>	<p>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.</p>

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

5 Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester

5.1 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. 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 tidlig-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 kompetansesentrene for å utvikle gode metoder for å identifisere målgrupper med behov for tiltak. I 2012 lanseres nettsiden 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 risikofyllt 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 risikofyllt 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 i Sverige, og det gjøres i forbindelse med den nye plattformen til www.helsedirektoratet.no. MI kan benyttes på alle levevaneområdene og ikke bare atferdsendring knyttet til rusmidler.

5.2 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 legemiddelassistert 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.

5.3 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 regionforsknings (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 midlertidige 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.

Investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger har økt, men dette gjelder ikke spesifikt for rusmiddelavhengige, men vil etter hvert også gjelde noen av dem. Investeringstilskuddet er ifølge Kommunal- og regionaldepartementet et godt

målrettet virkemiddel for å få til egnete 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.

5.4 Styrke kapasitet i tverrfaglig spesialisert behandling

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk 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.

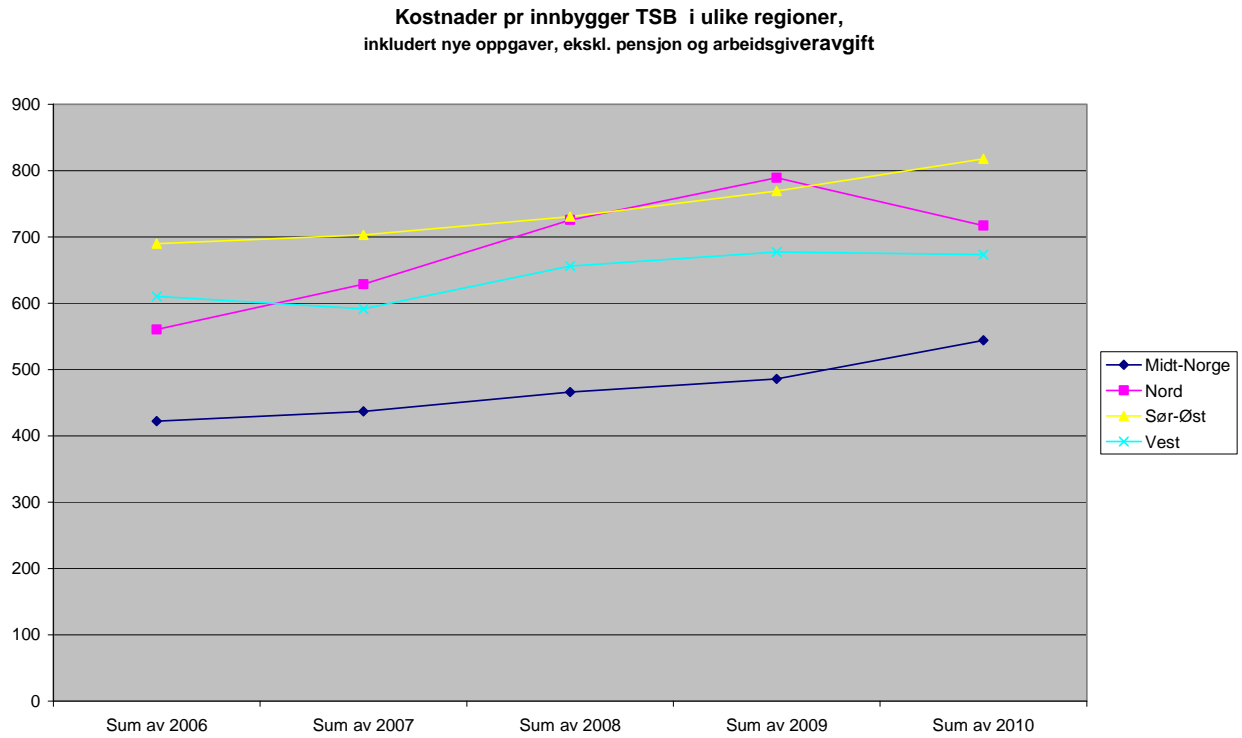
Problemer som kan medfølge ved misbruk av rusmidler har svært ulik karakter; fra tunge avhengighetstilstander til akutte forgiftningstilfeller som ikke er knyttet til avhengighet. Tverrfaglig spesialisert behandling dekker således en rekke ulike intervensjoner med ulik varighet og målsetting; fra kronikerbehandling 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 henvisninger, 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.

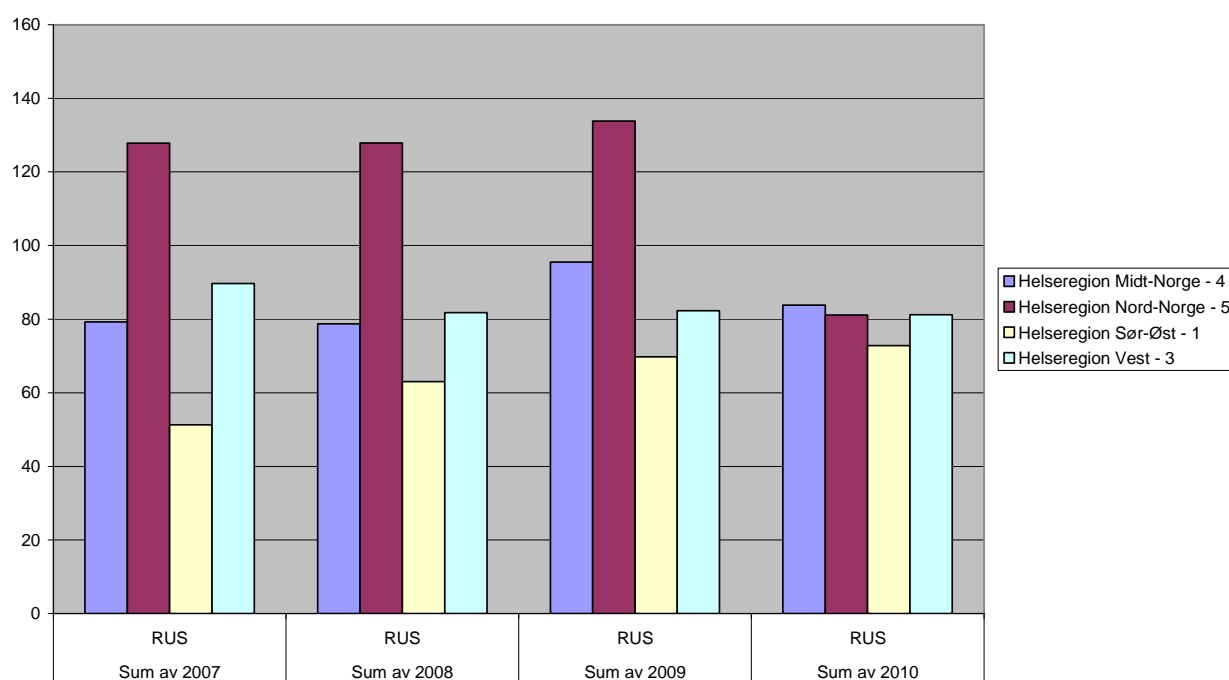
Dersom kostnader pr innbygger gir en indikasjon om tilgjengelighet av tjenester, ser

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.



Ventetider pasienter med rett til nødvendig helsehjelp 2010



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 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 konsultasjoner 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. I stedet for 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.

5.5 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 tverrspesialisert 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 utdanningscenter (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 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 rusmiddelmissbruk, 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 fratras 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 trafikkulykker. 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 tilbakeføringsgarantiprojekt 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.

5.6 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

		<p>Samhandling er et annet viktig virkemiddel.</p>
<p>3.2 Styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene</p>	<p>++ 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.</p>	<p>Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell behandling/oppfølging er sentralt for god rusbehandling. Virkemidler som for eksempel tillitspersonsforsøket 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.</p>
<p>3.3 Styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet</p>	<p>+ Virkemidler for å bedre vilkårene for permanent bolig iverksatt. Lite fokus på kapasitetsøkning og fortsatt utfordringer.</p>	<p>Det er behov å se boliginvestering, oppfølgingstjenester og kompetanseutvikling ses i sammenheng. I følge boligutvalget er det behov for minimum 2500 flere egnede boliger til personer med rusmiddelproblemer/ psykiske lidelser.</p>

<p>3.4 Styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling</p>	<p>+++ Kapasiteten er gradvis styrket. Fremdeles behov for utbygging/tilpasning av tilbudet.</p>	<p>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.</p>
<p>3.5 Bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte</p>	<p>++ Styrket gjennom både justis og helsesektoren.</p>	<p>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.</p>

- 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

6 Mål 4: Forpliktende samhandling

En hovedprioritet for pasienter med rusproblemer er å få sammenhengende tjenester av god kvalitet fra ulike tjenesteområder. Samhandling i Opptrappingsplanen handler både om samhandling på individnivå og på systemnivå. Det er få tiltak under dette viktige hovedmålet. Det er imidlertid mange andre tiltak i opptrappingsplanen 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.

6.1 Bedre samordning av tjenester til barn og unge

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 regleverk. 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.

6.2 Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene

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 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 folkehelseoven og samhandlingsreformen bidrar med flere virkemidler som også antas å være effektive for å samordne tjenester til disse målgruppene.

6.3 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	Rundskrivet «forebyggende innsats for barn og unge» antas å ha hatt betydning. Det pågår også annet arbeid for å

		<p>samordne tjenestene bedre utenfor op-rus som må synliggjøres og drøftes mht virkemidler fremover. (Barnevern, skolehelsetjeneste mv.)</p>
<p>4.2 Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene</p>	<p>+ Samme som over.</p>	
<p>4.3 Styrke bruken av individuell plan</p>	<p>++ Mange tiltak gjennomført for å styrke bruken av IP, men ikke mulig å måle hvorvidt flere har fått IP.</p>	<p>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 kompetanseutvikling stiltak</p>
<p>4.4 Øke bruken av avtalesystemer</p>	<p>++ Flere avtaler etablert på nasjonalt nivå.</p>	<p>Slike typer avtaler har høy politisk forankring og bidrar til samordning av statlige velferdsaktører.</p>
<p>4.5 Bedre samordning av lokale forebyggingstiltak</p>	<p>++ 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 kriminalitetsforbygging gskoordinatorer i kommunene.</p>	<p>Effekten av rusmiddelpolitiske handlingsplaner er foreløpig ikke i tråd med intensjonene. Skolen er sentral arena for lokale forebyggingstiltak. Satsingen «bedre læringsmiljø» er det viktigste arbeidet også for rusforebyggende arbeid.</p>

- 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

7 Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

7.1 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 Folkehelseinstituttet⁶.

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 barna⁷.

De siste årene har det gjennom opptrappingsplanen vært økt fokus på barn som pårørende. I 2009 vedtok Stortinget bl.a. endringer i helsepersonelloven 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 opplæring av ansatte i kommunene. Dette er et solid virkemiddel fordi det bidrar til å lage stabile strukturer for kunnskapsoverføring.

⁶Se også SIRUS-rapport 9/2009 Nære pårørende av alkoholmisbrukere.

⁷Rapporten 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 fungeringen i familien. 135 000 barn (12 prosent) hadde foreldre med klart alvorlige psykiske lidelser og alkoholmisbruk.

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 ettertid, 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 implementeringsstrategi 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 barnehagetilbud, 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.

7.2 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/paarørende. 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 pårørendeinnvolvering også vil kunne innvirke på resultatet av behandlingen.

7.3 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 brukermedvirkning skal brukes mer systematisk i kvalitetsarbeidet. Det kreves brukermedvirkning i alle tilskuddsordninger og Fylkesmennene og Kompetansesentrene har i oppdrag å bidra til økt brukermedvirkning. Helsedirektoratet har videre opprettet et brukerforum som gir råd i saker knyttet til rus- og psykisk helse, brukerROP. I tillegg er brukerorganisasjonene selvsgatte aktører i utvikling av alle veiledere og retningslinjer på rusfeltet.

7.4 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. Informasjonsmateriel l er viktig

		<p>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.</p>
5.2 Styrke brukernes medvirkning	<p>++ Selvhjelpstilbudet er styrket, tilskudd til organisasjoner som arbeider for pårørende og brukere er styrket. Det er fremdeles utfordringer.</p>	<p>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.</p>
5.3 Bruke brukererfaringer mer systematisk i kvalitetsarbeidet	<p>+ Brukermedvirkning er et krav i alle tilskuddsordninger og det er etablert system for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten og i en del kommuner. Fremdeles</p>	<p>Økonomisk styrking av brukerorganisasjonene og systematisk krav om brukermedvirkning i statlige føringer anses som viktige virkemidler. Det er behov for å</p>

	utfordringer. Lærings- og mestringssentrene deltar i pårørendearbeidet.	videreutvikle rutiner for brukarmedvirkning i kommune og spesialisthelsetjenest en.
--	---	--

- 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

8 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 bruken 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-åringer 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 elevene. 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 sysselsettingstiltak, 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 forebygge 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 tilrettelagte og varige botilbud med nødvendige oppfølgingstjenester 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.



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

