

Opptrappingsplanen for rusfeltet

Statusrapport 2009



Heftets tittel: Opptrappingsplanen for rusfeltet
Statusrapport for 2009

Utgitt: August 2010

Bestillingsnummer: IS-1836
ISBN-nr. 978-82-8081-202-5

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling nasjonalt folkehelsearbeid,
Postmottak3040FLNA@helsedir.no

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet 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-1836

Illustrasjon: Justyna Nyka
Grafisk design: Aase Bie
Trykk: 07-gruppen AS

Forord

Misbruk av alkohol er et av vår tids største helseproblemer. Ved siden av tobakk er alkohol en av de viktigste årsakene til uførhet, sykdom og tidlig død. Også bruk av illegale rusmidler er forbundet med betydelig sykkelighet og høy dødelighet. De menneskelige, sosiale og økonomiske konsekvensene er store.

Å forebygge at rusmiddelproblemer oppstår er det beste for individ og samfunn. Dette er ett av fem hovedmål i Opptappingsplanen for rusfeltet (2008-2010). Gjennom arbeidet med denne planen skal også kvaliteten og kompetansen i rusfeltet heves og mennesker med rusmiddelproblemer identifiseres - og få hjelp så tidlig som mulig. Planen har klare mål om bedre samhandling både på systemnivå og på individnivå. Og sist, men ikke minst - brukere og pårørende skal gis økt innflytelse, og barn og søsken av rusmiddelavhengige ivaretas bedre. Målene i planen samsvarer således godt med intensjonene i Samhandlingsreformen.

Ansvar for å gjennomføre planens 147 konkrete tiltak er fordelt mellom åtte departementer. Helse- og omsorgsdepartementet leder en tverrdepartemental gruppe som består av representanter fra Arbeidsdepartementet, Samferdselsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Justis- og politidepartementet, Utenriksdepartementet, Finansdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har ansvar for ca. 40 prosent av tiltakene, og utgir i tillegg en årlig statusrapport for hele planen. Statusrapporten er basert på opplysninger fra departementene og dette er den andre rapporten som utgis.

Helsedirektoratet mener det er viktig både for fagfeltet og myndighetene å kunne følge utviklingen av planen og se hva som gjøres på rusfeltet. På bakgrunn av rapporteringer fra alle de ansvarlige departementene beskriver statusrapporten tiltakene som er i gang, og synliggjør hvilke som skal i gangsettes i løpet av 2010. Videre pekes det på noen foreløpige resultater og gjenstående utfordringer.

Som statusrapporten mer detaljert beskriver, er tiltakene i stor grad gjennomført eller påbegynt. Hele 90 prosent av tiltakene var i gang i 2009. Dette er takket være stor innsats fra kommuner, helseforetak, forskningsmiljøer, kompetansesentre, fylkesmenn, frivillige organisasjoner og mange andre.

Det kan konkluderes med at Opptappingsplanen for rusfeltet har bidratt til å sette fokus på forebygging, kompetanse og kvalitet i kommuner og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Samtidig er det mye som gjenstår før alle målene i opptappingsplanen er nådd. Det er derfor all grunn til at rusforebygging og -behandling forblir viktige innsatsområder også i årene framover.

Innhold

Forord	1
Innledning.....	10

1

Tydlig folkehelseperspektiv..... 22

1.1 Redusert forbruk av alkohol	24
1.1.1 Styrke oppslutning om alkoholpolitikken	26
1.1.2 Føre en restriktiv avgiftspolitik.....	27
1.1.3 Videreutvikle AS Vinmonopolet	27
1.1.4 Bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger	28
1.1.5 Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner.....	29
1.1.6 Effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger og vurdering av muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking	29
1.1.7 Målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol	30
1.2 Styrke arbeidet mot illegale rusmidler	31
1.2.1 Sette ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå dyrking, produksjon, innføring, omsetning og bruk av narkotika.....	33
1.2.2 Målrette politi- og tollinnsatsen for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika.....	33
1.2.3 Styrke kunnskapsgrunnlaget og sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, samt tiltak knyttet til bruk av khat	34
1.2.4 Øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler som amfetamin og kokain og systematisere kunnskap og utvikling av nye tiltak og behandlingsformer	35
1.2.5 Intensivere kontrollen med illegal innførsel av legemidler	36
1.2.6 Innføre begrensninger for import av legemidler	36
1.2.7 Utarbeide tiltak mot kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol.....	37
1.2.8 Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene og retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater og se på en meldeordning til fastlegene (2010).....	37
1.2.9 Utarbeide oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (2010)	37

1.3	Styrke informasjonsarbeidet	38
1.3.1	Styrke informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og foreldre.....	39
1.3.2	Dele ut ungdommens forebyggingspris	40
1.3.3	Ta i bruk screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk tidlig i svangerskapet	41
1.3.4	Informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet	42
1.3.5	Idédugnad om god forebygging for frivillige aktører	42
1.4	Styrke rusforebyggingen i arbeidslivet	43
1.4.1	Fremskaffe bedre data om rusrelaterte problemer i arbeidslivet....	44
1.4.2	Videreutvikle AKAN ved å prøve ut modeller for forebygging og håndtering av rusmiddelproblemer i små og mellomstore bedrifter	44
1.4.3	Gi bedre informasjon og kunnskap til aktørene i arbeidslivet gjennom AKAN	45
1.5	Styrke det internasjonale arbeidet	47
1.5.1	Være pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikk.....	49
1.5.2	Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i EU	49
1.5.3	Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i WHO og ILO, og sikre langsiktig finansiering av arbeidet.....	50
1.5.4	Arbeide for at det tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler	50
1.5.5	Sikre tilstrekkelig kompetanse i EU/EØS-rettslige spørsmål og spørsmål knyttet til WTO som har betydning for norsk alkoholpolitikk	51
1.5.6	Fremme nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler	51
1.5.7	Utarbeide strategi for å sikre et fortsatt forpliktende og langsiktig internasjonalt narkotikasamarbeid.....	51
1.5.8	Legge til rette for frivillige aktørers internasjonale engasjement på rusfeltet	52
1.5.9	Vurdere alkohol- og narkotikaorienterte programmer i norsk bilateral og multilateral bistand, herunder bistand til produsentland med omlegging av avlinger og fremme alternative leveveier.....	53
1.5.10	Bidra til at alkohol- og narkotikarelaterte prosjekter blir igangsatt under EØS-finansieringsordningen	53



2	Bedre kvalitet og økt kompetanse	54
2.1	Styrke forskning og undervisning	57
2.1.1	Støtte flere forskningsprosjekter gjennom nytt rusmiddel-forskningsprogram	59
2.1.2	Etablere rusmiddelforskningsssenter ved Universitetet i Oslo	59
2.1.3	Øke kunnskap om behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer	62
2.1.4	Videreutvikle og styrke de regionale kompetansesentrene for rus	62
2.1.5	Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes	64
2.1.6	De regionale helseforetakene skal prioritere forskning om rusbehandling	65
2.1.7	Legge til rette for forskning kombinert med kliniske tjeneste for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling.	65
2.2	Styrke kompetanse og rekruttering	66
2.2.1	Delfinansiere videreutdanning i rusproblematikk på høgskolene	68
2.2.2	Tilby kommunalt ansatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge	68
2.2.3	Utvikle kompetansen blant medarbeidere og ledere i sosialtjenesten og i andre deler av kommunenes arbeid med rusmiddelproblemer	69
2.2.4	Øke kurstilbudet til leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo	70
2.2.5	Styrke helsefaglig kompetanse om rusproblematikk og øke rekruttering av personell i tverrfaglig spesialisert behandling	71
2.2.6	Øke kunnskapen om sosiale foreskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak (2010)	72
2.2.7	Utvikle en informasjonskanal om rusproblematikk for leger (2010)	72
2.2.8	Utvide tilbudet om opplæringstiltak for ufaglærte (2010)	72
2.3	Styrke kvaliteten på tjenestene	73
2.3.1	Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene for å bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene	75
2.3.2	Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser	76
2.3.3	Utarbeide veileder for oppfølging av gravide i legemiddel-assistert rehabilitering	77
2.3.4	Evaluere bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke	77
2.3.5	Evaluere og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid	78
2.3.6	Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene	79

2.3.7	Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggingsverktøy for kommunale tjenester (2010)	79
2.3.8	Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (2010)	79
2.3.9	Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (2010)	79
2.3.10	Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (2010)	79
2.4	Bedre dokumentasjon og statistikk	80
2.4.1	Innføre bedre styringssystem – statistikk, dokumentasjon, rapportering – i kommunene og spesialisthelsetjenesten	80
2.4.2	Etablere et personidentifiserbart Norsk pasientregister	82
2.4.3	Kartlegge behov og ressursbruk på rusfeltet	82
2.4.4	Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten	83
2.5	Heve kvaliteten i frivillig sektor	84
2.5.1	Målrrette tilskuddene til de frivillige organisasjonene	85
2.5.2	Evaluerer tilskuddsordningen til tjenesteytende, frivillige organisasjoner på rusområdet	85
2.5.3	Følge opp tilsyn og internkontrollforskrift for private rusinstitusjoner	86
2.5.4	Oppsummere og spre erfaringer fra de frivillige organisasjonene (2010)	86
2.5.5	Styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører og vurdere partnerskapsmodeller (2010)	86



3	Mer tilgjengelige tjenester	88
3.1	Tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester for barn og unge	91
3.1.1	Styrke kompetansen i kommunene blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet	92
3.1.2	Heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og ungdom	93
3.1.3	Styrke kommunenes lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet	94
3.1.4	Innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år	95
3.1.5	Sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter (2010)	95
3.1.6	Kartlegge omfang av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging (2010)	95

3.2	Styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene	96
3.2.1	Innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige i kommunene	99
3.2.2	Samle gode eksempler om individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner	100
3.2.3	Styrke kommunalt rusarbeid og tverrfaglig oppfølging	101
3.2.4	Innføre kvalifiseringsprogram for å styrke innsatsen for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller begrensede rettigheter i folketrygden	102
3.2.5	Øke kompetansen og kvaliteten i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning	103
3.2.6	Vurdere regelverk og praksis vedrørende skatte- og avgiftskrav	104
3.2.7	Videreutvikle det oppsøkende arbeidet	104
3.2.8	Evaluere lavterskel helsetiltak og spre erfaringene med lavterskel helsetiltak til andre kommuner	105
3.2.9	Videreføre tilskudd til Gatehospitalet, videreutvikle tiltaket og styrke pleie- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige	106
3.2.10	Videreutvikling av tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige	107
3.2.11	Følge opp evalueringen av sprøyterom	107
3.2.12	Styrke omsorgstjenestene, herunder rusarbeid, med kompetanse og rekruttering gjennom Kompetanseløftet 2015	108
3.2.13	Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, «grønne» lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering	109
3.2.14	Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12	109
3.2.15	Målrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak	110
3.2.16	Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (2010)	111
3.3	Styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet	112
3.3.1	Styrke innsatsen for å avskaffe bostedsløshet – et særlig fokus rettes mot bostedsløshet i mindre kommuner	113
3.3.2	Styrke arbeidet med å forebygge bostedsløshet, herunder reduksjon av omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud	114
3.3.3	Utvikle metoder og rutiner for oppfølging av personer i midlertidig botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig	115
3.3.4	Innføre et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger	115
3.4	Styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling	116
3.4.1	Øke innsatsen og behandlingsskapasiteten til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering	117
3.4.2	Sikre bedre rutiner for helhetlig behandling for å unngå behandlingsavbrudd	118

3.4.3	Øke innsatsen og behandlingsskapiteten i psykisk helsevern og ambulant virksomhet for de som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.....	120
3.4.4	Styrke tilbudet for pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser	120
3.4.5	Endre pasientrettighetsloven etter rusreformen	121
3.4.6	Ferdigstille faglige retningslinjer om legemiddelassistert rehabilitering	122
3.5	Bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte	123
3.5.1	Bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen	124
3.5.2	Etablere rusmestringsenheter i fengsler	125
3.5.3	Evaluerer prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll og vurdere videreføring og utvidelse	125
3.5.4	Utarbeide helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk i kriminalomsorgen	126
3.5.5	Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12	126
3.5.6	Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen.....	127



4	Forpliktende samhandling	128
4.1	Bedre samordning av tjenester til barn og unge	130
4.1.1	Formidle rundskriv om forebygging og samarbeid om barn og unge.....	130
4.1.2	Vurdere behov for å sende ut rundskriv om hvordan rutine rundt behandling av meldinger til barnevernet bør være for å sikre at meldinger følges opp på en god måte.....	130
4.2	Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene	132
4.2.1	Bedre de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene	133
4.2.2	Systematisere og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner	133
4.2.3	Styrke praksiskonsulentordningen ved å øke antall deltidsstillinger i tverrfaglig spesialisert behandling for fastleger	134
4.2.4	Øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner	134
4.2.5	Foreslag til utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene.....	135

4.2.6	Etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene	135
4.3	Styrke bruken av individuell plan	136
4.3.1	Øke bruken av individuell plan	137
4.3.2	Utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder om individuell plan og tilpasse den til personer med rusmiddelproblemer	137
4.3.3	Gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesenter for rusmiddelspørsmål og brukerorganisasjoner	138
4.3.4	Gjøre individuell plan til et gjennomgående tema i avtaleordningen mellom staten og KS	139
4.4	Øke bruken av avtalesystemer	140
4.4.1	Følge opp nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten	141
4.4.2	Reforhandle avtalen mellom regjeringen og KS om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.....	141
4.4.3	Styrke bosettingen etter løslatelse fra fengsel	142
4.4.4	Styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet	142
4.5	Bedre samordning av lokale forebyggingstiltak	144
4.5.1	Bistå kommuner som ikke har helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan med å utarbeide det	145
4.5.2	Videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen	145
4.5.3	Styrke og samordne opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging	146
4.5.4	Vurdere tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende (2010)	147
5	Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende	148
5.1	Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer	150
5.1.1	Vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene	152
5.1.2	Satse mer på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre	152

5.1.3	Etablere kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddel-avhengige foreldre	153
5.1.4	Styrke det statlige barnevernet med en stilling i et fagteam i hver region	153
5.1.5	Utarbeide informasjons- og veiledningsmateriell om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre.....	154
5.1.6	Avholde regionale konferanser for å videreføre satsingen på kompetansebygging og erfaringsspredning om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre	154
5.1.7	Øke kunnskapen om og vurdere tiltak for kvinnelige rusmiddelavhengige og kvinner som blir gravide mens de er i legemiddelassistert rehabilitering og barna deres	155
5.1.8	Utarbeide veileder for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre	155
5.1.9	Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke (2010)	155
5.2	Styrke brukernes medvirkning	156
5.2.1	Utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet og bidra til at selvhjelp gjøres kjent blant brukere, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten	157
5.2.2	Arrangere nasjonal konferanse for og med pårørende til rusmiddelavhengige	158
5.2.3	Ta i bruk verktøy for brukermedvirkning	158
5.2.4	Gi økonomisk støtte til pårørendesenter	159
5.2.5	Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen	159
5.2.6	I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer	160
5.2.7	Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helseregionene (2010).....	160
5.3	Bruke brukererfaringer mer systematisk i kvalitetsarbeidet ..	161
5.3.1	Gjennomføre en temaundersøkelse for bruker- og pårørendeerfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling	162
5.3.2	Sikre at brukerundersøkelser og brukermedvirkning er en integrert del av internkontrollsystemene i spesialisthelsetjenesten og kommunene	162
5.3.3	Utvikle modeller for brukermedvirkning i kommuner og helseforetak	163
5.3.4	Styrke lærings- og mestringssentrenes rolle overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende	163

Innledning

Opptappingsplanen for rusfeltet bygger videre på mye av det arbeidet som er gjort på rusfeltet tidligere. Opptappingsplanen adresserer også utfordringer på rusfeltet, både når det gjelder rusmønsteret og utfordringene i tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere, som blant annet Statens helsetilsyn har pekt på i sine tilsynsrapporter.

Planen omhandler både alkohol og narkotika. Forbruket av alkohol er økende, men er likevel blant det laveste i Europa, noe som i stor grad er resultat av en effektiv alkoholpolitikk. Planen bygger videre på denne alkoholpolitikken. Et bakteppe for planen var også økning i bruk av illegale rusmidler gjennom 1990-tallet. Forbruket toppet seg rundt årtusenskiftet, og har siden gått noe tilbake. NOU 2003:4 «Forskning på rusmiddelfeltet» peker på at det sannsynligvis er et betydelig omfang av personer som misbruker vanedannende legemidler i Norge, og at dette i stor grad er et usynlig misbruk. Ifølge Folkehelseinstituttet har forbruket av vanedannende legemidler økt i perioden 1999 til 2008. De fleste som bruker slike midler får utlevert en liten forpakning en sjelden gang, men en liten gruppe personer får utlevert store mengder. Internasjonalt regner man med at en tredel av alt stoffbruk i verden er misbruk av reseptbelagte medikamenter.

Evaluering av rusreformen var et annet viktig bakteppe for planen. Denne viste at det var store geografiske forskjeller i behandlingstilbudet, ventetidene økte og brudd i behandlingen hindret god og sammenhengende behandling. Det var et gap mellom behov og tjenester, og det var behov for å oppgradere deler av tjenestene for å tilfredsstille kravene til en spesialisthelsetjeneste. Planen handler blant annet om å gi rusreformen et innhold.

Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere har gjennom flere år vært et prioritert område i Statens helsetilsyn¹. De påpeker spesielt to områder med særlige utfordringer. Det ene er «... mangelen på faglig konsensus og kunnskapsbasert behandlingspraksis i flere av de tverrfaglige spesialiserte tjenester. Det andre er kommunens ansvar for å gi rusmiddel-

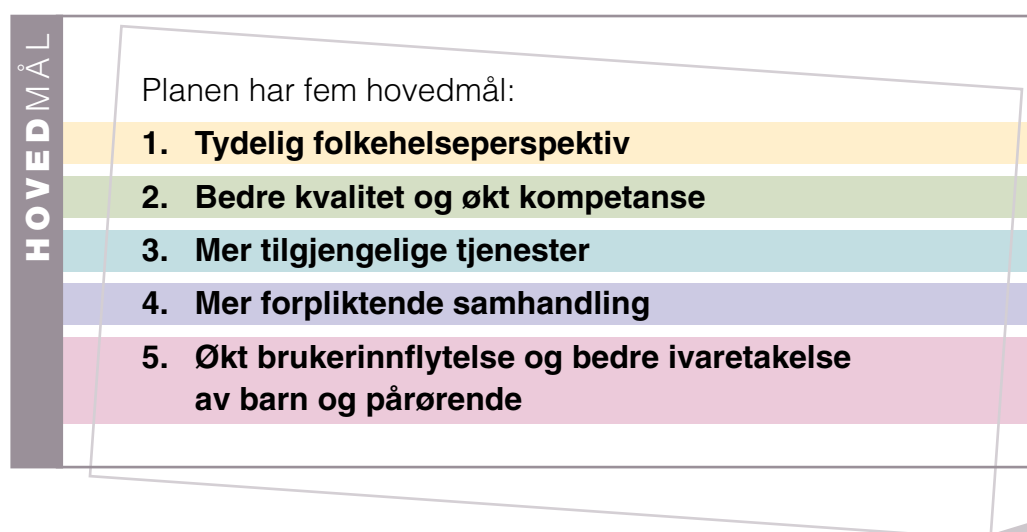
¹ Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere. Oppsummering og vurdering av funn og erfaringer fra tilsynsaktiviteter i 2004-2006.

misbrukere et helhetlig tilbud, som sikrer nødvendig helse- og sosialtjenester og gir mulighet for bolig, utvikling av sosiale nettverk og et liv med meningsfulle aktiviteter».

Statens helsetilsyn viser i rapporten til at tilsynserfaringene sammenfaller med tilgjengelig forsknings- og annen erfaringsbasert kunnskap, og at det Helsetilsynet påpeker om svikt og fare for svikt synes å bli fulgt opp både på politisk og administrativt nivå. Det vises blant annet til "Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006 og 2008 og da den kommende Opptappingsplanen for rusfeltet. Under følger kort informasjon om hovedinnholdet i planen.

PLANENS MÅL

I planen presiseres det at rusmiddelavhengige skal tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for. Gjennom planperioden skal det rusforebyggende arbeidet styrkes, brukerne skal gis økt innflytelse og pårørende, herunder barn og søsken av rusmiddelavhengige, skal ivaretas bedre. Verdigrunnet i planen er at hele rusfeltet skal sees i sammenheng og forankres i regjeringens helhetlige politikk. Man skal få til de gode tjenestene med brukeren i sentrum. Det skal holdes fast ved menneskers rett til verdighet og man skal bygge tjenester rundt enkeltmenneskers behov. Likeledes skal det holdes fast ved brede strategier og man skal bygge på solidaritet med de som rammes av rusmidlenes negative konsekvenser. Planen omfatter både forhold nasjonalt og internasjonalt.



Under hvert mål er det en rekke delmål og til sammen 147 konkrete tiltak som skal igangsettes i løpet av planperioden. De fleste tiltakene er svært omfattende og vil strekke seg langt ut over planperioden. Som nevnt innledningsvis, er ansvaret for planen fordelt på mange departement.

KORT OM HVERT KAPITTEL

Med 133 tiltak som er igangsatt i 2009 er det vanskelig å gi et fyllestgjørende bilde av aktiviteten. Tiltakene som er løftet frem i hovedmålene under, er kun ment som eksempler – og ikke valgt ut fordi de er bedre eller viktigere enn andre.

Kapittel 1 – Tydelig folkehelse

Kapitlet handler både om brede befolkningsrettede forebyggingsstrategier og målrettet forebyggende innsats mot enkeltgrupper. Det er fem delmål som skal bidra til å oppfylle dette hovedmålet: Redusere totalforbruket av alkohol, styrke arbeidet mot illegale rusmidler, styrke informasjonsarbeidet, styrke rusforebygging i arbeidslivet og styrke det internasjonale arbeidet. En status for dette første hovedmålet viser at det gjøres mye for å opprettholde og styrke den effektive alkoholpolitikken Norge har hatt. Dette skjer hovedsakelig gjennom regulatoriske virkemidler, som er mest virksomme for å redusere konsum og skader. De regulatoriske virkemidlene kombineres med informasjon. Det er utarbeidet en nettside www.forebygging.no. Kapitlet beskriver også noen av tiltakene som skal styrke innsatsen mot illegale og vanedannende medikamenter, for eksempel politiets innsats mot organisert kriminalitet, innførsel, omsetning og bruk av slike medikamenter. Arbeidslivet er en viktig arena for forebyggende arbeid, og her er både Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN), Statens institutt for rusmiddelspørsmål (SIRUS) og Norges Forskningsråd sentrale aktører når det gjelder forskning på og kartlegging av rusrelaterte problemer i arbeidslivet. Det internasjonale perspektivet er også et sentralt delmål i kapittel 1. De illegale rusmidlene som brukes i Norge, er nesten uten unntak fra andre land, og narkotikasituasjonen i Norge

påvirkes av produksjonen i disse landene. I stadig større grad blir også alkoholpolitikken satt på den internasjonale agendaen.

Kapittel 2 – Økt kvalitet og kompetanse

Kapitlet omhandler følgende delmål: styrke forskning og undervisning, styrke kompetanse og rekruttering, styrke kvaliteten i tjenestene, bedre dokumentasjon og statistikk og heve kvaliteten i frivillig sektor. Det er flere store satsinger som er igangsatt. For å styrke forskning og undervisning er det for eksempel etablert et nytt rusmiddelforskningsprogram under Norges Forskningsråd. Som en del av programsatsingen er det etablert et nasjonalt universitetstilknyttet rusforskningssenter, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF). Etableringen av senteret og programmet skal bidra til sterkere akademisk forankring av rusmiddel-forskningen, mer undervisning samt økt synlighet og status for rusfeltet. I tillegg bygges det videre på andre sentrale forsknings- og kompetansemiljøer som for eksempel SIRUS, Folkehelseinstituttet, de regionale kompetansesentrene for rus, HUSK-prosjektene og Kommunenes Sentralforbund. Fra 2009 er Norsk Pasientregistert blitt person-identifiserbart, noe som vil gi verdifull informasjon om behandling i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å fremskaffe bedre kommunal statistikk er også igangsatt. Det utvikles en serie veiledere og retningslinjer for store deler av rusfeltet. Det er også viktig å evaluere for å vite hva som virker. Evaluering av bruk av tvang, tilskudd til kommunalt rusarbeid og tilskudd til frivillige organisasjoner er noe av det som er satt i gang. Hensikten med forskning, evaluering og utvikling av retningslinjer og veiledere er at fagfeltet skal jobbe mer kunnskapsbasert. Kunnskapen må formidles – både til rusfeltet og til psykisk helsefeltet. Dette gjøres på flere måter. Det er ansatt 19 rusrådgivere ved fylkesmannsembetene, som skal bistå med å iverksette Opptappingsplanen for rusfeltet. De sju regionale kompetansesentrene - rus er sentrale når det gjelder å implementere kunnskap. Flere får mulighet til å ta videre- og etterutdanning i rusmedisin/rusproblematikk gjennom tilbud fra SERAF og støtteordninger fra fylkesmennene.

Kapittel 3 – Mer tilgjengelige tjenester

Kapitlet handler om fem delmål; tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester til barn og unge, styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene, styrke boligtilbudet, styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling og bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte. De fleste departementene har ansvar for å iverksette tiltakene. Det er en stor satsing på å oppdage og intervensjon tidlig. Veilederen om tidlig intervensjon: "Fra bekymring til handling" er utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet og inneholder kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer og anbefalinger om hvordan man kan hjelpe før problemene blir for store og skadelige for den enkelte. Ca 25 tidlig intervensjonsprosjekt er i gang, aktuelle kartleggingsverktøy er lagt ut på helsebiblioteket.no, og de syv regionale kompetansesentrene -rus har regionale planer for tidlig intervensjon. Tilskudd til kommunalt rusarbeid ble styrket med ca. 50 millioner kroner i 2009 og skal bidra til tettere individuell oppfølging. Tilskuddet ses i nær sammenheng med tilskudd til boligsosialt arbeid. Kommunal- og regionaldepartementet har flere store tiltak som skal bidra til å avskaffe bostedsløshet og redusere bruken av midlertidige boliger. De regionale helseforetakene har fått beskjed om å øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling mer enn i somatikken, og flere ble henvist og behandlet i 2009 enn i 2008. Justis- og politidepartementet har utviklet en helhetlig russtrategi for kriminalomsorgen, som omfatter mange av målene i opptrappingsplanen.

Kapittel 4 – Forpliktende samhandling.

Personer med rusmiddelproblemer har ofte sammensatte problemer og behov for langvarig oppfølging. Mangel på samhandling innad i tjenesten og mellom tjenestene er en stor utfordring. For å bidra til bedre samhandling på rusfeltet er det igangsatt tiltak under fem delmål; bedre samordningen av tiltak overfor barn og unge, bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene, styrke bruken av individuell plan, øke bruken av avtalesystemer og bedre samordning av lokale forebyggingstiltak. Overordnede avtaler, for eksempel mellom regjeringen og KS, følges

opp for å forankre viktige satsinger og samhandling på ledelsesnivå. På individplan settes det fokus på å øke bruken av individuell plan (IP). Dette er et nyttig verktøy for de som har det, og fremdeles blir det brukt for lite. Nettsiden www.kommunetorget.no gir informasjon om IP, hjelp til å lage rusmiddelpolitiske handlingsplaner m.m. Ett viktig virkemiddel for bedre samordning på rusfeltet er at Pasient- og brukerombudet fra 1. september har fått kommunale helse- og omsorgstjenester som arbeidsområde i tillegg til spesialisthelsetjenesten. Samhandling er et område med stort politisk trykk nå, og arbeidet i planen må ses i sammenheng med Samhandlingsreformen».

Kapittel 5 – Øke brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

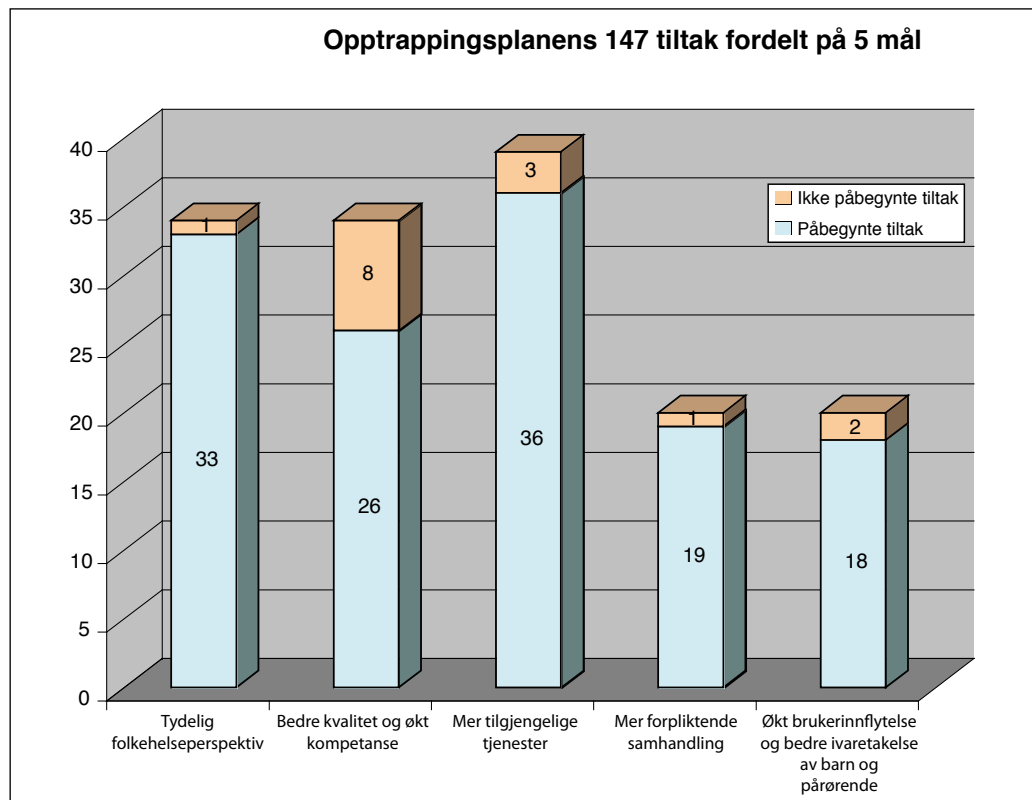
Kapitlet er det siste målet i planen. Det er tre delmål under dette punktet; Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer, styrke brukernes medvirkning og mer systematisk bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeidet. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om satsing som skal gi bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer. Satsingen var på 20 millioner kroner i 2009. Sørlandet sykehus leder «Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre». Helsedirektoratet utarbeider retningslinjer for gravide i LAR. Det er igangsatt evaluering av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke, § 6–2 i sosialtjenesteloven. Det har vært stor aktivitet for å styrke brukernes innflytelse i 2009. Mange klarer å bli rusfrie ved egen hjelp, og selvhjelp skal utvikles som metode og verktøy. Over 400 selvhjelpsorganisasjoner er kartlagt. Helsedirektoratet har etablert «Erfaringsnettverk av brukerorganisasjoner», og i samarbeid med pårørendeorganisasjonene er det arrangert konferanse om, for og med pårørende til rusmiddelavhengige.

NOEN RESULTATER OG UTFORDRINGER

Opptappingsplanen på rusfeltet gir god oversikt over utfordringer og behov på rusfeltet. Det var en lang og grundig prosess i forkant og

mange sentrale aktører på fagfeltet bidrog i utarbeidelsen av den. Planen bygger også på kunnskap og erfaringer fra tidligere arbeid og forskning på rusfeltet.

Igangsettelsen av tiltakene er et viktig mål i seg selv, og fremdriften er god. Hele 90 % av planens tiltak er nå i gang. Modellen under viser antall igangsatte tiltak fordelt på de fem målene. Vi ser for eksempel at det under det første målet; Tydelig folkehelseperspektiv, er igangsatt 33 tiltak og at 1 tiltak skal iverksettes i 2010.



Noen av tiltakene har rask effekt og vil kunne måles nå, mens andre må følges opp over lengre tid. Opptappingsplanen har bidratt til å sette fokus på forebygging og tidlig intervensjon, samt på kvalitet og innhold i tjenestene. Det er forholdsvis god måloppnåelse for det enkelte tiltak og også innenfor delmålene begynner det å avtegne seg resultater. Disse står kort beskrevet under hvert delmål.

Helsedirektoratet vil i løpet av 2010 starte arbeidet med å oppsummere resultat og vurdere bruken av virkemidler i planen. Noen utfordringer ønsker vi imidlertid å peke på også i denne statusrapporten.

Alkoholforbruket i Norge er fortsatt lavt i europeisk sammenheng. Men forbruket øker og er nå på det høyeste nivået siden 1870-tallet. Når forbruket øker i befolkningen, øker også forbruket blant dem som drikker mest, i likhet med utbredelsen av stordrikkere og forekomsten av alkoholrelaterte skadevirkninger. Økende alkoholkonsum og drikkemønsteret i Norge øker risikoen for skader. Ved siden av tobakk er alkohol en av de viktigste årsakene til uførhet, sykdom og død². Også narkotikabruk har store negative konsekvenser. Ifølge en internasjonal kunnskapsoppsummering om narkotikaproblematikk er narkotikabruk den åttende viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i den industrialiserte del av verden. Tyngre narkotikabruk er forbundet med betydelig sykkelighet, høy dødelighet, og store sosiale problemer.

Forebygging av rusmiddelproblemer er et viktig satsingsområde i planen og folkehelseperspektivet står sentralt. I hovedsak har planen virkemidler som man vet er effektive for å redusere alkoholforbruket og de negative konsekvensene av alkohol og andre rusmidler. Det gjelder blant annet alkoholavgifter, restriksjoner som begrenser åpningstider, plassering av og antall utsalgssteder for alkohol og håndhevelse av aldersgrense for kjøp av alkohol, tiltak mot promillekjøring, reklameforbud og behandling av alkoholproblemer³ (Babor et al, 2010). Norges politikk på dette området ligger nær opp til anbefalinger i WHO's nylig vedtatte globale alkoholstrategi.

Det er for tidlig å måle effekt av tiltakene på alkoholområdet, men statusgjennomgangen viser at det er stort fokus på dette i planen. Helsedirektoratet har tett kontakt med kommunene og det er en rekke tiltak som på sikt sannsynligvis vil bidra til enda bedre kontrollvirksomhet og overholdelse av alkoholloven. Likevel er det viktig å påpeke utfordringene. Alkohol har blitt mer tilgjengelig de senere årene gjennom flere salgs- og skjenkesteder og utvidede åpningstider. Det er også færre salgs- og skjenkesteder som får inndratt bevillingene selv om det avdekkes flere overtredelser av alkoholloven nå enn tidligere. For å oppnå enda bedre effekt og møte det økende alkoholforbruket kan strukturelle virkemidler brukes enda mer effektivt. Det foreligger

² Babor, Rossow et al (2010), *Drug Policy and the Public Good*
³ Babor et al, 2010, *Alcohol - no ordinary commodity*, 2. utgave.

mindre sikker kunnskap om effektive virkemidler for å forebygge bruk av illegale rusmidler.

Personer som er i risiko for å utvikle rusproblemer eller som allerede viser tegn på tidlig problemutvikling får ikke alltid den hjelpen de trenger på et tidlig nok tidspunkt. Gjennom opptrappingsplanen har flere departement gått sammen om en omfattende og langsiktig satsing på tidlig intervensjon på rusfeltet. Det er noe tidlig å vurdere effekten av denne, men noe står beskrevet under kapittel tre, og deler av satsingen vil også evalueres.

En hovedutfordring i rusfeltet er mangel på helhetlige tjenester. Behovet for dette blir presisert gjennom opptrappingsplanen. Vi vet imidlertid at mange fortsatt opplever et fragmentert hjelpeapparat som kan føre til uhensiktsmessige avbrudd i behandlingsforløpene. Dette er også en av hovedutfordringene det pekes på i Stortingsmelding 47 - Samhandlingsreformen

I opptrappingsplanen har man også mål om å styrke kapasitet og kompetansen i kommunene og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er særlig to av målene i opptrappingsplanen for rusfeltet som berører tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette gjelder mål 2 om bedre kvalitet og økt kompetanse, og mål 3 om mer tilgjengelige tjenester. I tillegg er det tiltak under mål 4 om mer forpliktende samhandling og under mål 5 om økt brukerinnflytelse som også gjelder for den spesialiserte delen av rusbehandling.

Som statusrapporten mer detaljert beskriver er tiltakene som er initiert gjennom opptrappingsplanen i stor grad enten gjennomført eller påbegynt. Det er satt fokus på kvalitet og innhold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og de kravene som bør være til denne som en spesialisert tjeneste. I tillegg har det vært fokusert på kapasiteten i disse tjenestene. Dette er også sett i forhold til spesialisthelsetjenesten forøvrig, og de grepene RHFene må gjøre for å imøtekomme behovene i sine respektive regioner.

Samtidig er det mye som gjenstår før målene som opptrappingsplanen har satt for TSB er nådd, og for at tjenesten skal ha den kvaliteten og den tilgjengeligheten som forventes av en spesialisthelsetjeneste. Det har vært mye fokus på LAR og den delen av rusbehandling som også omfatter medikamentell behandling. Fremover vil det være behov for at det i større grad rettes fokus mot alkohol/kombinasjonsbruk og ikke-medikamentell behandlingsmetoder. Det gjelder også korttids og langtids døgnbehandling, og kanskje særlig behandlingstilbudet som retter seg mot unge.

Det er en positiv utvikling i tverrfaglig spesialisert behandling, men aktiviteten er ikke stor nok til å unngå at ventetidene øker. Videre viser nøkkeltall for TSB at det er en nedgang i antall innleggelser og døgnopphold, og en oppgang i antall polikliniske konsultasjoner. Selv om Norge har et høyt antall døgnplasser sammenlignet med andre land, er dette en utvikling som Helsedirektoratet ønsker å vurdere fremover.

En annen utfordring er at pasientgruppene innen TSB og psykisk helsevern er til dels overlappende, i tillegg til at det behandlingsmessige innholdet har mye til felles. Det er behov for å diskutere hvordan disse to sektorene innen spesialisthelsetjenesten kan organiseres på en best mulig måte for pasientene, og i større grad bli i stand til å yte integrerte tjenester til pasienter med sammensatte lidelser.

Det er mange forhold som påvirker behandlingsresultatet og behandling må ses i en bred kontekst. Effektive behandlingsprogram kan være mislykket dersom betingelsene utenfor er dårlige.

Den enkelte kommune har et betydelig ansvar i oppfølgingen av rusmiddelavhengige. Mange er mottakere av en rekke ulike tjenester. Kommunenes ansvar overfor rusmiddelavhengige er det samme ansvaret som gjelder alle andre innbyggere med hjelpebehov. Men de har også et særskilt ansvar for personer med rusmiddelproblemer – nettopp fordi denne gruppen ofte vil kjennetegnes av å ha et sammensatt tjenestebehov.

De fleste av målene i planen berører kommunalt rusarbeid. I mål 3 er det en rekke tiltak som skal bidra til å styrke kommunalt rusarbeid,

inkludert boligsituasjonen. Det arbeides også med statistikk, kompetanseheving og forskning gjennom mål 2 og brukermedvirkning, selvhjelp og pårørendearbeid i mål 5. Opptrappingsplanen har bidratt til å styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene. Over 200 kommuner mottar prosjektmidler for å styrke det kommunale rustilbudet. Eksempler på tiltak er at lavterskel helsetiltak er etablert i rundt femti kommuner, tretti kommuner har tilbud om koordinerende tillitspersoner og ikke minst har antall årsverk som arbeider med tjenester til mennesker med rusmiddelproblemer økt. Samtidig peker mange rapporter og evalueringer (Evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid, Ramøll mv) på at det fortsatt er store utfordringer i det kommunale rusarbeidet.

To av Helsetilsynets hovedfunn fra oppsummeringen med tilsyn på rusfeltet var mangelfull individuell oppfølging i kommunene og varierende kunnskapsbasert praksis. Det er fortsatt en utfordring å møte de svært varierte og sammensatte behovene til mange med rusmiddelproblemer. Ifølge Rambølls evaluering av "tilskudd til kommunalt rusarbeid" er blant annet gode boliger og meningsfull aktivisering noe av det vanskeligste å ivareta på en tilfredsstillende måte for kommunene.

Mange kommuner har organisert sitt rusarbeid under NAV. For mennesker med behov for omfattende tjenester er det avgjørende at det er nok ressurser til å følge opp brukerne. Videre må samarbeidet mellom NAV og de øvrige kommunale tjenestene fungere godt. Det er behov for å drøfte erfaringer med ulike typer organisering av rusarbeid.

En annen hovedutfordring er å sikre at alle instanser som møter mennesker med rusproblemer har tilstrekkelig ruskompetanse. Dette gjelder i NAV, kriminalomsorgen, i frivillige organisasjoner på rusfeltet og i helse- og omsorgssektoren. Kompetanseheving har vært en satsing i planen, og er et område som sannsynligvis krever mye større innsats fremover. Det er særlig viktig å sikre god kompetanseoverføring ved en eventuell desentralisering av tjenestene gjennom samhandlingsreformen.

Mangelen på fullstendige og nøyaktige data om rusituasjonen i kommunene er fortsatt en utfordring i det kommunale rusarbeidet⁴. Gjennom opptrappingsplanen har det vært gjort et grundig forarbeid for å bedre

statistikk og dokumentasjon om rus i kommunene de siste årene. Dette er imidlertid et langsiktig arbeid som vil kreve tid ut over planperioden. Dette var noen av de utfordringene vi ser etter to år med opptrappingsplanen. I denne gjennomgangen har vi ikke trukket frem alle de gode resultatene og eksemplene. Det fremkommer imidlertid i rapporten at det også skjer svært mye positivt på rusfeltet.

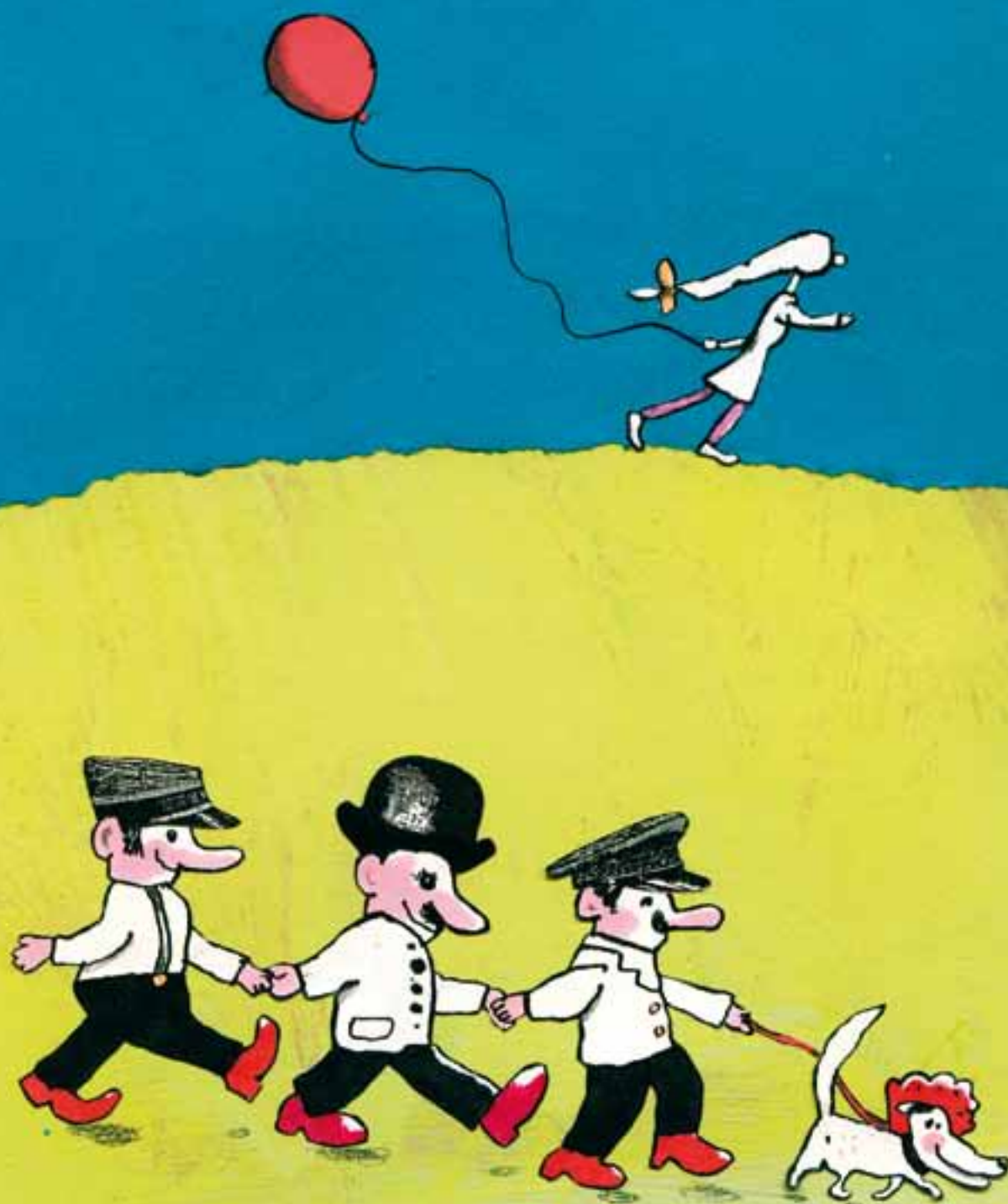
Rapportens oppbygning

Det er ett kapittel for hvert av hovedmålene, og det er en kort ingress som beskriver hva målet handler om og hvilke delmål som skal bidra til å oppfylle dette målet.

Deretter presenteres delmålene, med en kort oppsummering av tiltakene som er igangsatt og en noe mer utfyllende beskrivelse av hvert enkelt tiltak. På slutten av hvert delmål finner man de tiltakene som det skal tas fatt på i 2010.

Det er viktig å merke seg at det ikke er meningen at tiltakene skal være avsluttet innen 2010 – men at de skal være igangsatt innen planens utløp.

De som ønsker en rask innføring i hva som er igangsatt av tiltak anbefales å lese oppsummeringene under hvert delmål i planen. Dersom man ønsker mer informasjon om enkelttiltak må det gjerne tas kontakt med de ansvarlige departement/direktorat.



1

Tydelig folkehelseperspektiv

Opptappingsplanens første hovedmål er tydelig folkehelseperspektiv. Vi har god kunnskap om at omfanget av skader, sykdom og ulykker øker når forbruket av rusmidler øker. Forskning viser også at økning i totalforbruket i en befolkning fører til at risikobrukerne også ruser seg mer. Derfor vil regjeringen arbeide for å redusere totalforbruket av alkohol. Det er også grunn til å frykte at bruken av illegale rusmidler vil øke, og arbeidet mot både narkotika og illegal innførsel av legemidler skal styrkes. Vi skal styrke informasjonen til ungdom ved å lytte mer til hva ungdom selv mener og involvere både ungdom og foreldre i informasjonsarbeidet. Sist, men ikke minst skal Norge være en pådriver for å sikre at alkohol settes høyt på dagsorden i internasjonale organer, og at et forpliktende og langsiktig narkotikasamarbeid prioriteres.

For å styrke folkehelseperspektivet beskriver opptappingsplanen 34 tiltak/satsingsområder som skal bidra til å oppfylle fem delmål. Disse delmålene er å:

DELMÅL

1. redusere totalforbruket av alkohol
2. styrke arbeidet mot illegale rusmidler
3. styrke informasjonsarbeidet
4. styrke rusforebyggingen i arbeidslivet
5. styrke det internasjonale arbeidet

1.1 REDUSERE TOTALFORBRUKET AV ALKOHOL

Alkoholkonsumet i Norge har økt de siste årene, og det registrerte forbruket i 2008 var på 6,7 liter alkohol pr. person pr. år. Dette er en betydelig økning fra 1993 da det ble omsatt 4,6 liter. Forbruket er nå det høyeste siden 1870-årene. Ifølge SIRUS er det ca. 90 000 storkonsumenter i Norge. Tallet er nokså usikkert, og beregner man en øvre og nedre grense som standardavvik til hver side, finner vi at antallet storkonsumenter ligger et sted mellom 66 500 og 123 000 personer. En rekke studier har påvist en tydelig sammenheng mellom det samlede alkoholforbruket i befolkningen og det totale skadeomfanget. Skadebildet omfatter både kroniske sykdommer knyttet til langvarig bruk av alkohol og akutte skader knyttet til ett enkelt rustilfelle. Forskningen viser også at det er en sammenheng mellom det samlede konsumet og antallet storkonsumenter. Men selv om vi har sett en økning i alkoholkonsumet de siste årene, er både forbruket og skadene mindre enn i de fleste andre europeiske land. Dette henger sammen med den helhetlige alkoholpolitikken som har vært ført i Norge i mange år, og denne skal opprettholdes og styrkes.

Følgende sju tiltak i planen skal bidra til å redusere totalforbruket av alkohol:

TILTAK

- Styrke oppslutningen om alkoholpolitikken
- Føre en restriktiv alkoholpolitikk
- Videreutvikle AS Vinmonopolet
- Bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger.
- Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner
- Effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger og vurdering av muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige
- Målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol

Oppsummering

Alle sju tiltakene ble igangsatt i 2009, og vil holde frem gjennom hele planperioden. De viktigste virkemidlene er å opprettholde høy pris, bevillingssystemet, vinmonopolordningen, begrensede salgs- og skjenketider og bestemte påbud og forbud herunder reklameforbudet og lovbestemte aldersgrenser.

Det gjøres mye for å styrke alkoholpolitikken. Helsedirektoratet gjennomførte høsten 2009 en seminarrunde for å styrke den kvalitative og kvantitative kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger i kommunene. Rundt 200 kommuner deltok på seminarene. I 2008 fikk alle landets kommuner tilsendt en håndbok i alkoholloven, (Rundskriv 15-5/2008) som er et nyttig hjelpemiddel i håndhevingen av alkoholloven. Helsedirektoratet informerer jevnlig både befolkningen generelt og kommunene om alkoholrelaterte skader og effektive virkemidler for å begrense disse skadene. Oppslutning om en restriktiv alkoholpolitikk øker. Det arbeides med å videreutvikle og sikre legitimiteten til den norske vinmonopolordningen. *Kontrollprosjektet* er et pilotprosjekt som er igangsatt i Trondheim, Stavanger, Haugesund, Skien, Porsgrunn og Bamble og hensikten er å utvikle metoder for å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll av salgs- og skjenkesteder med kommunal bevilling.

Det er også bred enighet om at enkelte soner/situasjoner i samfunnet og privatlivet bør være rusfrie – blant annet trafikken, arbeidslivet, idretten, når man er gravid og når man er sammen med barn. Helsedirektoratet styrker arbeidet mot målet gjennom tilskudd til frivillige organisasjoner som tilbyr rusfrie arenaer og gjennom kampanjer direkte rettet mot disse situasjonene/sonene. I løpet av 2010 skal politiets innsats målrettes for å hindre smugling/illegal distribusjon av alkohol, og kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger skal effektiviseres ytterligere.

Under følger en kort gjennomgang av hvert tiltak.

1.1.1 Styrke oppslutning om alkoholpolitikken

Helsedirektoratet arbeider gjennom ulike informasjonstiltak med å øke bevisstheten om alkoholrelaterte skader og effektive virkemidler for å begrense alkoholskadene. Informasjonstiltakene retter seg både mot befolkningen generelt og mot kommunene.

Bedre forvaltning av alkoholloven skal bidra til å styrke oppslutningen om den helhetlige alkoholpolitikken vi har i Norge. Helsedirektoratet har utarbeidet Håndbok i alkoholloven – Rundskriv IS -5/2008 som er et viktig verktøy for å styrke kommunenes kompetanse i alkoholloven. Håndboken er sendt alle landets kommuner i 2008. Effektiv forvaltning av alkoholloven kan også bidra til å styrke oppslutningen om denne loven.

Helsedirektoratet har gjennomført årlige befolkningsundersøkelser som kartlegger befolkningens kunnskap om alkoholrelaterte skader og effektive virkemidler for å begrense alkoholskadene. På bakgrunn befolkningsundersøkelsene 2005-2009 har SIRUS, på oppdrag fra Helsedirektoratet, analysert utviklingen i befolkningens syn på alkoholpolitikken. Rapporten *Alkoholpolitikken og opinionen* (SIRUS-rapport 1/2010) viser signifikant større oppslutning om en rekke restriktive alkoholpolitiske virkemidler i slutten av perioden 2005-2009 enn i begynnelsen. Dette gjelder både alkoholpriser, aldersgrenser og promillegrenser. Rapporten viser også at det har blitt større forståelse i befolkningen for alkoholpolitikkenes betydning for de samfunnsmessige skadevirkningene av alkohol.

I 2010 var det under 60 % som syntes at alkohol var for dyrt. I 2005 var det mer enn 75 % som svarte det samme. På spørsmålet om hva folk tror vil skje om kommunene øker antall skjenkesteder og forlenger åpningstidene, svarte 27 % i 2005 at de trodde skadevirkningene ville bli meget eller ganske store. I 2010 svarte 45 % av de spurte det samme.

Også når det gjelder vinmonopolordningen har det vært en økende oppslutning de senere årene, og tilsvarende en viss reduksjon i andelen som går inn for at vin skal selges i butikk.

Likevel er det fortsatt et stort gap mellom den forskningsbaserte kunnskapen om hva som er effektive tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer, og befolkningens oppfatninger om dette. Det er derfor nødvendig å fortsette arbeidet med å sikre bred støtte i befolkningen for bruk av de effektive alkoholpolitiske virkemidlene.

Avgiftene på alkoholholdige drikkevarer er reelt uendret, både fra 2008 til 2009 og fra 2009 til 2010, men avgiftssatsene er justert i samsvar med prisstigningen. På tobakksområdet er prisene vedtatt reelt økt med 5 % fra 2009 til 2010, mens satsene på tobakksvarer fra 2008 til 2009 bare ble prisjustert.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.1.2 Føre en restriktiv avgiftspolitik

Finansdepartementet skal føre en restriktiv avgiftspolitik. Fastsettelse og vurdering av alkoholavgiftene skjer i forbindelse med de årlige budsjettbehandlingene. Avgiftene på alkoholholdige drikkevarer er reelt sett uendret, både fra 2008 til 2009 og fra 2009 til 2010, men avgiftssatsen er justert i samsvar med prisstigningen. På tobakksområdet er prisene vedtatt reelt økt med 5 % fra 2009 til 2010, mens satsene på tobakksvarer fra 2009 til 2010 bare ble prisjustert.

Ansvarlig: Finansdepartementet

1.1.3 Videreutvikle AS Vinmonopolet

Vinmonopolordningen er et viktig virkemiddel i alkoholpolitikken og bidrar til å begrense tilgjengeligheten. For at ordningen skal ha den nødvendige legitimiteten i befolkningen, skal man sikre en mest mulig lik tilgjengelighet på landsbasis. Vinmonopolet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet mulige endringer i utbyggingen av salgsnett og startet en prøveordning med filialer. De ni første filialene er åpnet, én i 2007, de resterende i 2008. Ytterligere utbygging har avventet evalueringen, som ble ferdig i slutten av 2009. Utbyggingen, i et omfang som beskrevet i utredningen, antas å føre til en årlig



kostnad for Vinmonopolet på ca. 20–30 millioner kroner. Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt Vinmonopolets evaluering, og vil følge opp saken i 2010.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.1.4 Bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger

For å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll med steder med kommunal bevilling har Helsedirektoratet satt i gang et kontrollprosjekt. Målet med prosjektet er å redusere omfanget av skjenking og salg av alkohol til personer som ikke oppfyller aldersgrensebestemmelsene, og omfanget av overskjenking på skjenkesteder. Dette målet skal nås ved å utvikle og implementere bedre og mer målrettede strategier og rutiner for kommunenes kontrollvirksomhet. Ni utvalgte kommuner (Trondheim, Stavanger, Haugesund, Skien, Porsgrunn, Bamble, Fredrikstad, Sarpsborg og Hvaler) er i gang med å identifisere hindringer for god kontroll og gjennomføre tiltak for å bedre kontrollen. Resultatene fra prosjektet vil være en av kunnskapskildene som skal gi grunnlag for å gi anbefalinger om bedre kontroll. Det er gjennomført studietur til STAD-prosjektet i Stockholm med 24 deltakere fra kommunene og politidistriktene.

Helsedirektoratet gjennomførte høsten 2009 en seminarrunde for å styrke den kvalitative og kvantitative kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger i kommunene. Direktoratet inviterte representanter for saksbehandlere, kontrollører og politikere i alle landets kommuner til seminarene. Seminarrunden, bestående av sju regionale seminarer, ble gjennomført med deltakelse fra Politidirektoratet. Av de drøyt 400 deltakerne var 200 kommuner representert ved seminarene. Hovedtyngden av deltakerne var saksbehandlere i kommunen, men også kontrollører og politikere var representert. Både store bykommuner og mindre kommuner deltok. Helsedirektoratet vil i 2010 i tillegg vurdere om man kan bruke erfaringer fra det svenske STAD-prosjektet for å styrke kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.1.5 Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner

Enkelte soner i livet og samfunnet bør være rusfrie. Dette gjelder blant annet trafikken, arbeidslivet, idretten, båt- og badeliv, graviditet og samvær med barn. Helsedirektoratet arbeider for å styrke disse alkoholfrie sonene på flere måter.

Direktoratet intensiverte i 2009 informasjonsarbeidet om bruk av alkohol under graviditet. Det er gitt økt tilskudd til Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk, AKAN og AV-OG-TIL. Det ble i 2009 gjennomført egne kampanjer mot bruk av alkohol under graviditet, og tidligere har det vært kampanjer rettet mot ungdom og foreldre når det gjelder å sette grenser. AKAN, arbeider for et rusfritt arbeidsliv. Alkoholbruk i arbeidstiden har blitt mindre vanlig de siste tiårene. Derimot har det oppstått en gråsoner mellom arbeid og fritid (kollegialt samvær, kurssamlinger osv.) hvor alkoholbruk har blitt mer vanlig.

Organisasjonen AV-OG-TIL gjennomfører en rekke kampanjer med hovedmål å styrke oppslutningen om alkoholfrie soner. Det er satt i gang evaluering av dette arbeidet. AV-OG-TIL gjennomfører årlige spørreundersøkelser for å måle oppslutningen om de alkoholfrie sonene i befolkningen. Over statsbudsjettets Kap 718 post 70 gis det drifts- og prosjekttilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider for å fremme en rusfri livsstil og for å kunne tilby rusfrie miljøer, og det ble i 2009 fordelt ca. 95 mill. kroner til frivillig rusforebyggende arbeid.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.1.6 Effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevil-linger og vurdering av muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking

Høsten 2009 ble det sendt ut et høringsnotat om forslag om endringer i alkohollovgivningen. Her gjennomgås blant annet kontroll- og reaksjonsbestemmelsene. Det skisseres en mulig ordning for inndragelse av bevilling på stedet, en ordning som også reiser vanskelige spørsmål.

Høringssvarene vil bli gjennomgått, og det tas sikte på å legge frem en Prop. L i løpet av 2010. Se også punkt 1.1.4.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.1.7 Målrrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol

Det er ikke igangsatt særskilte tiltak fra politiets side mot illegal innførsel og omsetning av alkohol. Innsatsen mot denne typen kriminalitet ligger hos politiet som en av oppgavene med å hindre smugling og ulovlig omsetning blant publikum og på restauranter, skjenkesteder, hoteller m.v. Tollvesenet beslagla 22 000 liter sprit i 4 store partier i 2009, den største mengden spritbeslag siden metanolsaken i 2002.

Ansvarlig: Justis- og politidepartementet

1.2 STYRKE ARBEIDET MOT ILLEGALE RUSMIDLER

For å styrke arbeidet mot illegale rusmidler og illegal bruk av legemidler skal man, gjennom opptrappingsplanen, øke innsatsen internasjonalt for å begrense tilgjengeligheten til narkotika, og nasjonalt for at færre skal begynne å bruke illegale rusmidler.

Det er til sammen ni tiltak som skal iverksettes for å styrke arbeidet mot illegale rusmidler:

TILTAK

- Sette ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå dyrking, produksjon, innføring, omsetning og bruk av narkotika
- Målrette politi- og tollinnsatsen for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika
- Styrke kunnskapsgrunnlaget og sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, samt tiltak knyttet til bruk av khat
- Øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler, som amfetamin og kokain, systematisering av kunnskap og utvikling av nye tiltak og behandlingsformer
- Intensivere kontrollen med illegal innførsel av legemidler
- Innføre begrensninger for import av legemidler
- Utarbeide tiltak mot kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol
- Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene og retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater, og se på en meldeordning til fastlegene
- Utarbeide oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (2009/2010)

Oppsummering

Åtte av tiltakene ble påbegynt i 2009. Ett tiltak skal iverksettes i 2010. Også her er ansvaret delt mellom Helsedirektoratet, Justis- og politi-

departementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet.

I opptrappingsplanen uttrykkes det frykt for at forbruket av sentralstimulerende midler (for eksempel amfetamin, metamfetamin og kokain) vil øke i årene framover, og at det derfor er behov for mer systematisk kunnskap om endring i bruksmønstre og effektive tiltak for forebygging og behandling. Helsedirektoratet har arrangert et rådslag for å diskutere situasjonen og innhente råd om effektive tiltak for å møte utfordringene. Som grunnlag for rådslaget fikk SIRUS i oppdrag å systematisere den foreliggende kunnskapen om bruk av sentralstimulerende midler i Norge, hva som fremkommer i internasjonale data og hva internasjonale data kan indikere om forventet utvikling her hjemme. Beslagdata indikerer en økning i bruk av sentralstimulerende midler, særlig metamfetamin.

Et annet tiltak i planen er å undersøke hvorvidt ungdom med innvandrerbakgrunn og rusmiddelproblemer trenger spesielle tiltak. Kompetansesenter rus - Oslo har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om dette, som blant annet konkluderer med at eksisterende tiltak må gjøres mer kultursensitive.

Kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol er årsak til mange alvorlige trafikkulykker, og Samferdselsdepartementet vil høsten 2010 fremme forslag om endringer i vegtrafikkloven for å møte denne utfordringen.

For å styrke arbeidet mot illegale rusmidler prioriterer politiet innsatsen mot organisert kriminalitet, illegal innførsel og omsetning, og bruk av for eksempel kokain. Også legemidler blir brukt illegalt, og det er nå blant annet fastsatt forskrift om 18 års aldersgrense for privatimport av legemidler. For å få bedre data om forskrivning og bruk av vanedannende legemidler er det gitt midler til flere forskningsprosjekter. I 2011 vil det foreligge opplysninger om f. eks bruk av vanedannende legemidler blant gravide, LAR-brukere, inneliggende pasienter i psykisk helsevern, langtidssykemeldte mv. I 2010 skal det utarbeides en oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt.

I tillegg har Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene om hvilke tilstander som bør behandles med B-preparat, og hvilke muligheter man har for å etablere en eventuell meldeordning til fastlegene.

Det er avholdt møte med legeforeningen for å drøfte disse problemstillingene, og man vil i samarbeid finne frem til egnede tiltak for å møte problemene med bruk av vanedannende legemidler. I 2010 skal det også settes ned en arbeidsgruppe som skal gjennomgå dyrking, innføring, omsetting og bruk av narkotika.

1.2.1 Sette ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå dyrking, produksjon, innføring, omsetting og bruk av narkotika

En arbeidsgruppe skal se på hvilke tiltak som med størst sannsynlighet begrenser tilgjengeligheten til og bruken av narkotika. Målet er å utrede og fremskaffe en faglig tilråding om en effektiv narkotikapolitikk. Saken er fortsatt under vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.2.2 Målrette politi- og tollinnsatsen for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika

Politiet skal prioritere større narkotikasaker og innsatsen mot organisert kriminalitet og bakmenn. Politiet er, gjennom tildelingsbrevet for 2009 og 2010, pålagt å prioritere innsatsen mot narkotikakriminalitet høyt, særlig saker som gjelder kokainsmugling og distribusjon.

Sammen med riksadvokaten skal politiet i særlig grad rette innsatsen mot bakmenn og kriminelle nettverk for å avdekke alvorlige narkotikasaker. Antallet narkotikasaker i 2009 var det høyeste siden toppåret 2002, og nedgangen de to foregående årene er snudd. Det ble registrert flere grove narkotikasaker enn noen gang tidligere, noe som har sammenheng med en fordobling av antall store heroinbeslag. Beslaglagte mengder heroin og hasj var rekordstore.

Toll- og avgiftsetaten gjorde i 2009 totalt 2 261 narkotikabeslag, hvilket er høyere enn noe tidligere år. Beslagene tilsvarer om lag fire millioner brukerdoser. Det har heller aldri tidligere vært beslaglagt så store mengder heroin og hasj som i 2009. Etaten beslagla 96,4 kilo heroin, en økning på 86 % sammenlignet med 2008. Beslaget av hasj var på til sammen 1 513 kilo og omfatter tre store enkeltbeslag på henholdsvis 416 kilo, 392 kilo og 360 kilo. I tillegg ble det beslaglagt 246 kilo amfetamin og 58 kilo kokain. Et godt etterretnings- og analysearbeid samt et godt operativt samarbeid med politiet ligger til grunn for de gode resultatene

Ansvarlig: Justis – og politidepartementet/Finansdepartementet

1.2.3 Styrke kunnskapsgrunnlaget og sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, samt tiltak knyttet til bruk av khat

Et av de sju regionale kompetansesentre for rusfeltet; Kompetansesenter rus - Oslo, er tildelt «Etniske minoriteter og rus» som nasjonalt spisskompetanseområde. De har utarbeidet en rapport om ungdom med innvandrerbakgrunn og rus, som konkluderte med at det ikke bør iverksettes egne tidlige intervensjonstiltak for innvandrerungdom, men at eksisterende tiltak gjøres mer kultursensitive. På bakgrunn av rapporten planlegges informasjon om rus tilpasset ungdom med innvandrerbakgrunn, for eksempel gjennom tilpasninger i rusforebyggende programmer i ungdomsskolen. Innholdet i rapporten skal spres til relevante miljøer. Det er ifølge NOVA rundt 1400 somaliske menn som bruker khat, og 200 av dem er storbrukere, de fleste bosatt i Oslo. Kompetansesenter rus - Oslo har utgitt en brosjyre med informasjon om khat og skadevirkninger både på norsk og somalisk. Det er også i gang et prosjekt for å bidra til yrkesmessig rehabilitering av somaliere i khatbrukermiljøet i Oslo. For mer informasjon ta kontakt med Kompetansesenter rus - Oslo.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.2.4 Øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler som amfetamin og kokain og systematisere kunnskap og utvikling av nye tiltak og behandlingsformer

Forskning peker på at det skjer en endring i rusmønsteret, og det kan være grunn til å frykte at forbruket av sentralstimulerende midler (amfetamin, kokain, metamfetamin etc.) vil øke i årene fremover. Det er behov for mer systematisk kunnskap om bruksmønsteret, og om effektive tiltak innen forebygging og behandling. Helsedirektoratet arrangerte rådslag våren 2009 for å drøfte situasjonen og innhente råd om effektive tiltak for å møte utfordringene. Som grunnlag for rådslaget bestilte Helsedirektoratet en systematisering av kunnskapen om bruk av sentralstimulerende midler i Norge, hva som fremkommer i internasjonale data og indikasjoner på forventet utvikling i Norge fra SIRUS.

Hovedkonklusjonene fra rådslaget var følgende:

- Epidemiologiske data klarer ikke å fange opp vesentlige endringer i bruk av sentralstimulerende stoffer i Norge de siste årene, bortsett fra bruk av ecstasy, som synes å være på jevn tilbakegang.
- Beslagdata indikerer jevnt økende bruk av sentralstimulerende midler.
- Bruk av sentralstimulerende midler skjer i alle befolkningsgrupper og inngår i vanlig blandingsmisbruk blant tunge brukergrupper.
- Rapporter fra oppsøkende arbeid og politi indikerer at det i enkelte, avgrensede grupper i befolkningen er stort forbruk av sentralstimulerende midler, ofte i kombinasjon med cannabis og alkohol. Disse gruppene nås i dag i liten grad av oppsøkende tjenester og politi.
- Det er bruk for arenaspesifikke tiltak i tidlig intervensjon både i oppsøkende tjenester og i politiet for å nå disse brukerne.
- Det er ikke nødvendig å utvikle nye/endrede metoder verken i oppsøkende tjenester eller politi for å nå disse brukerne.

Helsedirektoratet samarbeider med Kompetansesenter Rus Midt-Norge om nasjonal konferanse i 2010 og med SERAF om forskningskonferanse i 2011. Helsedirektoratet har også hatt medansvar for å arrangere en europeisk konferanse om behandling av avhengighet av sentral-

stimulerende rusmidler i regi av Europarådets samarbeidsgruppe for natkotikaspørsmål, Pompidougruppen. Det er spesiell oppmerksomhet på metamfetaminsituasjonen.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.2.5 Intensivere kontrollen med illegal innførsel av legemidler

Tolletaten fører kontroll med innførsel av illegale legemidler. Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens legemiddelverk. Toll- og avgiftsdirektoratet hadde i 2009 jevnlig samarbeidsmøter med legemiddelverket. Dette har ført til gjensidig erfaringsutveksling og mer målrettede tiltak. Etaten gjennomførte i 2009 en kontrollaksjon i regi av WHO rettet mot legemidler i postsendinger, noe som resulterte i 198 000 beslaglagte tabletter. Legemiddelverket var også representert under denne aksjonen. Det har også vært samarbeid om å begrense import av legemidler kjøpt på internett, noe som blant annet har ført til full stopp av forsendelser fra én eksportør/importør. Det jobbes videre aktivt mot salg av reseptbelagte legemidler på internett for i størst mulig grad å stoppe den store mengden forfalskede legemidler og legemidler som ikke tilfredsstiller produksjonskrav.

Ansvarlig: Finansdepartementet

1.2.6 Innføre begrensninger for import av legemidler

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert tiltak for å begrense uheldige sider ved privat import av legemidler. Det er blant annet innført 18-årsgrense for privatimport av legemidler ved forsendelse fra EØS-området. Det er ikke grunnlag for ytterligere tiltak. Denne konklusjonen er basert på råd fra Statens legemiddelverk, avveininger mellom fordeler og ulemper ved slik import og det faktum at det er en relativt beskjeden mengde legemidler som blir importert på denne måten.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.2.7 Utarbeide tiltak mot kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol

Kjøring i ruspåvirket tilstand er en alvorlig trussel mot trafikksikkerheten. Rusmidler er en medvirkende årsak til svært mange alvorlige trafikkulykker. Mens omfanget av promillekjøring synes å ha gått ned de siste 20 årene, har omfanget av kjøring under påvirkning av annen rus enn alkohol økt. Dette gir grunn til bekymring. Samferdselsdepartementet satte ned en arbeidsgruppe som i 2009 utredet behovet for konkrete endringer i vegtrafikkloven. Hovedformålet med lovendringene er å forbedre trafikksikkerheten. I sin rapport anbefaler arbeidsgruppen flere endringer i vegtrafikkloven relatert til kjøring under påvirkning av annen rus enn alkohol. Arbeidsgruppen foreslår blant annet innføring av et nulltoleranseprinsipp med lave lovbestemte grenser for når man vil bli regnet som narkotikapåvirket etter vegtrafikkloven og innføring av hjemmel for politiet til å benytte hurtigtesting med "narkometer" ved trafikkontroll, uten at det stilles krav om mistanke. Samferdselsdepartementet følger nå opp dette arbeidet og tar sikte på fremme en proposisjon L for Stortinget med relevante forslag til endringer i vegtrafikkloven i løpet av høstsesjonen.

Ansvarlig: Samferdselsdepartementet

1.2.8 Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene og retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater og se på en meldeordning til fastlegene (2010)

Helsedirektoratet har påbegynt arbeidet med å fremskaffe mer kunnskap og forskning om vanedannende legemidler og forskrivning av disse. Flere forskningsmiljø blant annet i gang med å utrede for eksempel bruk av vanedannende legemidler i ulike målgrupper og regioner. Dette vil være noe av kunnskapsgrunnet for målrettet informasjon til leger og annet helsepersonell og revidering av veileder om vanedannende legemidler (IK 2755).

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.2.9 Utarbeide oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (2010)

1.3 STYRKE INFORMASJONSARBEIDET

De regulatoriske virkemidlene (tilgjengelighet, pris etc.) er mest effektive for å redusere konsum og skader av alkohol. Det er derfor av stor betydning å skape legitimitet hos befolkningen for å opprettholde den norske alkoholpolitikken. Et viktig element i det rusforebyggende arbeidet er derfor å styrke befolkningens bevissthet om alkoholrelaterte skader, øke kunnskapen om de effektive virkemidlene, styrke oppslutningen om alkoholfrie soner og ikke minst øke og styrke foreldres bevissthet på sitt ansvar som grensesettere og rollemodeller for ungdom. Informasjonsarbeid er en måte å gjøre dette på, i samspill med andre tiltak.

For å bidra til dette er det planlagt fem tiltak:

TILTAK

- Styrke informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og foreldre
- Dele ut ungdommens forebyggingspris
- Ta i bruk screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk tidlig i svangerskapet
- Informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet
- Idédugnad om god forebygging for frivillige aktører

Oppsummering

Alle tiltakene ble i verksatt eller gjennomført i 2008/2009. "Tør å sette grenser" - www.settegrenser.no rettet mot ungdom og deres foreldre ble videreført i 2009. Ungdom har også stått i fokus når Ungdommens forebyggingspris ble delt ut for andre gang i desember 2009. Drammen kommune har ifølge juryen utmerket seg i det rusforebyggende arbeidet og fikk prisen på kr 300 000.

Helsedirektoratet videreførte informasjonen om alkoholens skadevirkninger ved graviditet med kinoreklame og informasjonsbrosjyrer til helsepersonell i 2009. For å oppdage og minske alkoholbruk i svangerskapet er det viktig at alle kvinner blir spurt om sitt alkoholbruk. Screeningverktøyet TWEAK er tilpasset norske forhold og vil bli implementert

i 2010. I 2009 arrangerte Helse- og omsorgsdepartementet en idédugnad om god forebygging.

1.3.1 Styrke informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og foreldre

Kampanjen "Tør å sette grenser" ble i 2008 fulgt opp gjennom filmsnutter på TV, samtidig som skolene og foreldrearbeidsutvalgene fikk tilsendt informasjon og opplegg for foreldremøter med alkohol som tema. Videre ble det gjennomført en kampanje (plakater, annonser, TV, nettsider, redaksjonelt stoff) hvor Helsedirektoratet lanserte fem gode råd til foreldre:

1. Sett tydelige grenser
2. Ikke gi alkohol til ungdom under 18 år
3. Snakk med andre foreldre om felles mål og grenser
4. Tenk gjennom dine egne grenser når det gjelder bruk av alkohol
5. Vis at du bryr deg

"Tør å sette grenser" ble videreført i 2009, men i noe mindre målestokk enn i 2008. Målet har vært å gjøre det enklere for foreldre å samarbeide om grensesetting. Alkoholbruken hos ungdom går ned, mens voksnes alkoholforbruk øker. Det utvikles derfor også en strategi mot foreldrene for å møte denne utviklingen. Det er videre fokusert på småbarnsforeldre gjennom filmsnutten "Tenk igjennom hvem du drikker med" som ble sendt i flere TV-kanaler og som reklame på kino i slutten av 2009. Evaluering av denne kampanjen pågår.

Helsedirektoratet har gitt Kompetansesenter rus - vest, Bergen om å ta ansvar for et nytt spisskompetanseområde: "Foreldrerollen i det rusmiddelforebyggende arbeidet". Det planlegges en nasjonal konferanse om temaet våren 2010. De som ønsker oversikt over kunnskap, forskning og kompetanse om foreldrerollen i det rusmiddelforebyggende arbeidet kan ta kontakt med Kompetansesentre rus - vest.

Det anbefales også å ta en kikk på **www.settegrenser.no**.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.3.2 Dele ut ungdommens forebyggingspris

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å stimulere til økt engasjement og bevisstgjøring om rusforebygging i kommunen. Departementet vil derfor dele ut Ungdommens forebyggingspris til en kommune som har utmerket seg i å involvere barn og unge i utformingen og gjennomføringen av rusforebygging. Ungdommens forebyggingspris skal deles ut årlig under opptrappingsplanenes periode. I 2008 gikk prisen til Karmøy kommune.

Prisen skal gå til den kommunen som på best mulig måte involverer barn og unge i det helhetlige rusforebyggende arbeidet. Barn, unge og foreldre skal ha en mer aktiv rolle som medspillere og formidlere i lokalt forebyggingsarbeid. Ungdom har derfor vært involvert både i å foreslå kommuner til prisen, og juryen besto av representanter for barn og unge. Kriteriene for å motta prisen var:

- Kommunen må ha etablert permanente ordinger som sikrer barn og unges medvirkning
- Kommunen må legge til rette for barn og unges medvirkning i det rusforebyggende arbeidet
- Kommunen må ha et variert tilbud til barn og unge, som barn og unge bruker og er fornøyd med
- Kommunen må ha utarbeidet en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan

Juryen vurderte også den rusforebyggende effekten av kommunens arbeid.

Helsedirektoratet mottok totalt 18 forslag til Ungdommens forebyggingspris 2009. Av disse var det sju kommuner som ble nominert og to kandidater som ble vurdert som sterke; Stord og Drammen.

Leder i ungdomsrådet, ordfører og leder for «Uteteamet» i Drammen kommune mottok 3. desember Ungdommens forebyggingspris 2009. Prisen var på 300 000 kr.

Juryen mente Drammen kommune utmerker seg i det helhetlige rusforebyggende arbeidet med fokus både på virkningsfulle tiltak i sin lokale

alkoholpolitikk, et særskilt fokus på foreldrenes rolle og tilgjengelige tjenester og aktiviteter for barn og unge. Videre at kommunen på en god og engasjerende måte har sikret de unges innflytelse og mulighet for deltakelse i dette arbeidet. "10 tips til ungdomsforeldre" er et eksempel på det, hvor det gis konkrete råd om hvordan foreldre bør sette grenser for å bidra til å begrense alkoholbruken blant ungdom. Ungdomsrådet har utarbeidet rådene i samarbeid med Senter for rusforebygging. Juryen fremhever Uteteamet i Drammen, som viser en stor evne til å nå ungdom i ulike aldre med ulike behov og på ulike arenaer. Juryen mente at uteteamets arbeid var preget av kontinuitet, målrettethet og medvirkning av unge.

Juryens utfyllende vurderinger av de to sterkeste kandidatene ble sendt til alle kommunene som ble foreslått. Juryen håper at deres vurderinger kan inspirere flere kommuner i det rusforebyggende arbeidet framover.

Prisen ble delt ut på konferansen "Unge og medvirkning". Det var fjorårets vinnere av ungdommens forebyggingspris, Karmøy kommune, som var vertskap for konferansen.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.3.3 Ta i bruk screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk tidlig i svangerskapet

Opptrappingsplanen legger også stor vekt på de aller yngste. For å kunne oppdage og minske alkoholbruk i svangerskapet er det viktig at alle gravide kvinner blir spurt om alkoholbruk, samt gitt informasjon om alkoholens skadelige effekter. Helsedirektoratet gir finansiering til et prosjekt som vil utvikle og implementere screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk i svangerskapet og forebygge føtale alkoholskader. Prosjektet pågår i Nord-Trøndelag og er knyttet til Barn- og familie-klinikken og FoU-enheten ved Levanger sykehus. Screeninginstrumentet som prøves ut er TWEAK (med tilleggsspørsmål fra Audit C), og kartleggingen vil pågå i kommuner som sokner til sykehuset i Namsos. Oppstart av selve screeningen starter i 2010.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.3.4 Informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet

Hvert år fødes det barn med alvorlige eller lettere skader som skyldes mors bruk av alkohol i svangerskapet. Astrid Alviks doktoravhandling viser at fire av ti gravide drikker alkohol, og at hver fjerde utsetter fosteret for risikofull alkoholbruk. Mange kvinner og jenter har lite kunnskap om alkoholens skadelige virkning på fosteret, og særlig er ny forskning om skadene som kan oppstå etter mindre alkoholinntak, lite kjent. Helsedirektoratet gjennomførte høsten 2009 informasjonskampanjen "Alkoholfritt svangerskap". Den rettet seg mot helsepersonell og kvinner i fertil alder med budskap om totalavhold gjennom hele svangerskapet. Kampanjen besto av en ny brosjyre, som finnes på sju språk, en revidert webside "Gravid", annonsering på nettsteder og i magasiner, reklame på kino og på monitorer på legekontorer samt redaksjonelle artikler. Legeforeningen og jordmorforeningen medvirket i kampanjen, Vinmonopolet distribuerte materiell og informasjon på Norsk elektronisk legehåndbok, NEL, ble oppdatert. Nytt informasjonsmateriell ble distribuert direkte til helsestasjonene og legekantorene.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.3.5 Idédugnad om god forebygging for frivillige aktører

Høsten 2009 arrangerte Helse- og omsorgsdepartementet en idédugnad med deltakere fra frivillige organisasjoner.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.4 STYRKE RUSFOREBYGGINGEN I ARBEIDSLIVET

Arbeidslivet er en viktig arena for forebyggende arbeid. Vi vet at alkohol er et betydelig problem i arbeidslivet, og at samfunnskostnadene er store. Alkohol blir ofte brukt i forbindelse med arbeid, kurs, samlinger og kollegialt samvær. Ca. 40 % av alt alkoholbruk kan knyttes til gråsonen arbeidsliv/fritid. Rundt 5 % av bedriftene oppgir at de har ansatte med rusmiddelproblemer. Det er vanlig at store bedrifter og organisasjoner bruker AKAN-modellen for å ha en strukturert måte å forholde seg til personer med rusmiddelproblemer på. Få små eller mellomstore bedrifter driver selv rusmiddelforebyggende arbeid. Rusforebygging i arbeidslivet skal derfor styrkes gjennom opptrappingsplanperioden. Dette skal gjøres gjennom følgende tiltak:

TILTAK

- Fremskaffe bedre data om rusrelaterte problemer i arbeidslivet
- Videreutvikle AKAN ved å prøve ut modeller for forebygging og håndtering av rusmiddelproblemer i små og mellomstore bedrifter
- Gi bedre informasjon og kunnskap til aktørene i arbeidslivet gjennom AKAN

Oppsummering

Alle tre tiltakene ble igangsatt i 2009. SIRUS og Norges forskningsråd vil prioritere forskning på rusproblemer i arbeidslivet i årene fremover. AKAN (Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk) arbeider også systematisk med å innhente og spre mer kunnskap om rusmiddelproblematikk. AKAN har i samarbeid med flere andre aktører utviklet Balance – et internettbasert intervensjonsprogram, hvor man kan kartlegge egne alkoholvaner. Dersom man er i risikozonen, vil man få tilbud om hjelp og støtte ved å være med på et nettbasert program. Balance tilbys til bedrifter for en rimelig sum. Hensikten er å bidra til at problematisk rusbruk og alkoholvaner kan oppdages tidligere.

Under følger informasjon om hvert enkelt tiltak.

1.4.1 Fremskaffe bedre data om rusrelaterte problemer i arbeidslivet

Det er behov for mer kunnskap om rusrelaterte problemer i arbeidslivet, blant annet om fravær som skyldes rusmidler. Bakgrunnen er at rusmiddelproblemer trolig er en betydelig underrapportert årsak til sykefravær og tidlig pensjonering. Statens institutt for rusmiddelforskning og Norges forskningsråd vil prioritere forskning på rusproblemer i arbeidslivet i årene fremover. SIRUS fikk i oppdrag i tildelingsbrevet for 2008 å prioritere denne typen forskning og har gjennom prosjektet Arbeidsliv og rusmiddelbruk gjort tidsserieanalyser av sammenhengen mellom sykefravær og totalkonsum av alkohol i perioden 1957–2001. Funnene viser at økning i totalkonsumet gir økning i sykefraværet blant menn. Arbeidsliv og rus er ett av fem prioriterte temaer i rusforskningsprogrammet i Norges forskningsråd. Resultatene vil komme gjennom forskningsrapporter fra disse to instansene.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.4.2 Videreutvikle AKAN ved å prøve ut modeller for forebygging og håndtering av rusmiddelproblemer i små og mellomstore bedrifter

Etter at AKAN-sekretariatet ble evaluert, har AKAN systematisk videreutviklet sine metoder og tjenester og blitt omdøpt til "Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk". I tillegg til å forebygge og redusere rusmiddelproblemer arbeider AKAN med spilleavhengighet og har inkludert studenter som en gruppe de jobber med.

AKAN kompetansesenter har fullført utviklingen av Balance og er i ferd med å implementere bruken av programmet i norsk arbeidsliv. Balance er et digitalt verktøy som skal brukes som en minimal intervensjon mot risikofylt alkoholbruk. Det består av to deler. Den første delen er en test, hvor man kartlegger egne alkoholvaner og får en tilbakemelding. Er man i risikozonen, eller er det behov for å justere vanene, får man hjelp og støtte ved å være med på et internettbasert program. Deretter gis

det oppfølging i et års tid. Bedriftene kan kjøpe seg inn og bruke Balance-programmet overfor sine ansatte. Abonnementskostnader for små bedrifter er minimale, og AKAN har god tro på at dette vil kunne være et nyttig rusmiddelforebyggende virkemiddel i bedriftene.

AKAN kompetansesenter samarbeidet i 2009 med flere bedriftshelse-tjenester om å arrangere samlinger for småvirksomheter. AKAN kompetansesenter har deltatt ved å gi kort informasjon om rusforebygging i arbeidslivet rettet mot små og mellomstore bedrifter, samt ved å gi bedriftene tilbud om bistand fra kompetansesentret. I 2010 vil det vurderes om dette tiltaket er en fornuftig måte å arbeide mot små bedrifter på. AKAN kompetansesenter har i et samarbeid med arbeidslivsentret NAV Akershus gjennomført et kurs rettet spesifikt mot små og mellomstore virksomheter. Dette tilbudet skal evalueres i løpet av januar 2010, og det vil bli tatt stilling til hvordan man best kan arbeide videre med dette. 28. og 29. mai 2009 var det nordisk samling i Norge. Et av temaene som ble drøftet, var hvordan de andre landene (Sverige og Finland) arbeider med små og mellomstore bedrifter. Det fremkom mange nyttige erfaringer og forslag som gruppen vil se nærmere på. Det som spesielt bør nevnes var forslaget om å sette ned en referansegruppe eller arbeidsgruppe med ledere fra disse bedriftene. Dette kan gi gode innspill og fakta om hva det kan være hensiktsmessig å ha fokus på og hvordan kompetansesentret kan rette sitt rusforebyggende arbeid mot små og mellomstore bedrifter. Informasjons- og kunnskapsformidlingen som går fram av forrige punkt, er også relevant i arbeidet med å nå ut til små og mellomstore bedrifter.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.4.3 Gi bedre informasjon og kunnskap til aktørene i arbeidslivet gjennom AKAN

AKAN driver utstrakt informasjons- og kunnskapsformidling og veiledning. Dette er AKANs kjernevirksomhet. AKANs nettsider er fornyet og oppdateres jevnlig med informasjon om metoder og verktøy som kan brukes i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Det er utarbeidet lister

over fag- og bransjetidsskrift som i løpet av 2010 vil bli brukt målrettet for å markedsføre AKAN kompetansesenter og telefonveiledningstjenesten.

Nyhetsbrev fra AKAN kompetansesenter var i full drift i hele 2009. Det ble avholdt to møter med arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner som i dag ikke er medlemmer i AKAN. Det dreier seg om YS, KS, UNIO, Spekter, Akademikerne og HSH. Dette er et viktig ledd i arbeidet med å formidle informasjon til en større del av arbeidslivet enn det som har vært gjort de senere år. Enkelte av disse organisasjonene har også formidlet informasjon om AKAN kompetansesenter gjennom sine nyhetsbrev.

NAV utvikling og drift skal i forbindelse med nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse lage en opplæringsplan (arbeidslivspakken), som, i tillegg til andre arbeidslivsrelaterte temaer, skal inneholde modulkurs på nasjonalt plan innenfor området rus og psykisk helse i arbeidslivet. Det er tatt initiativ til et samarbeid mellom NAV og AKAN kompetansesenter når det gjelder dette arbeidet.

AKAN kompetansesenter arrangerer to ganger i semesteret AKAN-forum der bedrifter inviteres til gratis temamøter om ulike rusforebyggende temaer. Temaene i 2009 var:

- Sikkerhet og renommé – rus og pengespill.
- Kvinner og alkohol i arbeidslivet
- Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt

Ansvarlig: Helsedirektoratet

1.5 STYRKE DET INTERNASJONALE ARBEIDET

Det internasjonale perspektivet innen rusfeltet er viktig. De illegale rusmidlene som brukes i Norge, kommer nesten uten unntak fra andre land, og narkotikasituasjonen i Norge påvirkes av produksjonen i disse landene. Målet med det internasjonale engasjementet er å begrense mengden narkotika på det internasjonale og nasjonale markedet, motvirke liberalisering av narkotikapolitikken, utveksle erfaringer og skaffe gode og sammenlignbare data. Også alkohol er en alvorlig trussel mot helse og utvikling i mange land, og alkoholpolitikken i andre land har innvirkning på norske forhold. Det er derfor et viktig mål med større internasjonal oppmerksomhet på alkohol og helse. Norge skal bidra til dette med ti tiltak/innsatsområder:

TILTAK

- Være pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikk
- Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i EU
- Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i WHO og ILO, og sikre langsiktig finansiering av arbeidet
- Arbeide for at det tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler
- Sikre tilstrekkelig kompetanse i EU/EØS-rettslige spørsmål og spørsmål knyttet til WTO som har betydning for norsk alkoholpolitikk
- Fremme nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler
- Utarbeide en samlet strategi for å sikre et fortsatt forpliktende og langsiktig internasjonalt narkotikasamarbeid
- Legge til rette for frivillige aktørers internasjonale engasjement på rusfeltet
- Vurdere alkohol- og narkotikaorienterte programmer i norsk bilateral og multilateral bistand, herunder bistand til produsentland med omlegging av avlinger og fremme alternative leveveier
- Bidra til at alkohol- og narkotikarelaterte prosjekter blir igangsatt under EØS-finansieringsordningen

Oppsummering

Tiltakene for å styrke det internasjonale arbeidet foregår i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet og Utenriksdepartementet. Alle tiltakene er igangsatt – eller er løpende oppgaver. Norges internasjonale narkotikaengasjement er fordelt på flere departementer. Dette er nå samordnet bedre med utgangspunkt i Opptappingsplanen for rusfeltet og I 2009 ble det laget et "posisjonsnotat" – et oppslagsverk – til bruk for norske utenriksstasjoner og for norske tjenestemenn med oppdrag i internasjonale fora. Et viktig tiltak for å styrke det internasjonale arbeidet mot rusmidler er at alkoholpolitiske spørsmål kommer på dagsorden i WHO, og at det tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler. I 2009 var de viktigste temaene prioritering av alkoholspørsmål under det svenske EU-formannskapet høsten 2009 og håndtering av WHOs konsultasjonsprosesser om den globale alkoholstrategien. Det ble arrangert en stor alkoholkonferanse med ministerdeltakelse og et ekspertmøte med WHO om alkohol og smittsomme sykdommer. I rådskonklusjonene i desember 2009 ble det fastslått at EU skal fortsette arbeidet med alkoholstrategien. WHO fremla i desember 2009 forslag til en global alkoholstrategi som ble vedtatt i 2010.

Det bør tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler, og Norge gir innspill for å sikre at EØS-medlemskapet, internasjonale handelsavtaler under WTO og bilaterale handelsavtaler ikke får negative konsekvenser for Norges alkoholpolitiske virkemidler. For å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler skal nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid styrkes. Den nordiske sambandsmannsordningen består nå av 38 personer, hvorav ni er fra Norge. En del av det internasjonale arbeidet består i å støtte bistandsprosjekter som kan fremme alternative leveveier og skadereduserende tiltak for brukere i produsentland. Eksempler på tiltak Norge støtter på alkohol- og narkotikaområdet er skadebegrensende arbeid når det gjelder hivsmitte og injiserende narkotikabrukere. Norge støtter også et program i tre asiatiske land rettet mot kvinnelige narkotikamisbrukere og fanger. Sist men ikke minst: Frivillige aktører gjør en viktig internasjonal innsats på rusfeltet, og det legges til rette for at frivillige organisasjoner kan bidra til å utvikle og gjennomføre EUs narkotikastrategi og handlingsplaner.

1.5.1 Være pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikk

Norge skal være en pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikken og vil samarbeide med nordiske helsemyndigheter om tiltak for å redusere skadelig bruk av alkohol. Det har allerede skjedd mye på denne fronten, bl.a. etablering av en uformell, nordisk tjenestemannsgruppe under nordisk ministerråd i 2008, vedtak om oppstart av arbeid med globalt strategiarbeid i WHO etter nordisk koordinering i WHO (Helseforsamlingen 2008), oppstart av EUs alkoholkomité høsten 2007, oppfølging av WHO-prosessen på strategi og utvikling av EUs alkoholstrategi. I 2009 var det viktigste prioritering av alkoholspørsmål under det svenske EU-formannskapet høsten 2009 og håndtering av WHOs konsultasjonsprosesser om den globale alkoholstrategien.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.5.2 Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i EU

EUs reguleringer og bestemmelser kan påvirke rammebetingelsene for nasjonale norske tiltak. Det er derfor viktig å arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i EU. Norske myndigheter samarbeider med myndighetsorganer i EU og EUs medlemsland for å plassere alkoholrelaterte saker innunder EUs overordnede mål, støtte opp om økt kunnskap om problemomfang og virkemiddeleffekt i EU. Gjennom dette arbeidet ønsker man å styrke EUs politikk for å redusere skadelig bruk av alkohol. De første arbeidsgruppene i EUs alkoholforum ble nedsatt høsten 2008. EU vil medvirke i WHOs arbeid med en global strategi på alkoholområdet.

Det svenske formannskapet i EU prioriterte arbeidet med alkoholpolitiske spørsmål høyt i 2009. Det ble arrangert en stor alkoholkonferanse med ministerdeltakelse og et ekspertmøte med WHO om alkohol og smittsomme sykdommer. I rådskonklusjonene i desember 2009 ble det fastslått at EU skal fortsette arbeidet med alkoholstrategien.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.5.3 Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i WHO og ILO, og sikre langsiktig finansiering av arbeidet

Norge skal bidra til at sammenhengen mellom alkohol og helse vies større oppmerksomhet i WHO og ILO og samarbeide med land som er opptatt av sammenhengen mellom alkohol og helse. Norge skal blant annet delta i utviklingen av et felles faglig grunnlag for hvordan kan redusere helseskadene som følge av alkoholbruk, blant annet ved å delta i ekspertgrupper om alkoholpolitiske spørsmål.

WHO fremla i desember 2009 forslag til en global alkoholstrategi, som vil bli behandlet under den 63. verdens helseforsamling (WHA) i mai 2010. Arbeidet med å styrke WHO's prioritering av ikke-smittsomme sykdommer, som kroniske sykdommer og livsstilssykdommer (Non Communicable Diseases), går fremover. Fortsatt gjenstår det imidlertid mye for at aktivitetene under dette programmet er tilfredsstillende dekket opp finansielt, slik at WHO får god kapasitet til å følge opp tiltakene også i alkoholstrategien.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.5.4 Arbeide for at det tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler

Det må sikres at EØS-medlemskapet, internasjonale handelsavtaler under WTO og bilaterale handelsavtaler ikke får negative konsekvenser for Norges alkoholpolitiske virkemidler. I forbindelse med WTO-forhandlinger og bilaterale avtaler blir alkoholpolitiske konsekvenser vurdert fortløpende, og det gis merknader der man mener at folkehelsehensyn ikke er godt nok ivaretatt.

Arbeidet med en forhandlingsmanual for innenlandske reguleringer ventes slutført våren 2010.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.5.5 Sikre tilstrekkelig kompetanse i EU/EØS-rettslige spørsmål og spørsmål knyttet til WTO som har betydning for norsk alkoholpolitikk

Det er viktig at de norske aktørene besitter tilstrekkelig kompetanse i spørsmål som kan ha betydning for norsk alkoholpolitikk. Internt i Helse- og omsorgsdepartementet jobbes det kontinuerlig med slike spørsmål. I tillegg til kompetanseheving, gjennom løpende arbeid med spørsmålene, har det vært gjennomført enkelte særlige kompetansehevingstiltak på området.

Det ble gjennomført et seminar om EØS-, EF- og WTO-rettslige spørsmål vedrørende alkohol for nordiske og baltiske land i Riga i februar 2009 i regi av Helse- og omsorgsdepartementet. Det vurderes et nytt internasjonalt seminar i 2011/12.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.5.6 Fremme nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler

Norge skal fremme internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å kontrollere omsetningen av illegale rusmidler. Den nordiske sambandsmannsordningen er styrket over tid og består nå av 38 personer, hvorav ni er fra Norge. Det ble i 2008 etablert sambandsmann på Balkan (Sofia). I tillegg ble det i 2009 etablert tre norske sambandsmenn på utlendingsfeltet – i Addis Abeba, Bangkok og Amman. Illegal handel med narkotiske stoffer og råvarer for illegal bruk til narkotikaproduksjon (prekursorer) via internett har blitt en stadig større utfordring for politiet og tollvesenet. Innsatsen mot denne kriminaliteten styrkes.

Ansvarlig: Justis- og politidepartementet

1.5.7 Utarbeide strategi for å sikre et fortsatt forpliktende og langsiktig internasjonalt narkotikasamarbeid

Målet med det internasjonale engasjementet er å begrense mengden narkotika på det internasjonale og nasjonale markedet, motvirke libe-

ralisering av narkotikapolitikken, utveksle erfaringer og skaffe gode og sammenlignbare data. Norges internasjonale narkotikaengasjement er fordelt på flere departementer. Dette skal samordnes bedre med utgangspunkt i Opptappingsplanen for rusfeltet. I 2009 ble det laget et "posisjonsnotat" – et oppslagsverk – til bruk for norske utenriksstasjoner og norske tjenestemenn med oppdrag i internasjonale fora. Notatet skal ivareta Norges interesser og uttalte posisjoner på andre relevante og tilgrensende områder. Som vedlegg til notatet vil det bli utarbeidet en strategi for å målrette innsatsen. Denne er under utarbeidelse.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.5.8 Legge til rette for frivillige aktørers internasjonale engasjement på rusfeltet

Frivillige aktører gjør en viktig jobb i det internasjonale arbeidet på rusfeltet. Det skal legges til rette for frivillig engasjement, og for at frivillige aktører kan drive nettverksarbeid og bidra i internasjonale prosesser av betydning for rusfeltet. Fra høsten 2008 har Norge deltatt i EU-programmet Drugs Prevention and Information 2007–2013. Dette gir norske aktører anledning til å delta i programmet i samarbeid med organisasjoner i EUs medlemsland og konkurrere om midlene fra programmet. Søknadsfrister og betingelser bekjentgjøres ved utlysninger én eller flere ganger i året. Målgruppene for programmet er alle sammenslutninger/miljøer som direkte eller indirekte er engasjert i narkotika-problematikken. Det retter seg i stor grad mot NGOer og det sivile samfunnet og tar sikte på å bygge opp nettverk og utvikle synergier i og mellom medlemslandene. Dette programmet kan bidra til å legge til rette for frivillig engasjement, og for at frivillige aktører kan drive nettverksarbeid og bidra i internasjonale prosesser på rusfeltet. Programmet skal gi økonomisk støtte til tiltak for å gjøre foreliggende informasjonsmateriekkjent for allmennheten, og til seminarer, konferanser og ekspertmøter. Helsedirektoratet organiserer informasjons- og kontaktmøter og gir annen bistand til eventuelle søkere.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

1.5.9 Vurdere alkohol- og narkotikaorienterte programmer i norsk bilateral og multilateral bistand, herunder bistand til produsentland med omlegging av avlinger og fremme alternative leveveier

Narkotikakontroll og oppfølging av denne er en løpende oppgave i Utenriksdepartementet. Eksempler på tiltak Norge støtter innfor alkohol- og narkotikaområdet: FORUT er en norsk organisasjon, som i mange år har hatt samarbeidsavtale med Norad/ SIVSA om utviklingsarbeid rettet mot alkohol og narkotika. Inn i dette arbeidet integreres det også en kjønnsdimensjon, med vekt på maskulinitet, og hivforebygging. Sentrale land er Sri Lanka, Nepal og Malawi. Norge støtter UNODC, spesielt skadebegrensende arbeid når det gjelder hivsmitte og injiserende narkotikabrukere. Norge støtter også et program i tre asiatiske land rettet mot kvinnelige narkotikamisbrukere og fanger. Via Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative støtter Norge skadebegrensende arbeid i Kina og Ukraina. Norske organisasjoner har også vært involvert i arbeid for alternative inntektskilder for opiumsprodusenter, slik som Kirkens Nødhjelp i Afghanistan. Kirkens Nødhjelp er også involvert i rehabiliteringsarbeid for narkomane. Gjennom UNODC gis det norsk støtte til narkomane sexarbeidere for å kontrollere spredning av seksuelt overførbare sykdommer og hiv/aids. Blå Kors har en treårig prosjektavtale med Norad for perioden 2009-2011. Støtten gjelder to ressursentre i det sørlige Afrika.

Det er ikke gjennomført formelle evalueringer av ovennevnte tiltak. Vurderingen er likevel at det bi- og multilaterale arbeidet som gjøres på dette området er av god kvalitet. Det er imidlertid utfordringer knyttet til den ustabile situasjonen i Afghanistan med hensyn til å sikre bistand til omlegging av avlinger og fremme av alternative leveveier.

Ansvar: Utenriksdepartementet

1.5.10 Bidra til at alkohol- og narkotikarelaterte prosjekter blir igangsatt under EØS-finansieringsordningen

Det legges opp til flere programavtaler som vil kunne gjøre det lettere å få i gang aktiviteter knyttet til rus under EØS-finansieringsordningen. Forhandlingene om en ny avtalerunde er ikke slutført. Det nye avtalesystemet ventes ikke klart før 1. halvår 2010.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet



Bedre kvalitet og økt kompetanse

Personer med rusmiddelproblemer har rett til gode tjenester preget av god kvalitet. Kunnskap, kompetansespredning, fagutvikling og rekruttering henger sammen. Opptappingsplanen legger derfor opp til et kunnskaps- og kvalitetsløft, som tar hensyn til at rusfeltet er mangfoldig, tverrfaglig, og at det omfatter både offentlige virksomheter og private og frivillige organisasjoner. Kvaliteten på tjenestene skal heves, og kompetansen om rusproblematikk skal økes.



For å oppnå bedre kvalitet og økt kompetanse og kunne møte utfordringene som det pekes på i rapporter fra for eksempel Helsetilsynet, Riksrevisjonen, IRIS og SINTEF Helse, beskriver opptrappingsplanen 34 tiltak/satsingsområder som skal bidra til å oppfylle fem delmål. Disse delmålene er å:

DELMÅL

1. styrke forskning og undervisning
2. styrke kompetanse og rekruttering
3. styrke kvaliteten i tjenestene
4. bedre dokumentasjon og statistikk
5. heve kvaliteten i frivillig sektor.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som har ansvar for at alle tiltakene under hovedmål 2 iverksettes. Rundt 3/4 av tiltakene ble startet i 2009. De resterende er planlagt iverksatt i 2010.

Bedring av kvalitet og kompetanseheving er et langsiktig arbeid. Eksempelvis er det igangsatt mye ny forskning på rusfeltet som vil gi oss bedre kunnskap om behovene og virkemidlene. Resultatene fra denne forskningen vil naturligvis ta tid.

2.1 STYRKE FORSKNING OG UNDERVISNING

NOU 2003:4 Forskning på rusfeltet ga en oversikt over omfanget av bruken av rusmidler i Norge etter 1990, hvilke skader man vet at rusmidler kan føre til og omfanget av disse skadene i Norge. Videre gjennomgikk rapporten internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet. Rapporten pekte på en del mangler i rusmiddelforskningen som har vært viktige for satsingen på økt kompetanse og kvalitet i Opptrappingsplanen for rusfeltet. Sju tiltak skal bidra til å styrke forskning og undervisning.

TILTAK

- Støtte flere forskningsprosjekter gjennom nytt rusmiddelforskningsprogram
- Etablere rusmiddelforskningsssenter ved Universitetet i Oslo
- Øke kunnskap om behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer
- Videreutvikle og styrke de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål
- Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes
- De regionale helseforetakene skal prioritere forskning om rusbehandling
- Legge til rette for forskning kombinert med klinisk tjeneste og forskningspermisjon for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling

Oppsummering

Det skjer mye for å styrke forskning og formidling av forskning i opptrappingsplanperioden. Det er etablert et nytt rusmiddelforskningsprogram (2007–2011) under Norges Forskningsråd. Programplanen har fem prioriterte forskningsområder; rusmiddelrelaterte skader, arbeidsliv og rus, tidlig intervensjon, vanedannende legemidler og cannabis.

Programstyret tildeler ca. 46 millioner kroner over en tre–fire-årsperiode. Antall søkere økte i 2009. Som en del av satsingen ble Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) opprettet med utgangspunkt i Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer. SERAF har hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning og tilbyr undervisning og veiledning på rusforskningsfeltet. 2009 var et meget aktivt år for SERAF. Dette gjelder både for forskningsaktivitet og undervisningsvirksomhet. Etableringen av programmet og senteret skal bidra til sterkere akademisk forankring av rusmiddelforskningen, mer undervisning, økt synlighet og status for rusmiddelfeltet.

Det bygges videre på andre sentrale forsknings- og kompetansemiljøer, som Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Folkehelseinstituttet, sentrale behandlingsmiljøer i helseforetakene og kommunale fagmiljøer. SIRUS skal bidra til å øke kunnskapen om rusmiddelbrukeres behov for helse- og sosialtjenester. Dette er sentralt for å vite hvor mye kapasiteten bør økes. De regionale helseforetakene skal prioritere forskning om rusbehandling og psykiske lidelser, samt legge til rette for at helsepersonell kan kombinere klinisk tjeneste med forskning.

Også fagutvikling i sosialtjenesten er et viktig område, hvor man har etablert fire høyskole- og universitetssosialkontor i samarbeid med kommuner. Dette er et femårig utviklingsprosjekt om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten (HUSK-prosjektene). I samarbeid med KS skal det gjennomføres prosjekter om ulike modeller for organisering av kommunalt rusarbeid. De sju regionale kompetansesentrene for rus har som hovedoppgave å bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten med kompetanseutvikling, samt fagutvikling i rusforebyggende arbeid. De er sentrale i gjennomføringen av opptrappingsplanen. Kartlegging i 2009 viser at de fleste kommuner gis tilbud fra sentrene. Det utarbeides regionale kompetansehevingsplaner i et samarbeid mellom kompetansesentrene og rusrådgiverne ved fylkesmannsembetene.

Under følger en grundigere gjennomgang av de enkelte tiltakene.

2.1.1 Støtte flere forskningsprosjekter gjennom nytt rusmiddelforskningsprogram

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etablert et eget rusmiddelforskningsprogram. Utredningsgrunnlaget for satsingen ligger i *NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet*. Programsatsingen har to hoveddeler. Det skal bygges opp et universitetstilknyttet forskningssenter (se beskrivelse av SERAF under), og det skal gis støtte til forskerinitierte prosjekter. Programplanen beskriver fem prioriterte forskningsområder. Disse er; rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart; arbeidsliv og rus; tidlig intervensjon; vane-dannende legemidler og cannabis. I tillegg vil programmet kunne støtte rusmiddelforskning på områder hvor NOU 2003:4 har identifisert at det er behov for forskning. Det kom inn 24 søknader til programmet, noe som var en stor økning fra året før da det kom inn 14 søknader. Programstyret delte ut 14,2 millioner kroner for 2009 eller totalt ca. 46 millioner kroner over en 3–4 års periode. Av disse var det 1 million kroner pr. år som var øremerket tiltak for barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Av de innvilgede prosjektene er det totalt tre prosjekter som faller innenfor dette temaet, som også ligger i programplanen.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.1.2 Etablere rusmiddelforskningscenter ved Universitetet i Oslo

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ble startet høsten 2007 som et ledd i Opptappingsplanen for rusmiddelfeltet, etter en tildeling fra Norges forskningsråd på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Senteret bygget videre på den tidligere Seksjon for klinisk rusmiddelforskning. SERAF er fra 01/03/2010 organisert under Institutt for klinisk medisin ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

SERAF har hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning og tilbyr i tillegg undervisning og veiledning innenfor rusforskningfeltet. Gjennom

rekruttering og forskerutdanning skal senteret ha en ledende nasjonal rolle og fungere som nettverksbygger for rusmiddelforskning i Norge. 2009 var et meget aktivt år for SERAF. Dette gjelder både for forskningsaktivitet og undervisningsvirksomhet. Forskningsaktiviteten har gått ut på å videreføre gamle prosjekter, etablere nye, veiledning av stipendiat-ter, publisering av artikler og presentasjon av resultater på møter og, i mer populær form, til brukere, myndighetspersoner og i media. Forskningsvirksomheten har også vært reflektert i de mange bidragene til internasjonale konferanser i form av postere og vitenskapelige foredrag.

SERAF fungerer interfakultært (tidligere Institutt for psykiatri, nå Institutt for klinisk medisin og Psykologisk institutt), er tverrfaglig sammensatt og innehar faglig kompetanse på internasjonalt nivå innen klinikknær forskning på rusfeltet.

Forskningen foregår på en rekke områder:

1. Sårbarhet for og utvikling av avhengighetstilstander

Her vil man blant annet se nærmere på forekomst i grupper med økt risiko, som for eksempel sammenhengen mellom foreldres rusmiddelbruk og barns problemutvikling. Sentrale områder kan være nevrobiologiske mekanismer i utviklingen av avhengighet, graviditet og foster-skader og foreldre-barn-relasjonen med hensyn til utvikling av rusproblemer.

2. Rusrelaterte og komorbide tilstander

Sykdommer og skader som følge av rusmiddelmisbruk, herunder nevrobiologiske endringer, komorbiditet og rusrelaterte sykdommer, er sentralt for denne gruppen. Rusrelaterte familievansker og oppvekstskader vil være temaer også i denne gruppen, men med en noe ulik innfallsvinkel enn i den foregående gruppen. Sentrale områder kan være rus og psykiatri, kriminalitet og rus, somatiske sykdommer og skader samt avhengighetsutvikling.

3. Intervensjoner (behandling/forebygging)

Her vil det forskes på nytte og effekter ved ulike former for behandling og målrettede intervensjoner. Sentrale områder kan være diagnose-spesifikke intervensjoner, mini-intervensjoner, kjønns- og aldersrelaterte intervensjoner, intervensjoner relatert til etniske grupper, psykologiske behandlingsmetoder og medikamentell behandling.

4. Helsetjenesteforskning

Denne gruppen vil se nærmere på betydningen av organisatoriske forhold og reformer for behandling og forebygging av rusmiddelproblemer. Her vil man blant annet sette fokus på samarbeidsrelasjonene mellom forvaltningsnivåene som arbeider med rusrelaterte problemstillinger. Sentrale områder kan være rusreformene, nivåvalg ved intervensjoner, kontinuitet og koordinering samt brukertilfredshet og bruker-samarbeid.

SERAF har som oppgave å bygge nettverk mellom rusforskere i hele landet og derigjennom bidra til bedre forskning på internasjonalt høyt nivå. De ovenstående satsningsområdene er derfor representert i alle nettverkene som SERAF har bygget opp for å ivareta forskningsinteressertes behov. De ulike nettverkene er:

- Amfetaminforskning/Rus og psykiatri
- Rusmidler, mor og barn
- Alkoholmisbruk og behandling
- Helsetjenesteforskning på rusmiddelfeltet
- Legemiddelmisbruk; BZD og opiater
- LAR- forskning

Undervisningsvirksomheten har bestått i å holde egne kurs, drive PhD-undervisning, gjennomføre første halvår av den nystartede mastergradutdannelsen, ved siden av å gjennomføre undervisning overfor medisinstudenter og studenter på psykologi. SERAF har også vært representert nasjonalt på en mengde arrangementer som foredragsholdere og møtedeltagere. I tillegg har SERAF arrangert egne konferanser. I samarbeid med Rusmiddelprogrammet i Norges forskningsråd og



Avdeling for Legemiddelepidemiologi ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt arrangerte SERAF i november en stor konferanse over to dager om misbruk av reseptbelagte legemidler, med en allmenn del og en forskningsworkshop.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.1.3 Øke kunnskap om behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer

Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 2001 for å utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap om bruk og misbruk av rusmidler og andre avhengighetsskapende midler. De driver forskning, fremskaffer relevant dokumentasjon knyttet til alkohol og narkotika og formidler eksisterende kunnskap til viktige brukergrupper. SIRUS skal i opptrappingsplanperioden blant annet bidra til å øke kunnskapen om rusmiddelbrukeres behov for helse- og sosialtjenester. Dette er sentralt for å vite hvor mye kapasiteten bør økes. SIRUS har gjort undersøkelser blant annet blant fastleger for å kunne få bedre oversikt over hvor mange rusmiddelavhengige som har behov for behandling, men ikke er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling. Det er i dag for tidlig å gjøre noen anslag over et slikt udekket behov. SIRUS er for 2010 styrket på tjenesteforskningsområdet og skal prioritere forskning om rusmiddelbrukernes behov for tjenester.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.1.4 Videreutvikle og styrke de regionale kompetansesentrene for rus

De sju regionale Kompetansesentrene for rus har to sentrale målgrupper: Ansatte i kommunene og ansatte i spesialisthelsetjenesten. Sentrene har en sentral rolle i implementeringen av nasjonale planer og satsinger på regionalt nivå.

Ved etableringen 1994–95 var alle sentrene lokalisert til kliniske rusbehandlingsmiljøer. Hovedoppgaven var da å gi etterutdanning til nøkkel-

personell i kommunene. Senere har sentrene fått betydelig utvidete oppgaver, særlig med å styrke det lokale rusforebyggende arbeidet i kommunene. Over tid, og særlig etter rusreformen 2004, ble det endringer i den organisatoriske tilknytningen. Nå er enkelte sentre organisert og lokalisert til kliniske behandlingsmiljøer ved privateide institusjoner, andre er tilknyttet regionale helseforetak. Senteret i Oslo er organisatorisk lagt til Rusmildeletaten, Oslo kommune.

Kompetansesentrene har som hovedoppgave å bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten med kompetanseutvikling i rustjenestene og fagutvikling i lokalt rusforebyggende arbeid. Det har de siste årene vært lagt særlig vekt på å øke forståelsen i kommunene for nytten av regulatoriske virkemidler i medhold av alkoholoven. I tillegg er sentrene sterkt involvert i fagutvikling på tidlig intervensjon på rusfeltet. Det er lagt vekt på å samordne innsatsen fra kompetansesentrene med fylkesmannsembetenes oppdrag overfor kommunenes rustjenester. Dette gjøres gjennom regionale rusfora og regionale kompetansehevingsplaner. Det er også etablert nettbaserte ressurser til nytte for kommunene i rusarbeidet; **www.forebygging.no** og **www.kommunetorget.no**.

Hvert senter har fått tildelt ett eller flere fagområder, der de skal ivareta og utvikle nasjonal spisskompetanse. Dette er organisert på følgende måte:

- Region nord: Rusforebyggende arbeid med skolen som basisarena
- Region midt-Norge: Rusproblematikk knyttet til ungdom og unge voksne, med vekt på tidlig intervensjon.
- Region vest Bergen: Kjønn og rus og Foreldrerollen i rusforebyggende arbeid.
- Region vest Stavanger: Arbeidsliv og rus og Rusproblemer i familier med barn.
- Region sør: Gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn.
- Region øst: Rusproblematikk knyttet til personer med samtidig rus og psykisk lidelse og Avhengighetsproblemer knyttet til pengespillproblemer og problematisk spilleatferd.
- Region Oslo: Oppsøkende sosialt arbeid blant ungdom og Etniske minoriteter og rus.

Kompetansesentrene videreutviklet i 2009 samarbeidet med rusrådgiverne ved fylkesmannsembetene. Det utarbeides regionale kompetansehevingsplaner som et ledd i dette arbeidet. Det er etablert et nytt spisskompetanseområde "foreldrerollen i rusforebyggende arbeid" med ansvar lagt til region vest Bergen. Kompetansesentrene er i stor grad involvert i forsøks- og utviklingsarbeid på tidlig intervensjon. Det ble foretatt en kartlegging av det enkelte senters arbeid med innsatsen overfor kommunene og med rusmiddelpolitiske planer i 2009. Den viser at de aller fleste kommunene i hver region over tid gis tilbud fra sentrene, og at de mest folkerike og største kommunene ivaretas slik at den største delen av befolkningen nås.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.1.5 Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes

HUSK-prosjektene (Høyskole- og universitetssosialkontor) har som formål å utvikle praksisbasert forskning og kunnskapsbasert praksis, samt å utvikle nye samarbeidsformer mellom praksis, forskning, utdanning og brukere i sosialtjenesten.

Det er etablert fire regionale prosjekter hvor Universitet i Agder, Universitet i Stavanger, Høgskolen i Oslo og Diakonhjemmets høyskole samt Universitetet i Trondheim og Høgskolen i Trøndelag samarbeider med 20 kommuner. Det er også inngått et samarbeid med brukerorganisasjonene Mental helse, Velferdsalliansen, KREM, ROM og A-larm. Ved utgangen av 2009 var det 31 aktive HUSK-prosjekter i de 20 kommunene. 13 prosjekter var avsluttet. Det ble i 2009 også igangsatt forsøk med fagutvikling i fem HUSK-kommuner som etablerte NAV-kontor dette året. Formålet er å styrke utviklingen av en helhetlig, felles arbeidsmetodikk i NAV-kontorene og tilrettelegge for en mer kunnskapsbasert praksis.

SIRUS har fått i oppdrag å prioritere arbeid innen tjenesteforskning og har startet en kartlegging av forskningsfaglige utfordringer. Gjennom evalueringer av kommunalt rusarbeid og annet utviklingsarbeid tilføres også økt kunnskap og metodikk om sosialtjenestens arbeid.

Ansvarlig: Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet

2.1.6 De regionale helseforetakene skal prioritere forskning om rusbehandling

De regionale helseforetakene skal prioritere fagområder som rusbehandling og psykiske lidelser. I oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2009 står det blant annet at "Det er et mål å sikre oppbygging av forskningssvake områder som tverrfaglig spesialisert behandling". Fra tidligere har det vært fokus på å styrke kunnskapen om organisering og forbruk av helsetjenester og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst har gitt støtte til en egen forskerskole innen psykiatri og rus, etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo. Forskningslederstillinger innen rus er opprettet i Helse Nord. Styret i Helse vest har vedtatt en satsing på 5 millioner kroner til styrking av forskning på rusfeltet gjennom det regionale kompetansesenteret for rusmiddelforskning (KORFOR). Helse Midt-Norge har i verksatt flere forskningsprosjekter på området.

Ansvarlig: Helse og omsorgsdepartementet

2.1.7 Legge til rette for forskning kombinert med kliniske tjeneste for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling.

For å stimulere til forskning på pasienter med rusmiddelproblematikk er det viktig at man innen tverrfaglig spesialisert behandling tilrettelegger for at helsepersonell kan kombinere klinisk tjeneste med forskning. Enkelte helseforetak har etablert ordninger med frikjøp av leger og psykologer til forskning. Foreløpige tilbakemeldinger indikerer at ordningene fungerer.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet



2.2 STYRKE KOMPETANSE OG REKRUTTERING

Det er behov for mer kunnskap om rusproblematikk både i grunnutdanningene og hos ansatte som arbeider i rusfeltet. I tillegg til å styrke feltet med forskning er det derfor et mål at flere skal få mulighet til utdanning og videreutdanning. Rekruttering av personer med riktig fagkunnskap er en langsiktig satsing for Regjeringen. Gjennom opptrappingsplanen er det iverksatt en del tiltak for å bedre kompetansen på rusfeltet gjennom ulike typer utdanninger.

Følgende åtte tiltak skal bidra til å styrke kompetanse og rekruttering. Seks av tiltakene ble i gang i 2009 og to i 2010:

TILTAK

- Delfinansiere videreutdanning i rusproblematikk på høgskolene
- Tilby kommunalt ansatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge
- Utvikle kompetansen blant medarbeidere og ledere i sosialtjenesten og i andre deler av kommunenes arbeid med rusmiddelproblemer
- Øke kurstilbudet til leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo
- Styrke helsefaglig kompetanse om rusproblematikk og øke rekruttering av personell i tverrfaglig spesialisert behandling
- Øke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak
- Utvikle en informasjonskanal om rusmiddelproblematikk for leger (2009/2010)
- Utvide tilbud om opplæringstiltak for ufaglærte (2009/2010)

Oppsummering

Kort oppsummert ble seks av tiltakene igangsatt i 2009, mens man i løpet av 2010 skal utvikle en informasjonskanal om rusproblematikk for leger samt utvide tilbudet om opplæringstiltak for ufaglærte. Forskning og kunnskap om rus må formidles til fagfeltet for å forbedre praksis. 2009 var det andre året med delfinansiering av videreutdanning i rusproblematikk. Bakgrunnen er at kvaliteten på tjenestene skal heves og kompetansen om rusproblematikk skal økes for å styrke kommunenes helhetlige arbeid med personer med rusmiddelproblemer. Fylkesmennene skal legge til rette for slike tiltak i sine nedslagsfelt, og de forvalter blant annet midler til videreutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen. Videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge fortsetter. Som et ledd i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS ble satsingen *"Flink med folk"* fortsatt i 2009. 133 kommuner deltar. Ett av prosjektene er å bidra til styrket kompetanse på tverrfaglig ledelse innen psykisk helse og rus. Kurstilbudet til helsepersonell styrkes gjennom planperioden. SERAF, senter for rus- og avhengighetsforskning, tilbyr kurs i rusmiddelmedisin, rus og psykiatri m.m. for leger, psykologer og annet helsepersonell. 170 deltagere benyttet seg av kursene i 2009. I tillegg har SERAF, i samarbeid med kompetansesentrene, utviklet regionale kurspakker. Det første ble avholdt høsten 2009. Med bakgrunn i behovet for et bredt tverrfaglig undervisningstilbud innen psykososialt arbeid med mulighet for faglig fordypning og spesialisering, ble Mastergradsprogrammet i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer åpnet høsten 2009. Helseforetakene har økt andelen med helse- og sosialfaglig kompetanse i tverrfaglig spesialisert behandling med 310 årsverk eller 9 %. Statistisk sentralbyrå publiserte våren 2009 en rapport om sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester basert på data fra levekårsundersøkelsen (SSB 2009/6).

Under følger en gjennomgang av de tiltakene som er satt i gang.

2.2.1 Delfinansiere videreutdanning i rusproblematikk på høyskolene

Kvaliteten på tjenestene skal heves gjennom økt kompetanse i det rusfaglige arbeidet som utføres i kommuner, kriminalomsorgen og i politiet. Fylkesmennene og har fått i oppgave å forvalte tilskuddsmidler til videre-/etterutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell i kommunene, ansatte i kriminalomsorgen og i politiet. I 2009 ble det bevilget 10 millioner kroner til dette formålet. Midlene ble fordelt på grunnlag av befolkningsstørrelsen i det enkelte fylke. 118 søknader ble innvilget; herav 97 fra kommunene og 21 fra kriminalomsorgen. Det kom ingen søknader fra politiet. Totalt 128 arbeidstakere benyttet seg av tilbudet; hvorav 90 gjaldt høyskolestudier, 2 fagskoleutdanning, 14 SEPREP og 21 kursvirksomhet.

Det var ingen søknader fra Finnmark og Nord-Trøndelag. I samråd med Helsedirektoratet benyttet Fylkesmannen i Nord-Trøndelag midlene til å finansiere videreutdanning i Motiverende intervju som ble organisert av Høgskolen i Nord-Trøndelag i samarbeid med KORUS - Midt Norge. Ordningen er videreført i 2010.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.2.2 Tilby kommunalt ansatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

I tråd med regjeringens mål om å styrke det psykiske helsetilbudet til barn og unge tilbys fra 2009 tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ved 14 høyskoler/universiteter. Målsetting om god geografisk spredning er ivaretatt ved tildeling av midler. Utdanningens formål er å utvikle kunnskap og kompetanse i tråd med barn og unges behov, fokusere på mestring, samt bidra til bedre samhandling og koordinering av tjenestene til barn, unge og deres familier. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge tilbys som deltidsstudium over to år. Utdanningen er etablert som et tverrfaglig og tverretatlig oppdragsstudium, hvor Helsedirektoratet er oppdragsgiver. Utdanningen er et prioritert satsingsområde for Regjeringen. Det ble i statsbudsjettet satt av 24 mill. kroner til videreutdanningen. 14 høg-

skoler/universiteter fikk i 2009 tilskudd til oppstart av nye kull. 13 læresteder startet opp med nye kull i 2009. Til sammen er det gitt tilskudd til 423 nye studieplasser. Det ble i 2009 satt et særlig fokus på rusarbeid og tidlig intervensjon til risikoutsatte barn og unge.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.2.3 Utvikle kompetansen blant medarbeidere og ledere i sosialtjenesten og i andre deler av kommunenes arbeid med rusmiddelproblemer

Det er iverksatt to tiltak som skal bidra til å utvikle kompetansen i disse sektorene. Det ene er at man delfinansierer videreutdanning i rusproblematikk på høgskolene. Det andre er prosjektet "Flink med folk i første rekke".

Flere høgskoler tilbyr i dag videreutdanning i rusproblematikk. For å få flere til å styrke sin kompetanse er det etablert tilbud om delfinansiering av slik videreutdanning for ansatte i sosial- og helsetjenestene og arbeids- og velferdsetaten. Tilbudet omfatter også ansatte i kriminalomsorgen og politiet. Fylkesmennene forvalter et statlig lønnstilskudd som skal gå til dette utdanningstilbudet. Rusrådgiverne ved Fylkesmannsembetene avgir årlige rapporteringer fra aktivitetene på kompetansehevende tiltak.

Den andre delen er et større prosjekt hjemlet i kompetanseløftet 2015 og kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS. Det heter "Flink med Folk i første rekke" (FFFR) og driftes av KS. Hovedmålet er å øke kvaliteten på tjenestene i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Måltallet er 215 kommuner. Ledelsesutviklingsprosjektet "Flink med folk i første rekke" omfattet i 2009 til sammen 133 kommuner, hvorav 15 kommuner hadde flere prosjekter. "Flink med folk i første rekke" er delt inn i to prosjekter, et inn mot fagfeltet psykisk helse og rus, som avsluttes i 2010, og et prosjekt innen kompetanseplanslegging og kompetanseutvikling, som avsluttes i 2011. Flertallet av kommunene satser på å styrke kompetansen på tverrfaglig ledelse innenfor psykisk helse og rus. Det ble i 2009 iverksatt evaluering av Flink med folk i første rekke. Endelig sluttrapport vil foreligge våren 2012.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.2.4 Øke kurstilbudet til leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo

Ved siden av forskningsvirksomheten skal SERAF også være en akademisk base for undervisning og generell kunnskapsutvikling på rusfeltet. Faglig formidling utgjør en sentral del av SERAFs virksomhet. Senterets faglige formidling i 2009 besto blant annet av videre- og etterutdanning av leger og psykologer og andre yrkesgrupper og undervisning og veiledning av første kull masterstudenter i masterprogrammet i psykososialt arbeid. SERAF har også vært vertskap og bidratt ved en rekke konferanser og seminarer.

Masterprogrammet i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer ble åpnet 7. september i 2009. Programmet hadde 231 søkere totalt. Av disse ble 66 tilbudt plass. Til studieretning rus var det 71 søkere, derav 49 kvalifiserte og 22 som ble tatt opp. SERAF samarbeider med Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSFF), og Norsk kompetansesenter om vold og traumatisk stress. (NKVTS) om masterprogrammet. Bakgrunnen for initiativet var behovet for et bredt tverrfaglig undervisningstilbud innen psykososialt arbeid, med mulighet for faglig fordypning og spesialisering. Mastergradsprogrammet i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer er tverrfaglig sammensatt og forankret ved Institutt for sykehusmedisin ved Det medisinske fakultet. Studiet er organisert som et deltidsstudium med 120 studiepoeng fordelt på 3 år. Det tas sikte på at studiet vil ha omkring 50 studenter ved hvert opptak. Programmet tilbyr tre studieretninger: selvmordsforebyggende arbeid, rus- og avhengighetsproblematikk og vold og traumatisk stress.

Videre- og etterutdanning: I 2009 holdt SERAF en rekke kurs som del av videre- og etterutdanningstilbudet. I løpet av året benyttet 170 deltakere seg av kurstilbudet. Kursene hadde et bredt faglig nedslagsfelt, og deltakernes yrkesmessige bakgrunn var variert. Leger, sykepleiere og psykologer var de tre største gruppene. Eksempler på kurs er kurs i rusmiddelmedisin, evaluerings- og utredningsinstrumentet ADAD, spilleavhengighet, 12-trinnsbehandling og rus og psykiatri.

Regionale kurs: SERAF startet i 2009 arbeidet med å utvikle regionsvise kurs i rusmedisin. Hovedformålet er å etablere regionale kurspakker innen rus- og avhengighetsproblematikk, som skal tilbys de regionale kompetansesentrene for å øke kompetansen og gjøre kurstilbudet mer tilgjengelig for allmennleger i de ulike regionene. I 2009 ble det avholdt ett kurs i Bergen i samarbeid med Hordaland legeforening og Bergensklinikkene. SERAF har utarbeidet kurs som vil bli holdt i Midt-Norge i september 2010 i samarbeid med KoRus-Midt og Fylkesmannsembetene for fylkene i Midt-Norge. For at kursene skal bli mest mulig tilgjengelige tilbyr SERAF digitale kursverktøy og såkalt web-casting som gjør det mulig å nå flere deltakere.

Seminar: SERAF har arrangert og vært delansvarlig for en rekke nasjonale og internasjonale seminarer. Eksempelvis ble det arrangert konferanse om "Prescription drug abuse" høsten 2009. I tillegg avholdes det faste nasjonale LAR-møter, forskningsforum og brukerforum.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.2.5 Styrke helsefaglig kompetanse om rusproblematikk og øke rekruttering av personell i tverrfaglig spesialisert behandling

Rusreformen ble evaluert av International Research Institute of Stavanger (IRIS) (2006). I følge rapporten er både helsefaglig og sosialfaglig kompetanse styrket etter reformen. Samtidig viste Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialisert behandling i 2006 at det var avvik knyttet til blant annet manglende kompetanse. Kompetansen på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk må styrkes ytterligere.

I tverrfaglig spesialisert behandling har det vært en betydelig økning i medisinsk personale. Det har også vært en økning i sosialfaglig og pedagogisk personale. I 2008 var det ifølge SAMDATA 9 %, eller 310, flere årsverk i TSB sammenlignet med 2007. Denne økningen var både innen helse- og sosialfag. Videre ble de regionale helseforetakene, gjennom oppdragsdokumentet, bedt om å styrke den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.2.6. Øke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak (2010)

Statistisk sentralbyrå publiserte våren 2009 en rapport om sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester, basert på data fra levekårsundersøkelsen (SSB 2009/6). Rapporten viser blant annet at bruk av helsetjenester er sosialt betinget i alle grupper av befolkningen med tilnærmet samme behov for helsetjenester. Tjenestebruken varierte særlig etter utdanning, men også dels etter inntekt og sosioøkonomisk status.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.2.7 Utvikle en informasjonskanal om rusproblematikk for leger (2010)

2.2.8 Utvide tilbudet om opplæringstiltak for ufaglærte (2010)

2.3 STYRKE KVALITETEN PÅ TJENESTENE

Kvaliteten og innholdet i tjenestene skal styrkes. For å sette standard for kvalitet skal faglige retningslinjer og veiledere utarbeides og tas i bruk, behov skal kartlegges og tjenester og tiltak evalueres. Den enkelte rusmiddelavhengige skal få bedre oppfølging i kommunene, og tjenestene skal i større grad se sammenhengen mellom psykiske lidelser, sosial mestring, inkludering og rusmiddelproblemer.

Følgende ti tiltak skal bidra til å styrke kvaliteten på tjenestene:

- TILTAK
- Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene for å bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene
 - Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser
 - Utarbeide veileder for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering
 - Evaluere bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke
 - Evaluere og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid
 - Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene
 - Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggingsverktøy for kommunale tjenester (2010)
 - Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (2010)
 - Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (2010)
 - Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (2010)

Oppsummering

Det er allerede mye godt og langsiktig arbeid i gang for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det er imidlertid viktig ikke bare å fremskaffe kunnskap til bruk i tjenestene, men også å legge til rette for at fagfeltet skal ta i bruk denne kunnskapen. Forskning viser at det er krevende å implementere ny kunnskap og skape ny praksis. Seks av ti tiltak var i gang i 2009. For å styrke kvaliteten på og innholdet i kommunalt rusarbeid er det ansatt 19 rusrådgivere fordelt på de 18 fylkesmannsembetene. Rusrådgiverne skal bidra til iverksetting og gjennomføring av opptrappingsplanen i kommunene. Sammen med kompetansesentrene - rus har de sentrale oppgaver med å innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene, og kommunene skal tilbys opplæring i internkontroll og kvalitetssystemer. Fagutvikling skal også bygge på kartlegginger og evalueringer. Tilskudd til kommunalt rusarbeid er under evaluering. Det samme gjelder evaluering av bruken av tvang/tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke.

Helsedirektoratet utarbeider en serie med retningslinjer og veiledere for rusfeltet, hvor hensikten er å bidra til mer kunnskapsbasert praksis. Veilederen *Fra bekymring til handling* og veileder for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling og retningslinjer for opioidavhengige er ferdige (ikke alle disse retningslinjene og veilederen er omtalt under dette delmålet, men andre steder i rapporten.) Flere er under utarbeidelse. Det gjelder for eksempel retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser og retningslinjer for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering og barna deres. Flere andre retningslinjer skal utarbeides senere.

For å skape gode tjenester trenger vi kunnskap om hvordan de fungerer. Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige er under evaluering av Rokkansenteret, på oppdrag fra Helsedirektoratet. I rapporten *Grenser for tvang*, som er første del i evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3, har de sett på sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Denne delrapporten viser blant annet at bosted kan avgjøre om en rusmiddelavhengig person i Norge får tilbud

om frivillig behandling for rusmisbruket sitt eller om sosialtjenesten foreslår tvangsinnleggelse. Den endelige rapporten kommer i 2010.

Kvalitets- og kompetanseløftet skal skje gjennom hele opptrappingsplanperioden. I løpet av 2009 og 2010 har Helsedirektoratet i oppdrag å lage veiledere for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling, veileder for kommunalt rusarbeid og retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling. Utarbeidelse av retningslinjer og veiledere er et langsiktig arbeid. I tillegg skal Helsedirektoratet i samarbeid med fylkesmennene legge til rette for helhetlig kvalitetsutvikling og opplæring i internkontroll. Fylkesmennene vil også være sentrale aktører i å innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene.

Under følger en kort status for tiltakene som ble startet i 2009.

2.3.1 Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene for å bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene

Det er ansatt 19 rusrådgivere fordelt på landets 18 fylkesmannsembeter. Rusrådgiverne er godt etablert i embetene og er en viktig ressurs i innsatsen med å iverksette opptrappingsplanen for rusfeltet.

Sentrale oppgaver for rusrådgiverne er å samordne rusarbeidet i kommunene, forvalte tilskudd til kommunalt rusarbeid og styrke og videreutvikle kompetanse. Fylkesmannen har i tillegg oppgaven med å følge opp forsøket med koordinerende tillitspersoner. Fylkesmennene legger til rette for kompetanseutviklingstiltak i kommunene, og de forvalter blant annet midler til videreutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen. I samarbeid med kompetansesentrene rus (KoRus) arrangeres det regionale rusfora og -samlinger. Fylkesmannen samarbeider også med KoRus om andre oppgaver, som rusmiddelpolitiske handlingsplaner, kompetanseutviklingsplaner for kommunene mv. Fylkesmannen gjør også en innsats for at kommunene i større grad skal ta i bruk individuell plan og brukermedvirkning. Fylkesmannens arbeid må ses i sammenheng med arbeidet innen psykisk helse, helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløftet

2015 og NAV, herunder boligsosialt arbeid og kvalifiseringsprogrammet. Rambølls evaluering av tilskudd til kommunalt rusarbeid fremhever fylkesmannens rolle og betydning, særlig med henblikk på forvaltning av tilskudd og faglig oppfølging av kommunene (se Kap 763 post 61 for nærmere omtale). Rusrådgiverne har god lokalkunnskap og har etablert en solid kontaktflate mot kommunene. Rapporter viser at de har en bred og mangfoldig tilnærming og valg av tiltak og oppfølging overfor kommunene. Fylkesmannen vil i 2010 ha stor oppmerksomhet på å slutføre oppgaver knyttet til Opptrappingsplanen for rusfeltet. Fylkesmannen har også i 2009 hatt oppgaven med å forvalte tilskudd til kommunalt rusarbeid, herunder å gjøre den nye innretningen på ordningen kjent for kommunene.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.3.2 Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser

Behovet for retningslinjer overfor denne målgruppen er beskrevet både i St. prp. 1 (2006–2007) og i Opptrappingsplanen for rusfeltet. Pasientmålgruppen er mennesker med samtidig alvorlig/moderat psykisk lidelse og ruslidelse. Målgruppene for retningslinjene er ansatte i psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling, NAV, kriminalomsorgen, kommunene m.fl. Retningslinjene vil blant annet komme med anbefalinger om bruk av kartleggingsverktøy for å avdekke problemfylt bruk av rusmidler i psykisk helsevern, og for å avdekke psykiske lidelser blant pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling. I tillegg vil det komme anbefalinger om behandling og oppfølging av pasientgruppen. Retningslinjene skal bidra til at tjenesteytere får bedre kunnskap om begge tilstander, at utredningen og diagnostiseringen gjøres ved hjelp av standardiserte verktøy og at den psykiske lidelsen og ruslidelsen behandles helhetlig. Arbeidet er i gang, og retningslinjene vil være tilgjengelige for fagfeltet primo 2011 sammen med en plan for kompetanseheving på utvalgte områder. Kompetansesenter rus - region øst (KoRus-øst) har dobbeldiagnose som et av sine spiss-

kompetanseområder, og har et spesielt oppdrag med å bistå direktoratet i implementeringen av retningslinjene. KoRus-øst har utført en undersøkelse i TSB og psykisk helsevern om gapet mellom anbefalte kartleggingsinstrumenter og behandlingsmetoder og praksis. Funnene fra undersøkelsen brukes blant annet for å lage opplæringspakker for de ulike deler av tjenestene.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.3.3 Utarbeide veileder for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering

Disse retningslinjene skal gi nasjonale entydige og kunnskapsbaserte anbefalinger for behandlingen og oppfølgingen av gravide LAR-pasienter i svangerskapet og under innleggelse på sykehus, og for oppfølging/behandling av barnet og familiene fra fødsel og frem til skolealder. Det er etablert en bredt sammensatt prosjektgruppe, der ulike relevante yrkesgrupper, nivåer i tjenesteapparatet, regioner og synspunkter er representert. Målgruppen for retningslinjene er ansatte i helse-, sosial og barneverntjenesten i kommunene, ansatte i spesialisthelsetjenesten som kommer i berøring med denne problematikken, samt LAR-pasienter og beslutningstakere. Retningslinjearbeidet er inne i en avsluttende fase. Det er foretatt bred kunnskapsinnhenting, og det har vært avholdt 14 prosjektgruppemøter, 4 referansegruppemøter, flere møter med barneavdelinger på sykehus og brukerrådslag. Retningslinjene vil være tilgjengelig for fagfeltet 2010/2011.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.3.4 Evaluere bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke

Det er iverksatt en bred og omfattende evaluering, som inkluderer alle instanser som er involvert i saksgangen og gjennomføringen av tvangsoppholdet. Det overordnede målet med evalueringen er å få dokumentert og belyst både erfaringer med og praktiseringen av sosialtjenestelovens §§ 6–2, 6–2a, 6–3, samt 6–1a. Sentrale spørsmål å få

besvart ved evalueringen er a) hvordan blir bestemmelsene forstått, b) hvordan blir de praktisert og c) oppnår man formålet med reglene? Evalueringen skal bidra til å belyse utviklingen av bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige siden innføringen av reglene om tvang ble vedtatt. Rokkansenteret utfører evalueringen og leverte en delrapport i oktober 2009. I rapporten *Grenser for tvang*, som er første del av evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3, har de sett på sosialtjenestens rolle i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Delrapporten viser blant annet at det eksisterer betydelige og bekymringsfulle variasjoner i hvordan sosialtjenesten forvalter tvangslovgivningen. Rapporten bekrefter også tidligere kunnskap om at unge jenter er overrepresentert når det gjelder bruk av tvang, til tross for at det er en overvekt av menn i det tunge rusmisbruksmiljøet. Helsedirektoratet vil i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet vurdere tiltak når den endelige evalueringen er ferdig i 2010. De fire tilskuddsordningene til kommunalt rusarbeid evalueres. Flere rapporter er levert, og endelig evaluering vil foreligge i 2010. Tilskudd til kommunalt rusarbeid vil bli samlet i en ordning for 2010.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.3.5 Evaluere og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid

Høsten 2009 ble det, i tråd med Statsbudsjettets føringer, arbeidet med ny innretning og ytterligere målretting av tilskuddsordningene. De tidligere ordningene LAR, LAV og STYRK er slått sammen til én tilskuddsordning med virkning fra 2010; "Tilskudd til kommunalt rusarbeid". Hovedformålet med ordningen er økt kapasitetsoppbygging (årsverk) i det kommunale rusarbeidet. Rambøll Management har evaluert tilskuddsordningene LAR og STYRK, og endelig rapport fra evalueringen vil foreligge i mars 2010. Tilskuddsordningen LAV ble evaluert av SINTEF Helse i 2008.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.3.6 Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene

Det er etablert rusfaglige fora i det enkelte fylkesmannsembete, som sikrer løpende kontakt med kommuner som mottar tilskudd til kommunalt rusarbeid og bidrar til at erfaringer deles. Disse foraene er også åpne for kommuner som pr. dags dato ikke mottar tilskudd. Minstekravet fra Helsedirektoratet er at det arrangeres minst én gang pr. år. I en del fylker avholdes faglige rusfora flere ganger i året. I tillegg arrangerer embetene, hver for seg eller i samarbeid med andre embeter og/eller kompetansesentrene, en rekke fag- og metodekurs for ansatte i kommunene. Her kan nevnes prosessgrupper, opplæringstilbud, nettverksamlinger, samarbeid med brukerorganisasjonene, kriminalomsorgen med flere. I tillegg arrangeres seminarer, konferanser og møter i det enkelte fylket. Det enkelte fylkesmannsembetet har mer informasjon om det regionale tilbudet.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.3.7 Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggingsverktøy for kommunale tjenester (2010)

2.3.8 Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (2010)

2.3.9 Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (2010)

2.3.10 Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (2010)

2.4 BEDRE DOKUMENTASJON OG STATISTIKK

Opptrappingsplanen påpeker at eksisterende data for rusfeltet ikke gir god nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Det skal derfor iverksettes bedre systemer for rapportering, statistikk og dokumentasjon.

Følgende fire tiltak skal bidra til å bedre dokumentasjon og statistikk:

TILTAK

- Innføre bedre styringssystem – statistikk, dokumentasjon, rapportering – i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Etablere et personidentifiserbart Norsk pasientregister
- Kartlegge behov og ressursbruk på rusfeltet
- Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

Oppsummering

Alle tiltak var i gang i 2009. For å fremskaffe bedre oversikt over behovene og den totale ressursbruken på rusfeltet er en rekke relevante tiltak gangsaatt. Det er etablert et personidentifiserbart Norsk pasientregister med virkning fra 2009. SIRUS skal bistå med kunnskap om udekkede behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer. Det arbeides for å få rus inn i eksisterende fagsystemer i kommunene, og det pågår forskning på helsetjenesten, som vil kunne gi verdifull kunnskap. Under følger en kort orientering om status for disse tiltakene. Det pågår også et arbeid med måle-/kvalitetsindikatorer. Dette er et langsiktig arbeid som vil bli omtalt i neste års rapportering.

2.4.1 Innføre bedre styringssystem – statistikk, dokumentasjon, rapportering – i kommunene og spesialisthelsetjenesten

God statistikk er grunnlaget for behovstilpassede og målrettede tjenester og for styringsinformasjon til myndigheter, tjenesteytere og forskere. Det er allerede igangsatt rapportering vedrørende ventetids- og aktivi-

tetsdata til Norsk Pasientregister, samt administrative data til Statistisk Sentralbyrå. Institusjoner som tilbyr tværfaglig spesialisert rusbehandling startet rapportering av pasientdata (situasjon ved behandlingsstart) til NPR våren 2009. NPR har utarbeidet en registreringsveileder for å legge til rette for god og entydig rapportering fra institusjonene.

Det er noe mer komplisert å få nøyaktig oversikt over omfanget av rusproblematikk i kommunene, fordi det i hovedsak registreres tjenester som er ytt etter behov og ikke etter diagnose, og fordi det er flere tjenester som er i kontakt med rusmiddelmissbrukere. Data som gir kunnskap om hvilke problemer det gjelder og hvem brukerne er, er ikke tilgjengelig pr i dag. Kommunenes ressursbruk overfor målgruppene er også vanskelig å innhente, da ressurser er knyttet til tjenesteområder og i svært liten grad kan spores til innsats overfor bestemte målgrupper/ problem. På kort sikt kan dette innhentes gjennom en form for kartlegging/ surveyundersøkelse i samarbeid med et utvalg kommuner.

Helsedirektoratet har satt i gang flere tiltak for å fremskaffe mer solide data om tjenester til rusmiddelmissbrukere. I 2008/2009 ble behovet for informasjon på lokalt og nasjonalt nivå kartlagt i samarbeid med et utvalg på 11 kommuner i tillegg til KS og SSB. Prosjektet viste muligheter og problemer knyttet til innhenting av data. Resultatene var tydelige. Registreringer vedrørende rusproblematikk bør i størst mulig grad være en del av de ordinære fagsystemene som brukes for å få best mulig kvalitet i data og unngå tidkrevende etterregistreringer og mer usikre anslag.

Gjennom uttrekk fra fagsystemene muliggjøres god kvalitet i data, da registrering inngår i journal og registreres som del av løpende saksbehandling. Informasjon knyttet til tjenestemottakere vil da kunne hentes ut og nyttes til statistikk. Dette arbeidet ble fulgt opp i et nytt prosjekt som så på mulighetene for å få til mer enhetlige registreringer og rapportering basert på fagsystemene. Sluttrapporten viser muligheter knyttet til kommunens fagsystemene som benyttes i på tjenesteområdene pleie- og omsorg, sosiale tjenester/rustjenester og helsestasjon og skolehelsetjenestene.

Arbeidet vil bli fulgt opp ved å vurdere felles datasett (kjernesett) som sikrer ensartet bruk av koder og definisjoner ved journalføring i møte med tjenestemottakere/klienter. Når det gjelder informasjon om årsverk knyttet til fagområdene rus og psykisk helsearbeid arbeides det med videreutvikling av personellrapportering fra register. Her gjenstår en rekke tiltak for å bedre kvaliteten i bruk av koder for utdanning og yrke samt å få en bedre praksis knyttet til kommunenes registrering av enheter for rus eller psykisk helsearbeid i Enhetsregisteret.

Målet for arbeidet er på sikt å kunne hente ut mer informasjon fra register som del av KOSTRA rapporteringen.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.4.2 Etablere et personidentifiserbart Norsk pasientregister

Norsk pasientregister inneholder informasjon om alle pasienter som venter på, eller som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Registeret ble etablert i 1997. I februar 2007 vedtok Stortinget å endre helseregisterloven for å etablere et personidentifiserbart, kryptert Norsk pasientregister. Dette vil være en viktig datakilde for forskning og ikke minst for å få vite mer om den enkelte pasient som er i behandling, noe som kan brukes for å skape enda bedre og tilpassede tjenester. Man vil også kunne se dette i sammenheng med det som gjøres innen somatikk og psykisk helse. Se punktet over for mer info om norsk pasientregister og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.4.3 Kartlegge behov og ressursbruk på rusfeltet

Behov og ressursbruk på rusfeltet omfatter både behov for helse- og sosialtjenester og behov for tjenester fra for eksempel tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) skal blant annet bidra til å øke kunnskapen om rusmiddelbrukeres behov for helse- og sosialtjenester og vil i 2010 særlig prioritere forskning om rusmiddelbrukernes behov for tjenester. I tillegg har

SIRUS i samarbeid med Stiftelsen Bergensklinikkene utarbeidet den siste rapporten for 2008 fra det nasjonale pasient- og klientregistreringssystemet. Fra 2010 vil behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere innenfor spesialisthelsetjenesten rapportere til Norsk Pasientregister på lik linje med somatisk og psykiatrisk helsetjeneste. Mulighetene for å bruke data til styringsformål og forskning vil etter dette være langt større, men foreløpig begrenset til informasjon fra spesialisthelsetjenestene. Helsedirektoratet har påbegynt et utredningsarbeid for å fremskaffe bedre rusdata fra kommunene, og det arbeides for å få inn rus i eksisterende fagsystemer. Helsetjenesteforskning er sentralt også i SERAF, hvor det ses nærmere på betydningen av organisatoriske forhold og reformer for behandling og forebygging av rusmiddelproblemer. Her vil man blant annet sette fokus på samarbeidsrelasjonene mellom forvaltningsnivåene som arbeider med rusrelaterte problemstillinger.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.4.4 Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Helsedirektoratet laget et forslag til et nytt rammeverk for utvikling av nasjonale indikatorer. Det endelige forslaget til rammeverk vil bli levert Helsedirektoratet i juni 2010 og deretter sendt på ordinær høring. Rapporten vil danne bakgrunn for å igangsette arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for rusfeltet.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.5 HEVE KVALITETEN I FRIVILLIG SEKTOR

Frivillige og private organisasjoner har en viktig rolle når det gjelder både forebygging, behandling og omsorg innen selvhjelps- og brukerorganisasjoner.

Støtten til dette arbeidet skal fortsette, og det skal legges til rette for at frivillig sektor også kan ta del i kvalitetsløftet for rusfeltet.

Det er fem tiltak som skal iverksettes under dette delmålet. I tillegg er det flere tiltak under hovedmål fem som har relevans for frivillig sektor, for eksempel innen selvhjelp, økt brukermedvirkning og bedre samarbeid med pårørende.

Tiltakene som skal iverksettes under dette delmålet, henger tett sammen:

TILTAK

- Målrrette tilskuddene til de frivillige organisasjonene
- Evaluere tilskuddsordningen til tjenesteytende frivillige organisasjoner på rusområdet
- Følge opp tilsyn og internkontrollforskrift for private rusinstitusjoner
- Oppsummere og spre erfaringer fra de frivillige organisasjonene (2009/2010)
- Styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører og vurdere partnerskapsmodeller (2009/2010)

Oppsummering

Tre av tiltakene ble iverksatt i 2009 mens to skal avventes til evalueringen er i gang/utført. Det er gjennomført en internevaluering av frivillig rusforebyggende arbeid, og på bakgrunn av dette har man målrettet tilskuddene. Det pågår en evaluering av tilskuddsordningen Kap 761 post 70, som omhandler tiltak for rusmiddelavhengige og prostituerte. I kjølvannet av denne evalueringen vil Helsedirektoratet, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, foreslå tiltak for å videreutvikle

og målstyre denne tilskuddsordningen. Riksrevisjonen har gjennomført revisjon av "oppfølging og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige" og for private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak har Helse- og omsorgsdepartementet skjerpet kravene om betydningen av internkontroll.

Under følger en kort status for delmål 2.5.

2.5.1 Målrette tilskuddene til de frivillige organisasjonene

Det er flere tilskuddsordninger for frivillige organisasjoner i Helse- direktoratet. Tilskudd til forebyggende rusarbeid (Kap 718 post 70) har vært gjennom en internevaluering, og det er, i dialog med berørte organisasjoner, utarbeidet et nytt regelverk for å målrette tilskuddet. Det arrangeres årlige konferanser for og med organisasjonene, hvor man drøfter og sprer erfaringer. På www.forebygging.no kan man blant annet finne opplysninger om arbeidet som gjøres i regi av disse organisasjonene.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

2.5.2 Evaluere tilskuddsordningen til tjenesteytende, frivillige organisasjoner på rusområdet

Helsedirektoratet gir tilskudd til «Frivillig arbeid for personer med rusmiddelproblemer og prostituerte» (Kap 763 post 71), og denne ordningen har blitt evaluert av International Research Institute of Stavanger (IRIS) i samarbeid med Rokkansenteret. IRIS leverte en halvveisrapport medio 2009, og sluttrapporten kommer våren 2010. Helsedirektoratet presenterer evalueringen for de frivillige organisasjonene på et seminar våren 2010 og vil deretter starte arbeidet med å målrette tilskuddsordningen og spre erfaringer. Da vil man også vurdere hvilke partnerskapsmodeller som er best egnet til å styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

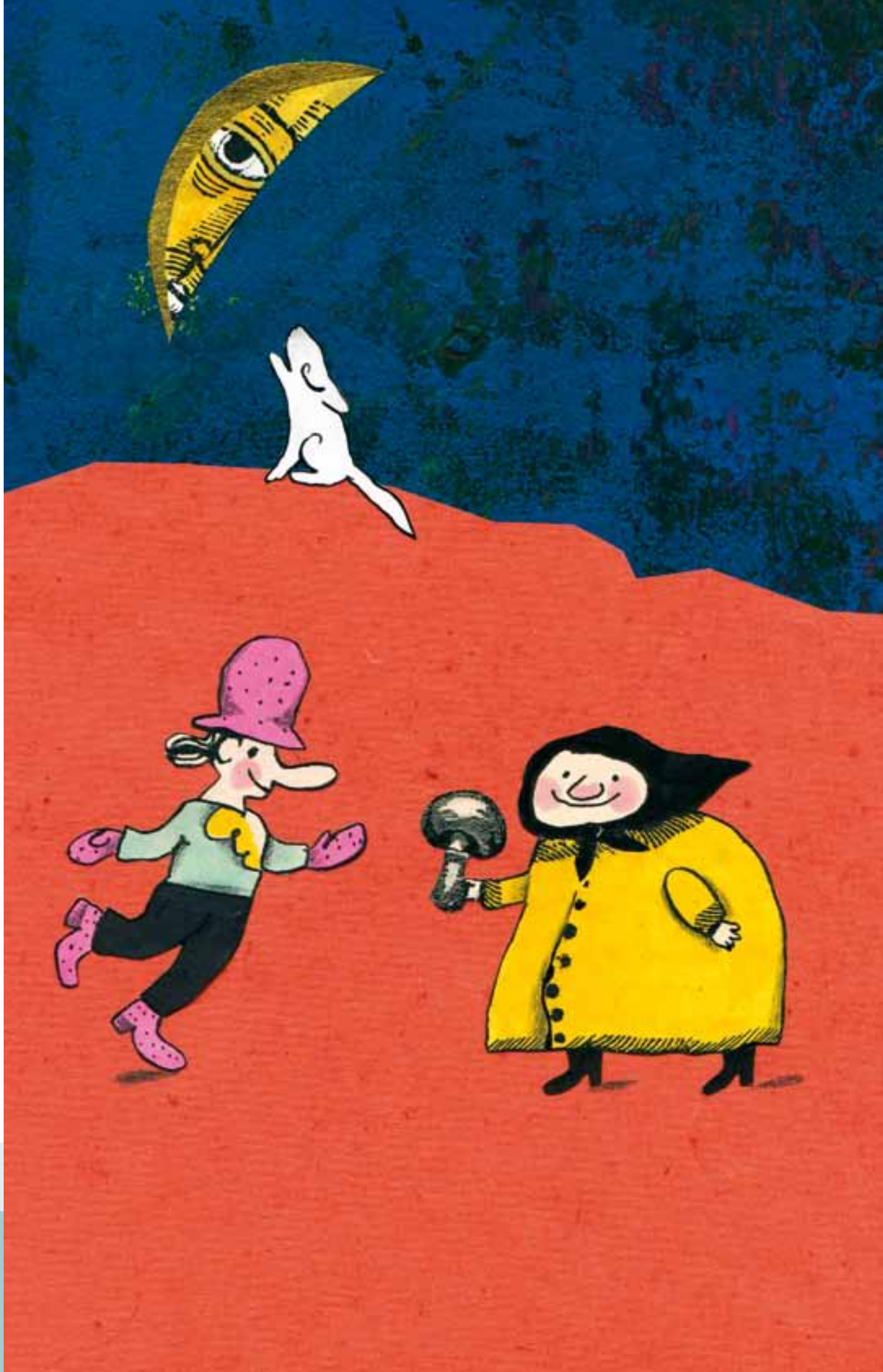
2.5.3 Følge opp tilsyn og internkontrollforskrift for private rusinstitusjoner

Det er innført internkontroll og tilsyn også for virksomheter på rusfeltet som ikke var omfattet av rusreformen. Statlig tilsyn med private virksomheter er nå regulert på samme måte som tilsynet med offentlige tiltak. I tillegg er internkontrollforskriften endret slik at private institusjoner og private boliger med heldøgnsomsorgstjenester er pålagt en selvstendig plikt til internkontroll. Helsetilsynet i fylkene følger opp rundskriv I-5/2006 ved systemrevisjoner og enkelttilsyn overfor private institusjoner. Riksrevisjonen har gjennomført revisjon av ”oppfølging og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige”, og for private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak har Helse- og omsorgsdepartementet skjerpet kravene om betydningen av internkontroll.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

2.5.4 Oppsummere og spre erfaringer fra de frivillige organisasjonene (2010)

2.5.5 Styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører og vurdere partnerskapsmodeller (2010)





MER TILGJENGELIGE TJENESTER

Ambisjonen er at tjenestene skal bli mer tilgjengelige gjennom opptrappingsplanen. Alle personer med rusmiddelavhengighet skal møtes med det utgangspunktet at de har behov for akutt hjelp. Personer med rusmiddelavhengighet må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Det skal opprettes flere behandlingsplasser, og det kommunale rusarbeidet skal styrkes med mer individuell oppfølging, lavterskeltiltak og oppsøkende tjenester. Tjenestene skal bli mer tilgjengelige for de ca. 60 % av innsatte i norske fengsler som har rusmiddelproblemer. Det nye kvalifiseringsprogrammet for ulike utsatte grupper skal bidra til at flere av de som står langt fra arbeidsmarkedet kommer i arbeid. Vi skal også bli bedre til å fange opp barn og unge som viser tegn til problemer.

For å sikre mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering beskriver opptrappingsplanen 39 tiltak/satsingsområder som skal bidra til å oppfylle fem delmål. Disse delmålene er:

DELMÅL

1. Tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester for barn og unge
2. Styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene
3. Styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet
4. Styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk
5. Bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte

3.1 TIDLIG INTERVENSJON OG MER TILGJEN- GELIGE TJENESTER FOR BARN OG UNGE

Tjenesteapparatet skal være tilgjengelig for barn og unge som er særlig risikoutsatte når det gjelder å utvikle rusmiddelproblemer. I opptrapningsplanen skal det satses på tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

Følgende seks tiltak skal bidra til tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester for barn og unge:

- TILTAK
- Styrke kompetansen i kommunene blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet
 - Heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og ungdom
 - Styrke kommunenes lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet
 - Innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år
 - Sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter (2009/2010)
 - Kartlegge omfang av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging (2009/2010)

Oppsummering

Fire av tiltakene var i gang i 2009. Det er ansatt én sentral og fem regionale koordinatore i regi av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som skal veilede kommunene og implementere kartleggingsverktøy i barneverntjenesten, blant annet er det utviklet en opplæringspakke til medarbeidere i tjenesten. Veilederen *"Fra bekymring til handling"* ble lansert høsten 2009 og er et viktig bidrag til satsing på tidlig intervensjon gjennom å være en handlingsveileder til tjenesteansatte og ledere. I tillegg er ca 25 metodeutviklende tidlig intervensjonsprosjekter igang-



satt i ulike kommuner. Hovedsakelig er prosjektene rettet mot risikoutsettelse 11–23 år, barn av rusmisbrukende foreldre og psykisk syke og tidlig intervensjon overfor gravide/sped- og småbarnsforeldre.

Lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet er styrket blant annet gjennom tilskuddsordninger til kommunalt rusarbeid og tilskudd til for eksempel ACT-team. Det er innført ventetidsgaranti, som skal sikre at barn og unge under 23 år med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser, ikke skal vente mer enn 10 dager på å få søknad om hjelp vurdert, og ikke mer enn 65 dager på behandling.

I 2010 skal det utføres en kartlegging av omfanget av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging. Man vil gjennomgå eksisterende kartlegginger for å vurdere hvorvidt det er behov for å utføre ytterligere kartlegginger. Et annet tiltak som skal settes i gang, er å sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter.

Under følger en kort status for de iverksatte tiltakene.

3.1.1 Styrke kompetansen i kommunene blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet

I regi av Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet er det ansatt en sentral koordinator i Barne- ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) og fem regionale koordinatorene, én i hver region i Bufetat. De har blant annet som sin oppgave å veilede kommunene og implementere kartleggingsverktøy til bruk i barneverntjenesten. I 2009 arbeidet Barne-, ungdoms og familiedirektoratet videre med å utvikle en opplæringspakke til medarbeidere i tjenesten, blant annet ble kartleggingsverktøyet Eurodad utprøvet ved enkelte institusjoner. Implementeringen evalueres, og det skal deretter vurderes om dette skal innføres ved alle institusjoner. Bufdir skal arbeide for å utvikle et forskningsbasert tilbud til de i barnevernet som har et uttalt rusproblem.

Ansvarlig: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet

3.1.2 Heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og ungdom

Helse- og omsorgsdepartementet ønsket en strategi rettet mot ansatte i tjenesteapparatet med formål å avdekke og hjelpe personer med symptomer på mulig utvikling av rusmiddelproblemer på et tidligere tidspunkt enn i dag.

Helsedirektoratet har tidligere utarbeidet rapporten *Tidlig intervensjon på rusområdet* (IS-1455, 2007) og kunnskapsoppsummeringen *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering* (2007), som ble utført av IRIS på oppdrag fra Helsedirektoratet. Rapporten peker på åtte prioriterte satsingsområder, hvor følgende fire målgrupper er prioritert: Barn av foreldre med rusproblemer og psykisk lidelse, risikoutsatt ungdom, ungdom innlagt med alkoholintoksikasjon og gravide. Følgende fire arenaer ble prioritert; skolen, fastlegen, sykehuset og arbeidslivet.

Veilederen *"Fra bekymring til handling"* ble utarbeidet og lansert høsten 2009 og er et viktig bidrag til tidlig intervensjonssatsingen gjennom å være en handlingsveileder til tjenesteansatte og ledere. Den gir råd om hva som skal gjøres når ansatte er bekymret for at et barn, en ungdom eller voksen kan ha et begynnende rusproblem. Den legger særlig vekt på tidlig oppdagelse av risikofaktorer og hvilke beskyttelsesfaktorer som bør styrkes gjennom tidlig intervensjon for å dempe eller hindre problemutvikling.

Helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene har midler til tidlig intervensjonsprosjekter som er i tråd med satsingsområdene i rapporten. Det var pr. desember 2009 ca. 25 metodeutviklende tidlig intervensjonsprosjekter igangsatt i ulike kommuner. Hovedsakelig er prosjektene rettet mot risikoutsatt ungdom 11–23 år, barn av rusmisbrukende foreldre og psykisk syke og tidlig intervensjon overfor gravide / sped- og småbarnsforeldre.

Høsten 2009 begynte implementeringsplanleggingen. De sju regionale kompetansesentrene ansatte en konsulent hver til dette arbeidet og

regionale framdriftsplaner for implementeringen skal være klare til februar 2010.

Ansvar: Helsedirektoratet, (Veileder utformet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Politidirektoratet, og Barne-, ungdom og familiedirektoratet.)

3.1.3 Styrke kommunenes lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet

Tilskuddsordningene til kommunalt rusarbeid var betydelig styrket i statsbudsjettet for 2009 og har blitt styrket ytterligere for 2010. Kommunalt rusarbeid besto i 2009 av fire ulike ordninger, som skulle stimulere til økt innsats, metodeutvikling og mer treffsikre tilbud i kommunene; lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, oppfølging av LAR-pasienter og styrking av kommunenes helhetlige tjenestetilbud. Den fjerde ordningen er en forsøksordning med koordinerende tillitspersoner i 30 kommuner og varer ut 2011. Tilskuddsordningen vil for 2010 bli endret ved at de ulike ordningene blir slått sammen til én ordning – tilskudd til kommunalt rusarbeid, hvor hovedformålet er oppbygging av kapasitet i kommunene med fokus på kvalitet og kompetanse i rusarbeidet. Gjennom tilskuddene skal flere få individuell plan med helhetlig oppfølging både før, under og etter institusjonsopphold eller fengsel. Sosial inkludering og reduksjon av tilbakefall er også viktige mål. Tilskuddene har til hensikt å gi rusmiddelavhengige tett oppfølging og veiledning gjennom hjelpeapparatet. Det er iverksatt tiltak for målgruppen i alle landets fylker. Det skal utvikles tjenester som er tilgjengelige og tilpasset brukergruppens behov, slik som oppsøkende og ambulante tjenester. Kommunene kan søke fylkesmennene om tilskudd. Arbeidet skal ses i lys av satsingen på psykisk helse, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og Regjeringens innsats for å redusere fattigdom og ny organisering av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Eksempelvis bidrar utbygging av ACT-team sterkt til å styrke oppsøkende virksomhet i kommunene.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.1.4 Innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år

For å sikre at barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år får nødvendig helsehjelp når de trenger det er det innført en særskilt ventetidsgaranti fra 1. september 2008. Ventetidsgarantien skal sikre at ingen med rett til nødvendig helsehjelp skal vente mer enn maksimalt 65 virkedager på behandling, og alle får rett til en vurdering innen maksimalt 10 virkedager etter at henvisning fra fastlegen er mottatt av spesialisthelsetjenesten. Resultatet viser at 90 % av pasientene i denne målgruppen fikk vurdert henvisningen innen ti virkedager i 3. tertial 2008. Dette er en økning på 7 % sammenlignet med situasjonen før innføring av garantien. Også fristtiden for henvisning, altså oppstartdato for behandling, er økt. 14 % flere fikk vurdert sin henvisning innen 65 dager i 3. tertial 2008. I 2. tertial 2009 var gjennomsnittlig ventetid for barn og unge i BUP 76 dager, eller 2 dager lavere enn i tilsvarende periode i 2008. 88 % av de som ble henvist fikk vurdert sin rett til nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist på 10 virkedager.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet.

3.1.5 Sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter (2010)

3.1.6 Kartlegge omfang av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging (2010)



3.2 STYRKE TILBUDET TIL PERSONER MED RUSMIDDELAVHENGIGHET I KOMMUNENE

Flere rapporter har pekt på behovet for langt bedre oppfølging i kommunene. Kommunene er grunnpilaren i velferdstilbudet, og et godt og helhetlig tilbud er en forutsetning for at den enkelte skal få en god rehabilitering. Opptrappingsplanen legger opp til å styrke det kommunale rusarbeidet.

Gjennom 16 tiltak i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, Arbeidsdepartementet, Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdirektoratet skal tjenestene bli mer tilgjengelige og fleksible. Det skal satses mer på sosial inkludering, rehabilitering og nettverksarbeid, samt tettere oppfølging etter opphold i behandlingsinstitusjon og fengsel. For å nå de som ikke oppsøker ordinære tjenester, skal lavterskeltiltak, oppsøkende og ambulansetjenester styrkes. Følgende tiltak skal iverksettes i kommunene for å styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet:

TILTAK

- Innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige i kommunene
- Samle gode eksempler om individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner
- Styrke kommunalt rusarbeid og tverrfaglig oppfølging
- Innføre kvalifiseringsprogram for å styrke innsatsen for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller begrensede rettigheter i folketrygden
- Øke kompetansen og kvaliteten i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning
- Vurdere regelverk og praksis vedrørende skatte- og avgiftskrav
- Videreutvikle det oppsøkende arbeidet
- Evaluere lavterskel helsetiltak og spre erfaringene med lavterskel helsetiltak til andre kommuner

- Videreføre tilskudd til Gatehospitalet, videreutvikle tiltaket og styrke pleie- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige
- Videreutvikle tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige
- Følge opp evalueringen av sprøyterom
- Styrke omsorgstjenestene, herunder rusarbeid, med kompetanse og rekruttering gjennom Kompetanseløftet 2015
- Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, «grønne» lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering
- Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12
- Målrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak
- Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (2009/2010)

Oppsummering

Femten av tiltakene ble påbegynt i 2008/2009, mens et er planlagt startet i 2010. En kort oppsummering av tiltakene som er iverksatt viser at det er ansatt «Koordinerende tillitspersoner» i alle 30 forsøkskommunene. Hensikten er å fremme økt sosial inkludering og livsmestring. Flere skal også få individuell plan. Forsøket følgeevalueres av Rambøll Management. Det er allerede gjennomført evaluering av tilskuddsordningen «Lavterskel helsetilbud», og det pågår en evaluering av STYRK-ordningen, hvor man blant annet får kunnskap om ulike måter å organisere kommunalt rusarbeid på. Arbeidet med å utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid må ses i sammenheng med oppdraget om å lage veileder for kommunalt rusarbeid, som vil bli påstartet i 2010.

Helsedirektoratet samler og formidler gode eksempler på individuell oppfølging gjennom **www.kommunetorget.no** og har også utgitt et



tipshefte med gode praksiseksemples på bruk av Individuell plan. Kommunalt rusarbeid har blitt styrket gjennom en styrking av tilskuddsordninger, og ved ansettelse av rusrådgivere ved alle fylkesmannsembetene. Styrking av kommunalt rusarbeid må også ses i sammenheng med psykisk helsearbeid i kommunene, kvalifiseringsprogrammet og styrking av kommunalt arbeid for øvrig. De frivillige organisasjonene på rusfeltet er også et viktig supplement til tilbudet i kommunene. Dette er omtalt under delmål 2.5.

Kvalifiseringsprogram for utsatte grupper fases inn i takt med etablering av nye NAV-kontorer. Resultatene viser at det var 8459 deltakere i kvalifiseringsprogrammet i 2009. Personer med rusmiddelproblemer er en av målgruppene, så sant de fyller vilkårene som er satt for deltakelse, men det foreligger ikke opplysninger om hvor stor andel disse utgjør. Økonomiske problemer og gjeldsproblemer bidrar til en vanskelig livssituasjon for mange med rusmiddelproblemer. Det gjøres mye for å øke kommunenes kompetanse når det gjelder økonomi- og gjeldsrådgivning og dermed kvaliteten på disse tilbudene. Eksempelvis er det opprettet en egen nettside for økonomi- og gjeldsspørsmål og utviklet et landsdekkende tredelt kompetanseløp om økonomi og gjeld rettet mot kommunene og NAV-kontorene. I oktober 2009 ble en nasjonal økonomirådgivningstelefon åpnet. Telefonen skal gjøre økonomisk rådgivning lettere tilgjengelig og bidra til at personer med betalingsproblemer kommer raskere i gang med å finne en løsning.

Retningslinjene for behandling av skatte- og avgiftskrav ved gjeldsordning og retningslinjene for ettergivelse av skattekrav er endret, slik at det nå er lettere å oppnå gjeldsordning eller ettergivelse.

Lavterskel helsetiltak er viktig for rusmiddelmissbrukere, og ordningen er evaluert i 2008 og styrket i 2009. Det utarbeides et hefte med erfaringer med lavterskel helsetiltak, som vil bli utgitt i 2010. Flere kommuner har også fått særskilte oppdrag med å spre erfaringer. Gatehospitalet er utvidet med en egen kvinneavdeling.

Tannhelsen er gjennomgående dårlig hos rusmiddelmissbrukere. Fylkeskommunene fikk i 2005 ansvar for å gi tilbud om tannhelsetjenester til

rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i døgninstitusjon utover tre måneder. I 2006 ble dette utvidet til å gjelde rusmiddelmissbrukere som mottar tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3, og i 2008 til å gjelde pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Lavterskel helsetiltakene har også hatt anledning til å søke om midler til tannhelse innenfor ordningen lavterskel helsetiltak.

Forsøk med sprøyterom er evaluert og Stortinget har vedtatt at sprøyteromsloven blir permanent fra 23.12.2009. Det er nå opp til kommunene selv å vurdere om de ønsker å etablere sprøyterom innenfor dette regelverket. Det er også lagt bedre til rette for at soning av bøter kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12. Arbeid og aktivitet er en viktig del av det kommunale tilbudet til rusmiddelmissbrukere. Arbeidsdepartementets tilskudd til frivillige for å styrke og utvikle modeller for aktivisering og arbeidstrening ble styrket med 10 millioner kroner i 2009. Også Helsedirektoratet gir tilskudd til en rekke frivillige og ideelle virksomheter som driver med aktivisering av og arbeidstrening for personer med rusmiddelproblemer. Gjennom "Grønn omsorg" og ordningen "Inn på tunet" gis et tilrettelagt rehabiliterings- og aktivitetstilbud på gårdsbruk.

Mange av tiltakene for å skape bedre kommunale tjenester må ses i sammenheng. Under følger en kort gjennomgang av tiltakene som ble iverksatt i 2009.

3.2.1 Innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige i kommunene

Tillitspersonforsøket skal pågå ut 2011, og 30 kommuner deltar. Det er stor geografisk spredning og bredde i kommunestørrelse. Formålet med forsøket er å utvikle ulike metoder og modeller for å bidra til at personer med rusmiddelproblemer får et mer tilgjengelig, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud og oppfølging i kommunene. Hensikten er å fremme økt sosial inkludering og livsmestring for den enkelte. Et annet formål er at flere skal få utarbeidet individuell plan. Tillitspersonene skal følge brukerne gjennom tjenesteapparatet og bidra til at de

får tjenester de har behov for og rett til. Rambøll Managemente følger-
evaluerer forsøket og første delrapport forelå desember 2009. Rap-
porten gir et situasjonsbilde i kommunene. Den viser at det er stor
bredde og mangfold i kommunenes valg av organisering, forankring og
modellvalg for tillitspersonforsøket. Mange brukere har fått hjelp. Flere
kommuner har inngått samarbeid med andre aktører i arbeidet, som
brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner mv. Kommunene har
brukt tid på etablering, utprøving og utforming av forsøket i 2009, og
rapporten påpeker at dette er en nødvendig fase i alt nytt utviklings-
arbeid. Fra 2010 skal kommunene over i handlingsfasen, og det vil bli
lagt større vekt på fremdrift og resultater. Gjennom tillitspersonforsøket
avdekkes det også at flere kommuner har mangler når det gjelder
tilgjengelighet til tjenester, bruk av IP, koordinering/samordning overfor
rusmiddelmissbrukere. Dette er i tråd med tidligere funn, som blant
annet Helsetilsynet og Riksrevisjonen har gjort. Dette er viktige gene-
relle funn. Tillitspersonforsøket kan og skal ikke bøte på dette, men er et
viktig bidrag for å avdekke mangler og forbedre tjenestene. Helsedirek-
toratet følger deltakerkommunene tett opp gjennom ulike tiltak. Det er
utarbeidet en prosjektplan med nasjonale føringer og formål. Det er
arrangert to nettverkssamlinger for kommunene og rusrådgivere. Videre
har fylkesmennene gjennom embetsoppdraget fått i oppgave å følge
opp kommunene som deltar.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.2.2 Samle gode eksempler om individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner

Helsedirektoratet ga i begynnelsen av 2008 ut et tipshefte med gode
praksiseksempler på bruk av individuell plan for ulike målgrupper,
herunder rusmiddelmissbrukere. Denne distribueres forløpende og
gjøres kjent for landets kommuner. En annen viktig formidlingskanal for
individuell oppfølging er nettsiden **www.kommunetorget.no**, som
Nord-Norsk kompetansesenter drifter for Helsedirektoratet. Formålet
med nettstedet er å gi kunnskap og råd om planarbeid og informere om
gode erfaringer med bruk av individuell plan i arbeidet med rusmiddel-

misbrukere. Gjennom det kommunale rusarbeidet og prosjekter som for eksempel det koordinerende tillitspersonforsøket, får man viktige erfaringer med hensyn til hvordan man kan følge opp personer med rusmiddelproblemer på en god måte. Fylkesmennene har gjennom sine læringsnettverk og ulike samlinger/arenaer for kommunene en sentral rolle i formidlingen av de gode erfaringene og modellene for individuell oppfølging gjennom planperioden.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.2.3 Styrke kommunalt rusarbeid og tverrfaglig oppfølging

Det er fortsatt store utfordringer knyttet til å styrke kvalitet og kapasitet i kommunalt rusarbeid. Samtidig skjer det svært mye på nettopp dette feltet. Eksempelvis ble den kommunale tilskuddsordningen Kap 761 post 63 ytterligere styrket til totalt 258 millioner kroner i 2009. Over 200 kommuner mottar stimuleringstilskudd til utviklingstiltak for å øke kapasiteten og bedre metodikk og tilgjengelighet i tjenestene. De sju regionale kompetansesentrene - rus og fylkesmennene har oppgaver knyttet til å ivareta, bygge opp og formidle rusfaglig kompetanse og iverksette og implementere statlige satsinger på rusområdet i den enkelte region. Den viktigste satsingen i 2010 er Regjeringens Opptrappingsplan for rusfeltet. Kommuner med store behov følges opp. Det opprettes også rusfaglige fora for kommunene og andre relevante aktører for å bidra til kompetanse- og erfaringsutveksling. Det gis tilbud om videre- og etterutdanning og andre kompetansehevede tiltak. Det er noe økt forskning på rus generelt, og noe økt forskning på kommunalt rusarbeid spesielt. Det skjer også en kompetanseheving gjennom veiledere og retningslinjer som blir utviklet for rusfeltet. Styrking av kommunalt rusarbeid og tverrfaglig oppfølging må ses i sammenheng med arbeidet for å styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet. Det legges stor vekt på å avskaffe bostedsløshet, redusere utkastelser og utvikle metoder for oppfølging i bolig. Det må også ses i sammenheng med kvalifiseringsprogrammet, hvor en av målgruppene er personer med rusmiddelproblemer. Videre har de frivillige organisasjonene på rusfeltet en viktig rolle i den tverrfaglige oppfølgingen av personer med rusmid-

delproblemer. Helsedirektoratet fordelte tilskudd til rundt 100 organisasjoner i 2009. En rekke av disse tilbyr aktiviteter som for eksempel gatefotball, lavterskel arbeidstiltak, som sykkelverkstedet i Fredrikstad, avisene = Oslo, Virkelig, Megafon osv., møtesteder og brukerorganisasjoner. Styrket kommunalt rusarbeid må også ses i sammenheng med satsingen på psykisk helsearbeid i kommunene og for eksempel utviklingen av ACT-team.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.2.4 Innføre kvalifiseringsprogram for å styrke innsatsen for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller begrensede rettigheter i folketrygden

Kvalifiseringsprogrammet med tilhørende stønad retter seg mot personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne, som har ingen eller svært begrensede ytelser i folketrygden. Programmet skal være individuelt tilpasset og arbeidsrettet, slik at det kan være med på å støtte opp under og forberede overgangen til arbeid. Formålet med tiltaket er å bidra til at flere i målgruppen kommer i arbeid. Personer med rusmiddelproblemer inngår i målgruppen så sant de fyller vilkårene som er satt for deltakelse. Det foreligger ingen tall som viser hvor stor andel av deltakerne som har rusmiddelproblemer, men tilbakemeldinger fra de lokale NAV-kontorene viser at de inngår blant deltakerne.

Kvalifiseringsprogrammet er et kommunalt ansvar som siden 1.11. 2007 har blitt faset inn i takt med etablering av NAV-kontorer. Fra 1. januar 2010 er ordningen landsdekkende. Ordningen var ved utgangen av 2008 tilgjengelig i 276 kommuner, og antall deltakere var 4133. Det var i 2009 en sterk vekst både i antall søknader, vedtak og deltakere i programmet. Ved utgangen av året var 8459 deltakere registrert, dvs. tett opp mot antall deltakere lagt til grunn ved beregningen av merkostnadene for kommunene dette året (8 850).

Rapporteringene fra gjennomføringen har pekt på utfordringer knyttet til bruk av arbeidsevnevurdering, tilbud om individuell plan og individuell tilpasning av programmene. For å styrke kvaliteten på oppfølgings-

arbeidet ble det i 2009 utviklet og prøvd ut et eget fagutviklingsprogram for helhetlig oppfølging av deltakerne.

Ansvarlig: Arbeidsdepartementet

3.2.5 Øke kompetansen og kvaliteten i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning

Økonomiske problemer og gjeldsproblemer bidrar til en vanskelig livssituasjon for mange med rusmiddelproblemer. Arbeids- og velferdsdirektoratet leder en nasjonal arbeidsgruppe, hvor formålet er å sikre informasjon, bedre tilgjengelighet og best mulig kvalitet på tilbudet om økonomisk rådgivning/gjeldsrådgivning. Det skal gjøres ved å øke kompetansen i tjenestene samt å styrke statistikk og rapportering.

Det ble i 2008 opprettet en egen nettside for økonomi- og gjeldsspørsmål <http://www.nav.no>. I oktober 2009 ble en nasjonal økonomirådgivningstelefon 800GJELD (80 04 53 53) åpnet. Telefonen skal gjøre økonomisk rådgivning lettere tilgjengelig og bidra til at personer med betalingsproblemer kommer raskere i gang med å finne en løsning. SIFO er gitt i oppdrag å evaluere rådgivningstelefonen.

Det er også gitt støtte til en landsdekkende, tredelt kursrekke om økonomi og gjeld rettet mot kommuner og NAV-kontorer og satt i gang arbeid med å utarbeide landsdekkende veiledningsrutiner for utenrettslig økonomisk rådgivning i kommuner og NAV-kontorer. En elektronisk veileder for økonomisk rådgivning skal gjøres tilgjengelig på intranettet for ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har gitt tilskudd til flere interkommunale prosjekter med formål å heve kompetansen og å skape økt oppmerksomhet om økonomi- og gjeldsproblematikk. Åtte interkommunale nettverk, med til sammen 30 kommuner, er etablert. Totalt er det gitt tilskudd til prosjekter i 35 kommuner. Rapporter fra prosjektene viser at det er etablert et forpliktende samarbeid mellom flere kommuner. Det er avsatt tilstrekkelige stillingsressurser, og tjenesten håndteres på en god faglig måte sammenliknet med situasjonen før det interkommunale

samarbeidet startet opp. Gjennom fylkesmannen er det opprettet flere fora for økonomisk rådgivning.

Ansvarlig: Arbeidsdepartementet

3.2.6 Vurdere regelverk og praksis vedrørende skatte- og avgiftskrav

Retningslinjene for behandling av skatte- og avgiftskrav ved gjeldsordning og retningslinjene for ettergivelse av skattekrav er endret, slik at det nå er lettere å oppnå gjeldsordning eller ettergivelse. Etter de nye retningslinjene skal det i større grad enn tidligere legges vekt på om skatteyteren har vært i en vanskelig livssituasjon. Dette kan være på grunn av psykiske eller sosiale problemer, sykdom i familien, samlivsbrudd eller rusmiddelmisbruk. Arbeidet rettet mot disse, krever tett samarbeid med skatteoppkreveren, og samtlige skatteregioner har derfor arbeidet med å få på plass en hensiktsmessig samarbeidsavtale med skatteoppkreverne.

Hver region i skatteetaten fikk i 2008 særskilte arbeidsgrupper som jobber med utfordringer knyttet til vanskeligstilte skatteyttere. Skatteetatens arbeid med utfordringer knyttet til vanskeligstilte skatteyttere ble videreført i 2009. De regionale gruppene har gjennomført tiltak av forebyggende karakter og behandlet i underkant av 300 enkeltsaker. Dette har medført at skattekravet har blitt lempet eller fastsettingen endret i mer enn 160 saker. Det fremgår ikke hvor mange som er knyttet til skatteyttere som er i en vanskelig livssituasjon på grunn av rusmiddelmisbruk. Gjennom fylkesmannen er det opprettet flere fora for økonomisk rådgivning.

Ansvarlig: Finansdepartementet

3.2.7 Videreutvikle det oppsøkende arbeidet

Oppsøkende arbeid er en viktig metode for å møte behovene til brukerne, og det blir jobbet oppsøkende mot rusmiddelmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser både i kommuner og fra spesialist-

helsetjenesten. Det har vært jobbet med å styrke oppsøkende arbeid og lavterskeltilbud gjennom flere år, og dette arbeidet fortsettes/styrkes i opptrappingsplanperioden. I 2009 har Helsedirektoratet hatt to store satsinger for å bidra til bedre hjelp til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser og andre tilleggs lidelser – tilskudd til samhandlingstiltak og oppsøkende behandlingsteam/Assertive Community Treatment teams (ACT-teams). I tillegg er det flere andre satsinger i gang som videreutvikler det oppsøkende arbeidet. Som beskrevet i egne punkter er det for eksempel bevilget midler til forsøk med Koordinerende tillitspersoner, som også skal arbeide oppsøkende. Lavterskel helsetiltak og oppsøkende arbeid er en del av kommunens generelle oppgaver, og Helsedirektoratet har til og med 2009 hatt en egen tilskuddsordning for å stimulere til økt grad av lavterskel helsearbeid. Helsedirektoratet og Barne- ungdoms og familiedirektoratet samarbeider om å spre erfaringer fra oppsøkende arbeid. Våren 2008 arrangerte Kompetansesenter rus - Oslo, på oppdrag fra Helsedirektoratet, en internasjonal konferanse om «Outreach work». Det er også gitt ut en egen metodebok i oppsøkende arbeid i regi av Kompetansesenter rus - Oslo. Oppsøkende arbeid er også en del av utdanningstilbudet ved ulike høyskoler. De regionale helseforetakene og kommunene samarbeider mange steder om ambulant virksomhet. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet skal videreutvikle det oppsøkende arbeidet.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.2.8 Evaluere lavterskel helsetiltak og spre erfaringene med lavterskel helsetiltak til andre kommuner

Lavterskel helsetiltak skal bidra til å bedre helse og livssituasjon. Evalueringen av ordningen lavterskel helsetiltak hadde som formål å vurdere grad av måloppnåelse for ordningen, samle erfaringer og styrke kunnskapsgrunnlaget om brukergruppen, tjenestetilbudet og lavterskel helsetiltak som metode. Evalueringen fra 2008 viser at formålene langt på vei er innfridd, og at tiltakene og arbeidsmåten er virkningsfulle for målgruppen. Mange tusen tunge rusmiddelmissbrukere benytter lavterskeltiltakene på landsbasis. Lavterskel helsetiltak for



rusmiddelavhengige har nå 52 tiltak og 50 kommuner inne i ordningen. Det er en økning på 10 kommuner fra 2008. Det ble i 2009 også lyst ut ekstra midler til kunnskaps- og erfaringsspredning til andre kommuner, tjenester og fagfelt av lavterskel helsetiltak. Seks kommuner skal spre erfaringer gjennom seminarer/erfaringskonferanse, metodebok, brosjyrer, filmproduksjon, hospitering og kompetanseheving. Helsedirektoratet påbegynte i desember 2009 arbeidet med å revidere informasjonsheftet om lavterskel helsetiltak og skadereduserende arbeid. Intensjonen er å spre informasjon om lavterskel helsetiltak, vise det mangfoldet som finnes av tjenester, samt å presentere den utviklingen som har skjedd i løpet av den tiden lavterskeltiltakene har eksistert. Lavterskel som ideologi og metode vil også stå sentralt. Heftet vil være ferdig våren 2010. Helsedirektoratet arrangerer årlig en nettverksamling for kommuner som mottar tilskudd til lavterskel helsetiltak.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.2.9 Videreføre tilskudd til Gatehospitalet, videreutvikle tiltaket og styrke pleie- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige

Etter oppdrag fra det daværende Helsedepartementet, og i samarbeid med Oslo kommune, etablerte Frelsesarmeen i 2005 Gatehospitalet som et treårig prosjekt. Tilskudd til Frelsesarmeens gatehospital er videreført etter prosjektperioden og tilbudet er utvidet med en kvinneavdeling. I 2009 fikk Stiftelsen Kirkens Bymisjon tilskudd til å etablere et døgnåpent lavterskeltilbud i Oslo, 24SJU, som gir et helse- og velferdstilbud for de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige i Oslo. Tilbudet vil ha fagpersoner som arbeider både ambulant og oppsøkende, hele døgnet, hele året. 24SJU evalueres av SIRUS. Omfanget av rusmiddelproblemer er økende blant mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Ansatte i pleie- og omsorgstjenesten omfattes også av ordningen om støtte til videre- og etterutdanning i rusmiddelproblematikk som forvaltes av Helsedirektoratet i samarbeid med Fylkesmannen.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.2.10 Videreutvikling av tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige

Personer med rusmiddelavhengighet har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen. Fra 2005 er det årlig innvilget fem mill kroner til tannhelsetilbud i lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, og nærmere undersøkelser viser at tilbudet har hatt stor betydning for brukerne, og at samarbeidet mellom kommunen og Fylkeskommunens tannhelsetilbud har blitt styrket. Ordningen ble videreført i 2009. Fylkeskommunene fikk i 2005 ansvar for å gi tilbud om tannhelsetjenester til rusmiddelmissbrukere som oppholder seg i døgninstitusjon lenger enn tre måneder. I 2006 ble dette utvidet til å gjelde rusmiddelmissbrukere som mottar tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d, jf. § 4-3, og i 2008 til å gjelde pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Lavterskel helsetiltakene har også hatt anledning til å søke om midler til tannhelse innenfor ordningen lavterskel helsetiltak. SIRUS har i 2009 kartlagt den fylkeskommunale tannhelsetjenestens tilbud til målgruppen. Kartleggingen viser at fylkeskommunene har fulgt opp ansvaret de er gitt, men at det er variasjoner på hvor langt man har kommet. Fylkestannlegene rapporterer også om at målgruppa var langt lettere å behandle enn en på forhånd hadde antatt. Det er imidlertid grupper som faller utenfor ordningen. Se www.sirus.no for mer informasjon.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.2.11 Følge opp evalueringen av sprøyterom

Oslo kommune åpnet sprøyterom 1. februar 2005, etter at Stortinget i desember 2004 vedtok en midlertidig lov om en prøveordning med sprøyterom. Ordningen har vært evaluert av SIRUS ved to anledninger, den andre etter at Oslo kommune innførte en del endringer med sprøyterommet (bytte av lokaler, utvidelse, endring av rutiner mv.) (SIRUS-rapport 7/2009). I korte trekk viser evalueringene at sprøyterommet har bidratt til økt verdighet for den aktuelle målgruppen, både på individuelt og overordnet nivå. Ved den første evalueringen var målsettingen om helse- og sosialfaglig oppfølging i begrenset grad oppfylt, mens evaluering nummer to viser at sprøyterommet har bidratt til økt

mulighet for helse- og sosialfaglig oppfølging, og trolig også til bedre sprøytehygiene. Ikke ved noen av evalueringene har det vært grunnlag for å si om prøveordningen har bidratt til færre overdoser eller overdosedødsfall. Brukerne av sprøyteromsordningen uttrykker generelt stor tilfredshet med tilbudet. Evalueringene løfter frem flere dilemmaer, som røyking vs. injisering av heroin etc.. Ordningen har også en såpass begrenset kapasitet at selv om antall registrerte brukere totalt har oversteg 1000 personer, er det bare en brøkdel av injeksjonene som daglig foretas i Oslo, som settes i sprøyterommet. Stortinget har vedtatt at sprøyteromsloven blir permanent fra 23.12.2009. Det er opp til kommunene selv å vurdere om de ønsker å etablere sprøyterom innenfor dette regelverket.

Etter fem års prøvedrift valgte Oslo kommune i 2009 å videreføre driften av sprøyterommet. Oslo er den eneste kommunen i landet som har dette tilbudet. Sprøyterommet er godt innarbeidet som et lavterskeltilbud i Oslo. Brukergruppen er stabil med en gjennomsnittsalder på 37 år og har en profil som er nokså sammenfallende med pasientgruppen i LAR. Ved utgangen av året hadde 1665 personer registrert seg som brukere av sprøyterommet. Antall injeksjoner på årsbasis kom opp i 25 940, mer enn en fordobling på to år.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet.

3.2.12 Styrke omsorgstjenestene, herunder rusarbeid, med kompetanse og rekruttering gjennom Kompetanseløftet 2015

Omsorgstjenestene skal styrkes gjennom Kompetanseløftet 2015. Omsorgstjenester omfatter også oppfølging av mennesker med rusmiddelproblemer. Målet var at den kommunale omsorgstjenesten skulle styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009 sammenlignet med 2004. Tall fra statistisk sentralbyrå viser en betydelig årsverksvekst i årene 2006-2008 på om lag 14 000 årsverk. Gjennom Kompetanseløftet 2015 styrkes sektoren med personell med helse- og sosialfaglig utdanning, og om lag 1600 personer har fått videre- og etterutdanning på fagskole- og høyskolenivå.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.2.13 Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, «grønne» lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering

Som en del av regjeringens innsats mot fattigdom gir Arbeidsdepartementet tilskudd til frivillige organisasjoner for å styrke og utvikle modeller for aktivisering og arbeidstrening. Målgruppen er personer som står langt fra arbeidsmarkedet, og som i mange henseender er sosialt ekskludert. Personer med rusmiddelproblemer er en prioritert målgruppe. Ordningen er styrket med 10 millioner kroner i 2009 til 21,5 millioner kroner over Kap 621 post 70. 34 prosjektet har fått tilskudd i 2009. Helsedirektoratet gir tilskudd til en rekke frivillige og ideelle virksomheter som driver med aktivisering av og arbeidstrening for personer med rusmiddelproblemer over Kap 763 post 71.

Gjennom "Grønn omsorg" og ordningen "Inn på tunet" gis et tilrettelagt rehabiliterings- og aktivitetstilbud på gårdsbruk, blant annet i samarbeid med Landbruksdepartementet og NAV, se www.innpatunet.no. Se også rundskriv 1-5/2007.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.2.14 Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12

Justiskomiteens innstilling O.Nr 82 (2006–2007) uttalte at samfunnsstraff i større grad bør brukes til bøtesoning. I kriminalomsorgsmeldingen, St.melding nr 37 (2007–2008), som ble lagt frem høsten 2008 foreslår Justisdepartementet å utrede en ordning hvor subsidiær fengselsstraff erstattes med subsidiær samfunnsstraff. Det er i dag mulig å sone boten som fengselsstraff og overføres til § 12 i behandlings- og omsorgsinstitusjon. Saken er under vurdering i Justisdepartementet som en av flere muligheter i en større satsing på utvidet bruk av alternative straffereaksjoner og gjennomføringsformer for ubetinget fengselsstraff.

Ansvarlig: Justisdepartementet



3.2.15 Målrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak

Tilskuddsordningene til kommunalt rusarbeid er styrket og langt flere kommuner omfattes av ordningene. I 2009 ble ca. 250 millioner kroner fordelt til rundt 200 kommuner. Frem til 31.12.2009 besto tilskudd til kommunalt rusarbeid av fire ulike støtteordninger– Lavterskel helsetiltak, Styrk-ordningen, som var spesielt innrettet mot unge, Lar-ordningen, som skulle gå til oppfølging av brukere i legemiddelassistert rehabilitering, og forsøk med koordinerende tillitspersoner. Formålet med tilskuddsordningene har vært å fremme fag- og metodeutvikling i det kommunale rusarbeidet med sikte å gi brukerne tilgjengelige tjenester som er helhetlige, sammenhengende og individuelt tilpasset. Dette forutsetter at kommunene har et mangfoldig og differensiert tjenestetilbud med sterk lokal forankring. Regelverkene har vært innrettet i tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet, med fokus på individuell plan, tverrfaglig samarbeid og kompetanseheving.

Alle tilskuddsordningene har blitt evaluert/er under evaluering. Sintef Helse sluttførte i 2008 evalueringen av tilskuddsordningen til lavterskel helsetiltak. Evalueringen viser at tilskuddsordningen har bidratt til at det er opprettet tiltak i tråd med målgruppens behov i alle landets fylker. Rambøll management leverer sluttrapport på evalueringen av Styrk- og Lar ordningen våren 2010, og vil i 2011 ferdigstille evalueringen av tillitspersonforsøket. Evalueringen av Styrk- og Lar ordningen viser at tilskuddene i et stort flertall av kommunene har gått til å starte opp eller utvikle nye tiltak, og tiltakene retter seg mot personer med alkoholrelaterte så vel som narkotikarelaterte problemer. Tiltakene handler ofte om å få bosituasjonen til å fungere og å skape et meningsfylt hverdagsinnhold for mennesker med tyngre rusmiddelproblematikk. Flere av tiltakene har også et rehabiliteringsperspektiv hvor målet også kan være å fange opp unge mennesker i startfasen av en ruskarriere. Evalueringen viser positive tendenser til at tilskuddene har bidratt til å heve kompetansenivået i kommunene over tid, og at rusproblematikk er blitt satt på dagsordenen.

Fra 2010 er hovedformålet med tilskuddsordningen å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet, slik at mennesker med rusproblemer får et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Økt kapasiteten i de kommunale tjenestene vil også kunne bidra tilvekst i kompetanse, samt utvikle god kvalitet i tilbudet som ytes. For 2010 endres regelverket fra prosjektstøtte til årsverk for å bidra til kapasitets- og kvalitetsheving. Informasjon om tilskuddsordningen finnes på www.helsedirektoratet.no.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.2.16 Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (2010)

3.3 STYRKE BOLIGTILBUDET TIL PERSONER MED RUSMIDDELAVHENGIGHET

En god bosituasjon er viktig for rehabilitering, helse og verdighet. Det er i de senere årene utviklet et mangfold av bolig- og tjenestemodeller, blant annet gjennom "Prosjekt bostedsløse" og "På vei til egen bolig". I opptrappingsplanen presiseres det at arbeidet skal videreutvikles, og erfaringer skal spres til flere kommuner.

Det er fire tiltak som skal bidra til å styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet:

TILTAK

- Styrke innsatsen for å avskaffe bostedsløshet – et særlig fokus rettes mot bostedsløshet i mindre kommuner
- Styrke arbeidet med å forebygge bostedsløshet, herunder reduksjon av omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud
- Utvikle metoder og rutiner for oppfølging av personer i midlertidig botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig
- Innføre et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger

Oppsummering

Alle fire tiltakene ble igangsatt i 2009. En kartlegging fra 2008 anslår antall bostedsløse i Norge til 6100, noe som er en økning fra kartleggingen i 2005. Kartleggingen viste også at bostedsløshet i stor grad er et storbyfenomen. Det er satt i gang flere tiltak og forsøksprosjekter for å redusere omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud. Tiltak som bidrar til å forebygge og bekjempe bostedsløshet har førsteprioritet innenfor Husbankens låne- og tilskuddsordninger. Dette gjelder kompetansetilskuddet, boligtilskudd til etablering og utleieboliger og startlån. Det er også satt i gang modellutviklingsforsøk i fire storbyer og en del andre kommuner for å få ned antall utkastelser og midlertidige botilbud. Strategien "På vei til egen bolig" evalueres eksternt. Husbanken har

også tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. For perioden 2008–2015 var målsettingen å gi tilskudd til 12 000 sykehjem og omsorgsboliger. For 2009 ble tilsagnsrammen økt, som et resultat av Regjeringens økonomiske tiltakspakke, med målsetting om 2500 enheter. 2200 ble innvilget.

Under følger en kort gjennomgang av tiltakene.

3.3.1 Styrke innsatsen for å avskaffe bostedsløshet – et særlig fokus rettes mot bostedsløshet i mindre kommuner

Arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet er et høyt prioritert mål fra statlig hold, og Husbanken har en koordinerende rolle. Arbeidet er ikke lenger knyttet til en avgrenset strategiperiode, som for eksempel Opptappingsplanen for rusfeltet. Det er nå en del av den ordinære driften. Boligsosiale tiltak – herunder forebygging og bekjempelse av bostedsløshet – har førsteprioritet innenfor samtlige av Husbankens låne- og tilskuddsordninger.

Kartleggingen av bostedsløshet i 2005 indikerte at bostedsløshet hadde økt mest i mellomstore kommuner, mens enkelte av de store kommunene, særlig Oslo, hadde klart å redusere antall bostedsløse betraktelig siden forrige kartlegging i 2003. De største kommunene deltok i «Prosjekt Bostedsløse» (2001–2004). Strategien *"På vei til egen bolig"* (2005–2007) omfattet alle landets kommuner. Husbanken har imidlertid hatt et særlig fokus på de kommunene som har de største utfordringene, noe som også i større grad enn tidligere omfattet de mindre kommunene. I november i 2008 ble det gjennomført en ny kartlegging. Denne kartleggingen anslo at det var 6100 bostedsløse personer, noe som er en økning fra kartleggingen i 2005. Kartleggingen viste også at bostedsløshet i stor grad er et storbyfenomen. Kartleggingen har gitt verdifull informasjon om personer som er bostedsløse; alder, oppholdssted, nasjonalitet og tilleggspoblemer. Det rapporteres om at ca 60 % av bostedsløse har for eksempel rusmiddelproblemer, og 32 % har psykisk sykdom.

Husbanken etablerte i 2009 et boligsosialt utviklingsprogram, hvor



formålet er å inngå et forpliktende samarbeid med de kommunene som har størst boligsosiale problemer. Programmene skal stimulere kommunene til å utvikle et helhetlig, lokalt forankret boligsosialt arbeid. Dette skal bidra til bedre tilbud for vanskeligstilte på boligmarkedet gjennom kompetanseheving i kommunene, bedre utnyttelse av statlige virkemidler og metodeutvikling innen boligsosialt arbeid.

Ansvar: Kommunal- og regionaldepartementet

3.3.2 Styrke arbeidet med å forebygge bostedsløshet, herunder reduksjon av omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud

Arbeidet med å forebygge bostedsløshet har de siste årene handlet særlig om å redusere omfanget av utkastelser samt å begrense bruken av midlertidige botilbud. Det er et mål at ingen skal oppholde seg i mer enn tre måneder i midlertidig botilbud. I tillegg er det satt som mål at når bostedsløse tilbys midlertidig opphold bør dette ses i sammenheng med langsiktige løsninger.

Begjæringer om – og gjennomføring av – utkastelser viste en betydelig nedgang i 2005 og 2006. I 2007 viste tallene en økning sammenlignet med 2006, men fortsatt en markant nedgang sammenlignet med referanseåret 2004. Ifølge KOSTRA har det vært en gradvis reduksjon i perioden 2007-2008 i antall opphold i midlertidig bolig for de som løslates fra fengsel eller blir utskrevet fra institusjon. Antall opphold i midlertidig bolig som har vart lenger enn tre måneder har også blitt redusert i perioden.

For å lykkes i dette arbeidet krever det godt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og -sektorer. Husbanken forvalter kompetansetilskudd der prosjekter som bidrar til å forebygge bostedsløshet kan få støtte til dette. I statsbudsjettet for 2010 (Prp 1 S 2009-2010) fikk Husbanken i oppdrag å fortsatt støtte prosjekter som har som formål å redusere antall begjæringer om utkastelser, gjennomførte utkastelser og begrense tvangssalg.

Ansvar: Kommunal- og regionaldepartementet

3.3.3 Utvikle metoder og rutiner for oppfølging av personer i midlertidig botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig

I perioden 2007-2009 ble det, i samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Husbanken, gjennomført et metode- og modellutviklingsprosjekt i de fire storbyene, samt i fem randkommuner, med utfordringer knyttet til bruk av midlertidig botilbud. Formålet med prosjektet har vært å utvikle metoder og tiltak for oppfølging av personer som oppholder seg i midlertidig botilbud, slik at disse kan få tilbud om varig bolig.

Etikk, relasjonsarbeid, og utprøving av samarbeidsformer har vært viktige elementer i metodeutviklingen. Deltakende kommuner har kommet langt både med utprøving av ulike kartleggingssystemer og brukermedvirkning. Noen kommuner har funnet fram til effektive metoder for framskaffelse av bolig på det private leiemarkedet. Rambøll Management Consulting har utarbeidet en erfaringsrapport fra gjennomføringen av forsøket.

Ansvar: Arbeidsdepartementet

3.3.4 Innføre et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger

Husbanken forvalter det nye investeringstilskuddet for sykehjem og omsorgsboliger som ble innført i 2008. Formålet med den nye tilskuddsordningen er å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonshemninger. For perioden 2008–2015 var målsettingen å gi tilskudd til 12 000 sykehjem og omsorgsboliger. For 2009 ble tilsagnsrammen økt som et resultat av Regjeringens økonomiske tiltakspakke, med målsetning om 2500 enheter, hvorav halvparten er omsorgsboliger. Det ble gitt tilsagn til om lag 2200 boenheter i 2009. Det er ingen søknadsfrist. Kommunene må først sende inn en foreløpig søknad til Husbanken. Dersom søknaden tilrås av Fylkesmannen, vil Husbanken og kommunen samarbeide videre om prosjektet. Deretter kan kommunen sende inn endelig søknad til Husbanken, som treffer et vedtak. Når prosjektet er ferdig bygget, sender kommunen inn søknad om utbetaling.

Ansvar: Kommunal- og regionaldepartementet

3.4 STYRKE KAPASITETEN I TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING

I tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet skal kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige styrkes, og i statsbudsjettet for 2009 ble det presisert at det fortsatt er et krav at veksten skal være høyere innen tverrfaglig spesialisert behandling enn i somatikken.

For å styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling skal følgende sju tiltak iverksettes:

TILTAK

- Øke innsatsen og behandlingsskapasiteten til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering
- Sikre bedre rutiner for helhetlig behandling for å unngå behandlingsavbrudd
- Øke innsatsen og behandlingsskapasiteten i psykisk helsevern og ambulant virksomhet for de som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser
- Styrke tilbudet for pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser
- Endre pasientrettighetsloven etter rusreformen
- Ferdigstille faglige retningslinjer om legemiddelassistert rehabilitering
- Vurdere forskrift om nærmere regulering av legemiddelassistert rehabilitering

Oppsummering

Alt dette var i gang i 2009. De regionale helseforetakene har blitt bedt om å styrke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling, med særlig vekt på akuttbehandling, avrusing og ambulante team, samt legemiddelassistert rehabilitering. Det er opprettet flere nye behandlingssplasser i tverrfaglig spesialisert behandling for personer med rusmiddelproblemer. Evaluering viser også at antall helse- og sosialfaglige årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling har økt. Det har

også vært en betydelig økning i antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling, og flere får behandling. Det er imidlertid store regionale forskjeller i ventetid, og det er behov for en fortsatt styrking av tjenestetilbudet. Tilbudet for personer med samtidige lidelser og ruslidelser skal styrkes, og de regionale helseforetakene er bedt om at alle som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Flere innsatsområder omtales under tiltakene.

Følgende paragrafer i Lov om pasientrettigheter er endret for å ivareta rusreformens intensjoner: §§ 2.1 Rett til nødvendig helsehjelp, 2.2 Rett til vurdering, 2.3 Rett til fornyet vurdering og 2.4 Rett til valg av sykehus m.m. Ett oppdrag har vært å utarbeidet forskrift for og regulering av legemiddelassistert rehabilitering og retningslinje for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige. Begge disse ble ferdigstilt i 2009.

Under følger en mer utfyllende status for hvert tiltak.

3.4.1 Øke innsatsen og behandlingsskapiteten til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering

For å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet til tverrfaglig spesialisert behandling skal kapasiteten økes – både antall behandlingss plasser og personell. Den prosentvise veksten i behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten skal være sterkere enn veksten i somatikken. For å redusere ventetiden på vurdering og behandling skal bemanning, kvalitet og kapasitet styrkes. Dette gjelder akuttfunksjoner, avrusning, tvang, polikliniske og ambulante tilbud, samt deler av døgnbehandlingstjenestene. Der det er nødvendig, skal tjenestene oppgraderes for å tilfredsstillere kravene som stilles til spesialisthelsetjenesten.

Det var 1615 heldøgns plasser innen TSB i 2008 (SAMDATA sektorrappport for rusbehandling 2009, 4/09). Dette var en økning på om lag 30 plasser fra 2006, og den prosentvise veksten innen TSB var større enn

innen somatikken. Rapport fra Norsk pasientregister (NPR) om ventetider og pasientrettigheter 2009 (IS-1786) viser at gjennomsnittlig ventetid på behandling eller utredning for alle pasienter henvist til TSB, har økt med 7 dager fra 2008 til 2009. Det er også store regionale variasjoner i gjennomsnittlig ventetid på behandling eller utredning. Gjennomsnittlig ventetid var lengst i Helse Nord med 128 dager, mens den var lavest i Helse Sør-Øst med 71 dager i 2009. For pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp innen TSB, har ventetiden økt med 8 dager, fra 69 dager i 2007 til 77 dager i 2009. Dette er ikke i tråd med føringer gitt i oppdragsdokumentene til RHFene, der det fremgår at den gjennomsnittlige ventetiden for rettighetspasienter innen TSB skal reduseres. Det er også stor variasjon mellom regionene når det gjelder andel av henviste pasienter som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp innen TSB. Helse Nord ligger lavest med en andel av henviste pasienter på 74 % og Helse Midt-Norge ligger høyest med 94 %.

I samme tidsrom (2007 - 2009) var det betydelig økning i antall henvisninger til TSB som har blitt vurdert (IS-1786). Antall nyhenviste i 2009 var 23 099, en økning på nærmere 2900 eller 14,2 % fra 2008. Samtidig økte aktiviteten, dvs. at det ble avviklet flere fra ventelisten i 2009 enn i foregående år. Rapporten om ventetider fra NPR viser videre at det var 25 % økning i polikliniske konsultasjoner i 2008 sammenlignet med 2007.

Innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) viser foreløpige tall fra alle LAR-sentrene at mellom 350 og 400 nye pasienter ble inkludert i løpet av 2009.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.4.2 Sikre bedre rutiner for helhetlig behandling for å unngå behandlingsavbrudd

Alle som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, skal også vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Det skal videre sikres gode rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd, for å

legge forholdene til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere. Dette ble de regionale helseforetakene bedt om i oppdragsdokumentet for 2009. For 2010 ble de regionale helseforetakene i tillegg bedt om å iverksette behandlingsforberedende tiltak overfor rusmiddelavhengige som er gitt rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling i påvente av oppstart av behandling. Tiltaket vil bli fulgt opp bl.a. gjennom årsmelding samt statistikk over ressurs- og aktivitetsutviklingen på området.

Helsedirektoratet utarbeider retningslinjer og veiledere for rusfeltet, hvor helhetlig behandling står sentralt. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er fra januar 2010 regulert gjennom en ny forskrift. Samtidig ga Helsedirektoratet ut nasjonale retningslinjer for LAR. Disse retningslinjene gir LAR et tydeligere innhold der også samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og ulike deler av kommunale tjenester står sentralt. Også gjennom tilskudd til kommunalt rusarbeid er helhetlig behandling/oppfølging et viktig krav. Det har vært spesielt fokus på å følge opp pasienter som blir utskrevet fra behandlingsinstitusjon eller løslates fra fengsel. Forsøk med koordinerende tillitspersoner følger brukerne tett opp, og over halvparten av brukerne har nå individuell plan, som er et virkemiddel for å sikre helhetlig behandling. Økt bruk av individuell plan er også sentralt i oppdragsbrevet til Fylkesmennene og i tilskudd til øvrig kommunalt rusarbeid. Fylkesmannen samler i tillegg sentrale aktører på rusfeltet jevnlig i rusfora/nettverkssamlinger. Samtidig er det en utfordring å få etablert gode kommunale ettervernstiltak der bolig og aktiviteter er sentrale elementer.

Med etableringen av personidentifiserbart NPR vil man få mulighet til å følge pasientene og deres bevegelser mellom de ulike sektorene i spesialisthelsetjenesten. For pasienter med ruslidelse vil det gi informasjon om de får de tjenestene de har behov for og hvordan samhandlingen mellom de ulike sektorene fungerer. Dette er informasjon som kan bidra til å styrke oppmerksomheten på pasientenes behov for helhetlig behandling.

Riksrevisjonens rapport 3:7 (2009-2010), som omhandler oppfølging og kvalitet i private institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rus-

behandling, peker særlig på sju forhold som etter deres vurdering bør endres. I dette inngikk også svakheter i samarbeidet mellom private institusjoner og andre tjenesteytere og mangelfull oppfylging av krav til individuell plan. Dette ble redegjort for overfor Stortinget i vårsesjonen 2010 og vil bli fulgt opp av de regionale helseforetakene.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.4.3 Øke innsatsen og behandlingsskapiteten i psykisk helsevern og ambulant virksomhet for de som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser

Mange rusmiddelavhengige har omfattende psykiske og somatiske lidelser i tillegg til rusmiddelproblemet. Helsetilsynet har påpekt at denne gruppen ikke får gode nok tilbud for sine sammensatte lidelser. Psykisk helsevern har ansvar for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser. Evalueringen av rusreformen påpeker at samhandlingen mellom tjenestene for rusmiddelavhengige med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten har blitt bedre. Det er likevel betydelige utfordringer knyttet til rusmiddelavhengige som har behov for et sammensatt behandlingstilbud. I oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene for 2009 presiseres det at kapasiteten innen TSB skal økes. Det skal legges særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, og styrking av kapasiteten på legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Også forskning på rus og antall årsverk i TSB skal økes. Utbyggingen av oppsøkende behandlingsteam (ACT-team osv.) bidrar også til økt innsats for personer med samtidige lidelser.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.4.4 Styrke tilbudet for pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2009 presiseres det at mange rusmiddelavhengige også har til dels omfattende psykiske lidelser, og at arbeidet med å styrke samhandlingen mellom

psykisk helsevern og TSB skal fortsette. Videre står det at pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet. Se også omtale av fylkesmennene, koordinerende tillitspersonforsøket, ACT-teamene og utarbeidelse av retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Kompetansesenter rus - region øst og dobbeltdiagnose.no har spesiell kompetanse på samtidige psykiske lidelser og ruslidelser.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.4.5 Endre pasientrettighetsloven etter rusreformen

Da rusreformen ble vedtatt, ble behandling for rusmiddelmissbruk definert som en spesialisthelsetjeneste. Disse tjenestene er regulert av helselovgivningen, blant annet pasientrettighetsloven. Stortinget understreket at rusmiddelavhengige skal ha pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper. Rusbehandling ble etter reformen organisert inn i foretaksstrukturen på ulik måte. Rusbehandling tilbys derfor i dag både ved sykehus og andre typer institusjoner. For å sikre like rettigheter for alle pasienter som henvises til rusbehandling, uavhengig av institusjonstype, krevdes derfor noen endringer i pasientrettighetsloven.

Følgende paragrafer i Lov om pasientrettigheter har blitt endret for å ivareta rusreformens intensjoner: §§ 2.1 Rett til nødvendig helsehjelp, 2.2 Rett til vurdering, 2.3 Rett til fornyet vurdering og 2.4 Rett til valg av sykehus m.m. I tillegg til lovendringene utga Helsedirektoratet i 2008 en egen veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Formålet med veilederen er å legge til rette for et felles grunnlag mellom helseforetakene for slike rettighetsvurderinger. Andelen rusmiddelavhengige som gis rett til nødvendig helsehjelp økte med 4 % til totalt 88 % fra 1. tertial 2008 til 1. tertial 2009.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.4.6 Ferdigstille faglige retningslinjer om legemiddelassistert rehabilitering

Retningslinjen er ferdig. Arbeidet med *Nasjonal faglig retningslinje for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige* – LAR-retningslinjen – har sin bakgrunn i evalueringene av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), som ble levert høsten 2004. I statsbudsjettet for 2006 fikk daværende Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide retningslinjen, som vil omfatte alle sider ved slik behandling. Oppdraget har tatt tid grunnet vurdering av behovet for en egen LAR-forskrift. LAR-forskriften ble vedtatt i statsråd 18. desember 2009, med virkning fra 1. januar 2010. Forskriftens bestemmelser er innarbeidet i LAR-retningslinjen, og retningslinjen trer i kraft 1. februar 2010. 2010 brukes videre til å implementere anbefalingene i retningslinjen.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

3.4.7 Vurdere forskrift om nærmere regulering av legemiddelassistert rehabilitering

Departementet foreslo i Ot.prp. 53 (2006–2007) en hjemmel til å gi forskrifter med regler om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hjemmelsbestemmelsen gir adgang til å fastsette regler blant annet om formålet med LAR. Forskriften legger opp til at legemiddelassistert rehabilitering i større grad skal normaliseres i henhold til helselovgivningen. Særskilte kriterier for innskriving og utskrivning bortfaller. Legemiddelassistert rehabilitering skal kunne gis etter en individuell faglig vurdering av den enkelte pasients tilstand og behov for helsehjelp. Dagens aldersgrense på 25 år faller bort. Pasienter kan heller ikke ufrivillig bli utskrevet uten at dette er faglig begrunnet.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

3.5 BEDRE TILGJENGELIGHETEN TIL TJENESTER FOR INNSATTE OG DOMFELTE

60 % av alle som sitter i fengsel, har et rusmiddelproblem. De har, på lik linje med andre, rett til å få sitt hjelpebehov vurdert og rett til tilpasset behandling og oppfølging. Mye tyder på at tilgjengeligheten til tjenesteapparatet er lavere for denne gruppen enn for andre. Flere innsatte skal få mulighet til bedre behandling og rehabilitering under fengselsopphold og annen straffegjennomføring.

For å bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte skal det iverksettes seks tiltak.

TILTAK

- Bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen
- Etablere rusmestringsenheter i fengsler
- Evaluere prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll og vurdere videreføring og utvidelse
- Utarbeide helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk i kriminalomsorgen
- Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12
- Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen

Oppsummering

Alle seks tiltakene er i gang i 2009. Justisdepartementet har utarbeidet en helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk i kriminalomsorgen. Det er et mål at flere skal få individuell plan, og at dette skal bidra til tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen. Det er etablert flere rusmestringsenheter i fengslene. Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS) har laget en studiepoengbasert opplæring i russamtalen for å øke kriminalomsorgens kompetanse på rusrehabilitering og kontroll.



Det er satt i gang en del for å styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen og øke antall døgn som gjennomføres i institusjon etter § 12. Flere blir overført til straffegjennomføring i behandlings- eller omsorgsinstitusjon, men lengden på oppholdene er noe kortere. I tillegg gjøres det en del for å styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen. "Narkotikaprogram med domstolskontroll" i Oslo og Bergen er besluttet forlenget frem til 2011. Regjeringen har fremmet forslag om utvidelse av tilbudet gjennom kriminalomsorgsmeldingen, men avventer evalueringen fra SIRUS.

3.5.1 Bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen

Primærhelsetjenesten har i mange år gitt et tilbud i alle fengsler. Femseks fengsler med høyere sikkerhetsnivå gir et psykiatritilbud inne i fengslene, men i de fleste fengsler må innsatte søke helseforetakene om rett til behandling på ordinær måte. Psykiatri- og rusbehandling er ofte vanskelig tilgjengelig som følge av lang ventetid. Kriminalomsorgens helhetlige russtrategi (2008–2011) legger opp til å styrke samarbeidet mellom kriminalomsorgen, helsetjenesten og sosialtjenesten. Rundskriv G-8 2006: *Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelle rusmiddelavhengige* brukes aktivt i samarbeidet mellom fengselshelsetjenesten, helseforetak og kommuner. Rundskrivet legger forholdende bedre til rette for utarbeidelsen av individuell plan for innsatte som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er spesielt viktig i sammenheng med løslatelse og tilbakeføring til samfunnet. Det har likevel vist seg vanskelig å få til lokale avtaler.

Fire kriminalomsorgsregioner har undertegnet en regional samarbeidsavtale med Helse Sørøst om samarbeid og behandling til rusmiddelavhengige. Avtalen er en oppfølging av rundskriv G-8 2006. Målet er at det skal bli flere lokale avtaler mellom helseforetak og fengsler om styrket rusbehandling til innsatte.

Ansvarlig: Justis- og politidepartementet

3.5.2 Etablere rusmestringsenheter i fengsler

Langt over halvparten av alle innsatte i norske fengsler har et rusmiddelproblem ved innsettelsen. Derfor er det nødvendig å gi de innsatte et bedre liv etter endt soning. For å styrke behandlings- og rehabiliteringstilbudet ble det i 2007 etablert rusmestringsenheter i Bodø, Stavanger og Ravneberget fengsler. I 2009 ble det opprettet 6 nye slike enheter ved fengslene Bergen, Bastøy, Ullersmo, Indre Østfold, Arendal, avd. Evje og Trondheim fengsel avd. Leira I tillegg vil Regjeringen etablere nye rusmestringsenheter ved Halden fengsel og Hustad fengsel i 2010. Da vil JD og HOD totalt ha opprettet 11 rusmestringsenheter i norske fengsler, med både fengselsfaglige stillinger og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Helsetjenestetilbud til innsatte er styrket i tråd med økningen i antall nye fengselsplasser.

Ansvarlig: Justis- og politidepartementet

3.5.3 Evaluere prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll og vurdere videreføring og utvidelse

Det pågår en treårig prøveordning med "Narkotikaprogram med domstolskontroll" (ND) i Oslo og Bergen for å tilby alternativ til soning for domfelte med rusmiddelproblemer. Deltakerne får tjenester fra kommunene og spesialisthelsetjenesten som ledd i et aktivt rehabiliteringsopplegg. Etter to år med prøveordningen var 53 personer blitt idømt ND, 23 i Oslo og 30 i Bergen. Tre personer hadde fått ND-dom to ganger. I 2009 fikk 21 personer betinget dom med ND. Mens prøvetiden, det vil si gjennomføringstiden, nesten alltid settes til to år, varierer den subsidiære straffen fra 2 til 36 måneder. Rapportering pr. 31. desember 2008 viser at ND nådde sine målsettinger for 2008. Til tross for at over halvparten av deltakerne avsluttet pga. brudd på vilkårene, har mange straffedømte hatt større nytte av denne straffegjennomføringsformen enn av tradisjonell fengselsstraff. Prøveordningen er under evaluering av SIRUS, som vil se på hva som skjer av eventuelle endringer hos klienter som dømmes til ND når det gjelder bruk av rusmidler, kriminalitet, psykisk og somatisk helse, boligforhold, inntekt, beskjeftigelse/skole og sosialt nettverk i løpet av programperioden og i de første årene etter

fullføring av programmet. Dødelighet og dødsårsaker skal også undersøkes. Prøveordningen i Oslo og Bergen er besluttet forlenget frem til 2011. Regjeringen har fremmet forslag om utvidelse av tilbudet gjennom kriminalomsorgsmeldingen, men avventer evalueringen fra SIRUS før det eventuelt tas en beslutning om utvidelse

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet/Justis- og politidepartementet

3.5.4 Utarbeide helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk i kriminalomsorgen

Kriminalomsorgens helhetlige russtrategi for 2008–2011 skal sikre bedre rehabilitering og behandling av innsatte og domfelte med rusmiddelproblemer. Rapportering pr. 31. desember 2009 viser at implementeringen er tilfredsstillende. Kriminalomsorgens utdanningssenter styrket opplæringen i rusrehabilitering og ruskontroll både i 2008 og i tilbudet for 2009. Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS) har laget en studiepoengbasert opplæring i russamtalen for å øke kriminalomsorgens kompetanse på rusrehabilitering og kontroll. Opplæringen starter i 2010 og vil sammen med den utvidede opplæringen for rusmestringsenhetene representere en styrking av kompetanseutvikling på rusfeltet.

Ansvarlig: Justis- og politidepartementet

3.5.5 Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12

Det er et viktig politisk mål å øke antallet som gjennomfører straffen etter § 12 i behandlings- eller omsorgsinstitusjon. Flere blir overført til straffegjennomføring i behandlings- eller omsorgsinstitusjon, men lengden på oppholdene er noe kortere. Antall overføringer økte fra 505 i 2008 til 540 i 2009. Antall fengselsdøgn er redusert fra 44 991 til 41 614 døgn i 2009. Fra 1. mars 2010 overtar kriminalomsorgen innkalling til soning fra politiet, noe som vil gi bedre informasjon om § 12. Dette kan også bidra til å øke antall § 12-overføringer.

Ansvarlig: Justisdepartementet

3.5.6 Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen

Regjeringen la høsten 2008 fram en ny kriminalomsorgsmelding (St.meld.nr 37 (2007–2008) Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn). To av hovedkapitlene handler om behov for bedre rehabilitering og innføring av en tilbakeføringsgaranti. Tilbakeføringsgarantien innebærer at innsatte, når de løslates, skal være sikret egnet bolig, arbeid eller opplæring, inntekt og helsetjenester ved behov. Innføring av tilbakeføringsgarantien forutsetter et utstrakt tverrdepartementalt og tverretatlig samarbeid framover. Justisdepartementet og Kriminalomsorgens sentrale forvaltning har etablert et prosjekt for implementering av tilbakeføringsgarantien, og en rekke undergrupper arbeider med den høyt prioriterte oppfølgingen av tilbakeføringsgarantien i 2009 og 2010.

Ansvarlig: Justisdepartementet





Forpliktende samhandling

Personer med rusmiddelproblemer har ofte sammensatte problemer og behov for langvarig oppfølging. Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale sosial-, helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer er kanskje den største utfordringen vi står overfor. Det er behov for å avklare roller og bli enige om handlingsmønstre. For å nå målet om helhetlige helse- og sosialtjenester må alle ta sin del av ansvaret.

Å styrke samhandlingen mellom ulike tjenester er spesielt viktig for personer med sammensatte problemer, som rusmiddelmisbrukere ofte har. Samhandling i opptrappingsplanen handler både om samhandling på individnivå og systemnivå. Individuell plan er viktig for å få samordnede tjenester, men altfor få personer med rusmiddelavhengighet har dette. Avtaler er viktig redskap på systemnivå, og Regjeringen har blant annet inngått en ny, nasjonal rammeavtale med KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenester. Gjennom opptrappingsplanen skal samhandling gjøres mer forpliktende.

For å få bedre samhandling i rusfeltet beskriver opptrappingsplanen 20 tiltak/satsingsområder som skal bidra til å oppfylle fem delmål.

Disse delmålene er å:

DELMÅL

1. bedre samordning av tjenester til barn og unge
2. bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene
3. styrke bruken av individuell plan
4. øke bruken av avtalesystemer
5. bedre samordning av lokale forebyggingstiltak

4.1 BEDRE SAMORDNING AV TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Barn og unge er spesielt sårbare, og tjenestene til disse skal samordnes bedre. Det skal blant annet satses mer på samordning mellom barnevern, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er to tiltak i planen som omhandler dette:

TILTAK

- Formidle rundskriv om forebygging og samarbeid om barn og unge
- Vurdere behov for å sende ut rundskriv om hvordan rutinene rundt behandling av meldinger til barnevernet bør være for å sikre at meldinger følges opp på en god måte

4.1.1 Formidle rundskriv om forebygging og samarbeid om barn og unge

Flere departementer har utgitt et felles rundskriv om forebygging og samarbeid om barn og unge i kommunene. Rundskrivet heter Q-16/2007 «Forebyggende innsats for barn og unge» og er utgitt i et samarbeid mellom Kommunal- og regionaldepartementet, Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. Rundskrivet er sendt alle landets kommuner.

Ansvarlig: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet

4.1.2 Vurdere behov for å sende ut rundskriv om hvordan rutinene rundt behandling av meldinger til barnevernet bør være for å sikre at meldinger følges opp på en god måte

Offentlige etater som kommer i kontakt med barn og unge med rusmiddelproblemer, skal ha gode rutiner for meldinger til barnevernet.

Barnevernet på sin side skal ha gode rutiner for å følge opp slike meldinger. Odelstingsproposisjon nr. 69 (2008-2009) Om lov om endringer i barnevernloven ble lagt frem for Stortinget 24. april 2009. Departementet foreslår her blant annet å lovfeste en plikt for barneverntjenesten til å gi tilbakemelding til melder, og å utvide barnevernets adgang til å gi opplysninger til yrkesutøvere etter lov om helsepersonell. Gjennom kartlegginger fra enkelte fylkesmenn er det avdekket store forskjeller mellom kommuner når det gjelder henleggelse av meldinger/manglende oppfølging av meldinger. Det skal derfor gjennomføres et forskningsprosjekt, der man skal se på praksis når det gjelder henleggelse av meldinger. Deretter skal man ta stilling til utarbeidelse av et eventuelt rundskriv.

Ansvar: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet

4.2 BEDRE SAMHANDLING OG KONTINUITET I TJENESTENE

Mange opplever at tjenestene ytes fragmentert og lite sammenhengende. Behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer innebærer ofte at flere tiltak må settes inn samtidig eller rett etter hverandre.

For å bedre samhandlingen skal følgende seks tiltak iverksettes gjennom planperioden:

TILTAK

- Bedre de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene
- Systematisere og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner
- Styrke praksiskonsulentordningen ved å øke antall deltidsstillinger i tverrfaglig spesialisert behandling for fastleger
- Øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner
- Foreslå utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene

Oppsummering

Seks av seks tiltak var påbegynt i 2009. I 2010 videreføres og forsterkes arbeidet med regionale rusfora, og i statsbudsjettene for 2009 og 2010 oppfordres det til at veiledningen mellom de regionale helseforetakene til kommunene bedres. De regionale kompetansesentrene for rus og fylkesmennene har god kontakt med både kommuner og helseforetak og har i 2009 mange tiltak som bidrar til samhandling. Videre skal samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten bli bedre blant annet gjennom å tilby allmennleger og fastleger deltidsstillinger i sykehusavdelinger via praksiskonsulentordningen. Erfaringsoverføring mellom

kommunene er også viktig for å bedre samhandlingen. I regi av den nasjonale strategien "På vei til egen bolig" (2005–2007) er det etablert 18 kommunenettverk, hvor kommunene inviteres til å delta. I forbindelse med samhandlingsreformen har det vært fokus på samhandlingsutfordringer mellom regionale helseforetak og kommuner. Fra 1. september 2009 har Pasient- og brukerombudet fått kommunale helse- og omsorgstjenester som arbeidsområde i tillegg til spesialisthelsetjenesten

4.2.1 Bedre de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene

Det ble allerede i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 signalisert at samhandling generelt skal styrkes mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, i tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet. I de regionale kompetansesentra for rusmiddelspørsmål pågår det 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. I forslag til statsbudsjett for 2009 vises det til at Regjeringen har startet arbeidet med en samhandlingsreform for å gi pasientene et bedre og mer helhetlig tilbud. Her oppfordres det til at de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene bedres.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

4.2.2 Systematisere og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner

Det er behov for mer og bedre kunnskap om hva som fremmer godt samarbeid mellom RHFer og kommuner, og dette er løftet frem i Stortingsmelding 47 Samhandlingsreformen, som ble lagt frem for Stortinget i 2009. I forbindelse med samhandlingsreformen ble det også satt ned en bredt sammensatt gruppe, som skulle vurdere årsaker til brudd og svikt i tjenesten til rusmiddelmissbrukere og gi forslag til forbedring. Her synliggjøres eksempler både på godt og dårlig samarbeid mellom helseforetak og kommuner.

De regionale helseforetakene har eksempler på samarbeid med kommunene på nettsidene sine. Videre har de regionale kompetansesentrene fått i oppdrag å intensivere tiltak som kan bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene. Det igangsettes en rekke tiltak regionalt, blant annet gjennom seminarer og veiledning til enkeltkommuner og helseforetak. Kompetansesenter rus - Oslo og Høyskolen i Lillehammer har startet opp en videreutdanning i mestring av tilbakefall og rusepisoder. Målgruppen er ansatte i kommunale sosial- og helsetjenester og i spesialisthelsetjenesten.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.2.3 Styrke praksiskonsulentordningen ved å øke antall deltidsstillinger i tverrfaglig spesialisert behandling for fastleger

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av fastleger, som fungerer i små konsulentstillinger i sykehusavdelinger (10 – 20 % stillingsstørrelse) med oppgaven å bedre samhandling mellom fastleger og sykehus/HF. Målsettingen for PKO er å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp innenfor enkeltnivåer og mellom første- og andrelinjen. PKO skal bidra til optimal arbeids- og ansvarsfordeling når flere parter har behandlingsansvar, samtidig eller i faser av forløpet. PKO skal forbedre kvaliteten på behandling, logistikk og prioritering og minske variasjoner i praksis og overforbruk av helsetjenester. Ordningen har vart siden 1995, og det er mer enn 100 fastleger i funksjon, fordelt på alle helseregioner og de fleste sykehus. Gjennom ordningen tilbys fastleger og allmennleger deltidsstillinger i sykehusavdelinger. Ordningen er viktig for å optimalisere pasientforløp og bedre samhandling mellom fag og nivåer innen tverrfaglig spesialisert behandling.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

4.2.4 Øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner

I forbindelse med iverksetting av bostedsløshetsstrategien "På vei til egen bolig" samarbeider Husbanken med fylkesmennene om å drive

totalt 18 kommunenettverk. Gjennom nettverket utveksler kommunene erfaringer blant annet om metoder og modeller for boligutvikling og boligsosialt arbeid. Husbanken melder om positive tilbakemeldinger på nettverksarbeidet. 135 kommuner og 14 bydeler i Oslo deltar i de 18 kommunenettverkene som er etablert. Det er i hovedsak de største kommunene – som også har de største behovene – som deltar i nettverkene. Kriteriene for å delta varierer etter lokale forhold. Husbanken rapporterer hvert kvartal på arbeidet med bostedsløshet. Dette omfatter også aktiviteten i kommunenettverkene.

Ansvarlig: Kommunal- og regionaldepartementet

4.2.5 Foreslag til utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Fra 1. september 2009 har Pasient- og brukerombudet fått kommunale helse- og omsorgstjenester som arbeidsområde i tillegg til spesialisthelsetjenesten (sykehus). Kommunale helsetjenester er blant annet legevakt, fastlege, fysioterapi, hjemmesykepleie, sykehjem, psykisk helseteam og rusteam. Kommunale sosialtjenester er for eksempel avlastning, praktisk bistand i hjemmet (personlig assistent, boveileder, hjemmehjelp o.l.), støttekontakt, omsorgslønn og tiltak for rusmiddelavhengige. Økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsstønning er unntatt fra ombudets arbeidsområde. Se www.pasientogbrukerombudet.no

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

4.2.6 Etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene

I forbindelse med St.meld.nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid, er det fokus på samhandlingsutfordringer mellom de regionale helseforetakene og kommunene. Som en del av forarbeidet er det beskrevet hvilke utfordringer man ser på rusfeltet gjennom blant annet et forløpscase på rus.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.3 STYRKE BRUKEN AV INDIVIDUELL PLAN

Alle med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til å få iverksatt en individuell plan. I planen skal det være utnevnt en koordinator, som er ansvarlig for å sikre oppfølgingen av bruker og holde framdrift i planprosessen. Dernest bør det være en ansvarsgruppe bestående av bruker, koordinator og andre naturlige samarbeidspartnere, som fastlege, pårørende eller andre. Ansvarsgruppen møter jevnlig. Gevinsten for brukeren med å ha en IP er bedre oversikt over tjenestene, større medvirkning og et målrettet samarbeid. Gevinsten for hjelpetjenestene er bedre koordinering av tjenestene, skarpere brukerfokus og mer forpliktende relasjoner med brukere. Etter 1. januar 2004 ble individuell plan for personer med rusmiddelproblemer med behov for langvarige og koordinerte tjenester hjemlet i Sosialtjenesteloven (§4-3a). Allerede i 2001 ble retten til individuell plan nedfelt i Pasientrettighetsloven. Vektleggingen av individuell plan kan også ses i sammenheng med hovedmålet for Rusreformen, som er å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Til tross for dette viser flere rapporter at få personer med rusmiddelavhengighet har individuell plan. Det skal gjennom opptrappingsplanen derfor legges til rette for at flere rusmiddelmissbrukere får individuell plan (jf www.kommunetorget.no).

Det er fire konkrete tiltak under dette delmålet. Det første dreier seg om å gjøre økt bruk av IP. De øvrige omhandler ulike måter å øke bruken på.

TILTAK

- Øke bruken av individuell plan
- Utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder om individuell plan og tilpasse den til personer med rusmiddelproblemer
- Gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesenter for rusmiddelspørsmål og brukerorganisasjoner
- Gjøre individuell plan til et gjennomgående tema i avtaleordningen mellom staten og KS

Alle fire tiltakene er igangsatt. Hjelpe- og behandlingsforløpet til rusmiddelmisbrukere er preget av brudd, og arbeidet med Individuell plan skal målrettes bedre. Det er utarbeidet et tipshefte, som blant annet synliggjør betydningen av individuell plan for rusmiddelmisbrukere, og en nettside **www.kommunetorget.no**, hvor man finner tips, veileder, forskrift om Individuell plan, maler og oppsummering av spørsmål om IP. Videre oppfordres det til bruk av individuell plan gjennom alle tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet. Individuell plan er også et gjennomgående tema i avtalerordningen mellom staten og KS.

Under skisseres status for de fire tiltakene som er beskrevet i planen.

4.3.1 Øke bruken av individuell plan

Helsedirektoratet arbeider for å øke bruken av individuell plan for alle grupper som trenger / har rett til det. Det er også iverksatt flere tiltak for å sikre at rusmiddelmisbrukere i større grad skal få IP. Det oppfordres til bruk av IP gjennom alle tilskuddsordningen fra rusfeltet. I tillegg har fylkesmannen dette i sitt embetsoppdrag. Det er også sentralt i det koordinerende tillitspersonforsøket, der over halvparten av brukerne nå har IP. På kommunetorget.no finner man alle nødvendige bakgrunnsdokument og verktøy for IP. På nettsiden registreres også hemmere og fremmere blant fagfolk for å ta i bruk IP. Det er også utgitt egne tipshefter.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.3.2 Utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder om individuell plan og tilpasse den til personer med rusmiddelproblemer

Hvordan styrke arbeidet med individuell plan for rusmiddelavhengige ble utgitt av Kompetansesenter rus - Nord-Norge i 2008. I tillegg er de generelle dokumentene om IP også relevante for rusmiddelavhengige. Forskriften om Individuell plan (IP) ble endret i 2007, og veilederen som ble utgitt i 2005, ble revidert i 2007. I tillegg er det vesentlig å endre forestillingen om at IP er et vanskelig tilgjengelig verktøy for tjeneste-

ytere og brukere. Helsedirektoratet har derfor laget et tipshefte, *Gjør det så enkelt som mulig*, for tjenesteytere samt en brukerrettet brosjyre, hvor rus er eksemplifisert med historien «Veien til et rusfritt liv» side 16 og 17. Tipsheftet er sendt til fylkesmenn og koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i kommunene. Det er også laget en ny brukerbrosjyre. *Individuell plan – en rettighet for deg og et verktøy for samarbeid* er sendt koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i kommuner, RHF, HF og til fastleger. Det er avholdt og skal avholdes flere regionale konferanser om IP. Se punktet over for mer informasjon.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.3.3 Gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesenter for rusmiddelspørsmål og brukerorganisasjoner

For å sørge for at flere får kunnskap om erfaringer med individuell plan arbeider både fylkesmennene, kompetansesentrene og brukerorganisasjonene med å spre erfaringer. Nettstedet www.kommunetorget.no er et nyttig verktøy, hvor man finner alle nødvendige dokumenter om individuell plan, samt tips og råd for utarbeidelse av gode individuelle planer. Her finner man også "Levende veiviser" – en film som viser hvordan du kan systematisere arbeidet og arbeide med realistiske og brukervennlige mål, samt at den påpeker ulike dilemmaer i arbeidet. Nettstedet er drevet av Kompetansesenter rus - region nord, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kompetansesenteret har i tillegg, i samarbeid med fylkesmennene og brukerorganisasjoner, publisert en skriftserie hvor det fokuseres på status i individuell plan, hva som hemmer og fremmer arbeidet og, ikke minst, hva som kan gjøres for å styrke arbeidet framover. Denne er gjort tilgjengelig for kommunene. Fylkesmennene har i oppdrag å styrke bruken av IP og har ulike opplærings tiltak for kommuner i bruk av IP. Helsedirektoratet har også erfaringsspredning om individuell plan på dagsorden når det arrangeres fagsamlinger for kommunene.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.3.4 Gjøre individuell plan til et gjennomgående tema i avtaleordningen mellom staten og KS

Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund har jevnlig møter for å følge opp avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene i avtalen omfatter blant annet tjenesteutvikling og kompetetansetiltak, herunder arbeid med individuell plan. Helsedirektoratet har en sentral rolle i oppfølging av tiltak i planen.

Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet

4.4 ØKE BRUKEN AV AVTALESYSTEMER

Også på systemnivå må vi ha redskap som sikrer at det jobbes systematisk og målrettet med å løse samhandlingsutfordringer. Dette skal gjøres gjennom følgende fire tiltak:

TILTAK

- Følge opp nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Reforhandle avtalen mellom regjeringen og KS om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet
- Styrke bosettingen etter løslatelse fra fengsel
- Styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementet og KS har inngått og følger opp rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Likeledes er det inngått avtale med KS om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Det er viktig at man har tilgang til bolig etter løslatelse fra fengsel, men ved utgangen av 2008 manglet over halvparten bolig ved løslatelse. Det utarbeides boligavtaler mellom Kriminalomsorgen og kommunene for å bedre dette. For å styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet jobbes det med å få til flere regionale og lokale avtaler mellom Kriminalomsorgen og NAV. Sju kommuner igangsatte i 2009 prosjekter hvor man under soning planlegger oppstart av kvalifiseringsprogram og andre arbeidsrettede tiltak.

Under følger status for alle de fire tiltakene som er igangsatt under dette delmålet.

4.4.1 Følge opp nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

Regjeringen og KS inngikk i 2007 en treårig nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Avtalen er et av tiltakene i Nasjonal Helseplan (2007–2010). Et sentralt mål med rammeavtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler og danne grunnlag for samarbeid mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Hensikten er at brukerne skal få et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Denne avtalen blir fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet. Det vises også til St.melding nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen; ”Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/ samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Dette vil være en videreføring og vil også gi klarere rammer av det frivillige avtalesystemet som i dag praktiseres mellom staten og KS/kommunesektoren”.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

4.4.2 Reforhandle avtalen mellom regjeringen og KS om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet

Boligsosial samarbeidsavtale mellom KS og Regjeringen utløper 31.12.2010. Formålet er blant annet å sette boligsosiale utfordringer på den politiske og administrative dagsorden i kommunene. Det er også et mål at samarbeidet mellom kommunesektoren og staten bidrar til økt erfaringsutveksling og en økt felles forståelse av boligsituasjonen til vanskeligstilte. Arbeidet med samarbeidsavtalen evalueres hvert år i forbindelse med det tredje konsultasjonsmøtet som staten har med KS. Videre følges avtalen opp gjennom ledermøter to ganger årlig, i tillegg til arbeidsmøter på saksbehandlernivå. Hvert år skal partene sammen arrangere boligsosiale ledermøter. Den 17. oktober 2008 ble det arrangert et politisk ledermøte om boligsosiale utfordringer i Kristiansand, der kommuneledelsen deltok. Avtalen trådte først i kraft 1. januar i 2008, og det er derfor for tidlig å rapportere hensiktsmessig på selve måloppnåelsen.

Ansvarlig: Kommunal- og regionaldepartementet

4.4.3 Styrke bosettingen etter løslatelse fra fengsel

Arbeidet med bosetting ved løslatelse er avhengig av at kommunene har egnede boliger å tilby. Ved utgangen av 2008 manglet over halvparten av alle innsatte bolig da de ble løslatt. Kriminalomsorgen har fått midler fra Kommunal- og regionaldepartementet via Husbanken til arbeidet med å skaffe bolig for innsatte ved løslatelse. Det arbeides med å få til avtaler med de enkelte kommunene. Det har vært en økning i antall avtaler, fra 44 i 2007, 62 i 2008 til ca. 80 boligavtaler mellom Kriminalomsorgen og kommuner i 2009. Husbanken har i tillegg finansiert sju boligkonsulenter, som skal arbeide med å skaffe flere innsatte bolig når de løslates. Dette antallet er det samme som ved forrige rapportering. Det ble også meldt i 2009 at mange kommuner ikke har boliger å tilby ved løslatelse.

Ansvarlig: Justis- og politidepartementet

4.4.4 Styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet

Det arbeides for å styrke samarbeid med NAV, slik at flere domfelte som soner fengselsstraff, kommer i arbeid eller inn i kvalifisering etter løslatelsen. Det er åtte NAV-konsulenter i fengslene. Disse samarbeider med NAV ute om løslatelse. Samtlige regioner har inngått avtaler med NAV regionalt. Det er også inngått en rekke lokale avtaler mellom fengsler og NAV-kontorer. Høsten 2008 ble det arrangert en landsomfattende konferanse om samarbeidet mellom NAV og kriminalomsorgen.

Det ble i 2009, i et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF), igangsatt et treårig, nasjonalt forsøk, som har som mål å finne fram til gode modeller, som sikrer innsatte kontinuitet, integrert tjenesteforløp og tettere individuell oppfølging i overgang fra fengsel til frihet. Det skal prøves ut metoder for å gjøre innsatte som tilhører målgruppen motivert til å benytte seg av kvalifiseringsprogrammet ved løslatelse. I 2009 ble det igangsatt sju prosjekter i et samarbeid mellom lokale NAV-kontorer og fengsler. Dette er NAV Oppland og Trondheim fengsel, NAV Fræna og Hustad fengsel, NAV Vindafjord og Sandeid fengsel, NAV Eiganes og Stavanger feng-

sel, NAV Horten og Bastøy fengsel, NAV Gjøvik og Vestoppland fengsel samt NAV Sarpsborg og Revneberget fengsel. Kommunen hvor fengslet ligger, skal samarbeide med innsattes hjemkommune om tiltak, slik at flere kan komme i arbeid.

Ansvarlig: Justis- og politidepartementet

4.5 BEDRE SAMORDNING AV LOKALE FOREBYGGINGSTILTAK

Flere steder driver kommuner og frivillige organisasjoner ulike forebyggingstiltak rettet mot samme målgruppe, men uavhengig av hverandre. Gjennom opptrappingsplanen skal det legges til rette for at kommunenes forebyggingstiltak ses i en helhetlig sammenheng, og at de ses i sammenheng med oppfølging av personer med rusmiddelproblemer.

Dette skal gjøres gjennom fire tiltak:

TILTAK

- Bistå kommuner som ikke har helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan med å utarbeide det
- Videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen
- Styrke og samordne opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging
- Vurdere tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende (2009/2010)

Oppsummering

Helsedirektoratet anbefaler at alle kommuner har rusmiddelpolitiske handlingsplaner, og nesten alle kommuner har nå slike planer. SIRUS er i gang med å undersøke hvordan planene fungerer i et utvalg kommuner. Det arbeides også for å videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen. En veileder for skolens rusforebyggende arbeid skal være klar i løpet av 2010. Målsettingen er at landets skoler skal få lik anbefaling når det gjelder prinsipper og strategier i det rusmiddelforebyggende arbeidet, samtidig som at veilederen skal bidra til mest mulig virksomt og effektivt forebyggende arbeid i skolene, tett koblet opp mot læreplanverket. Helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene utvikler en kompetanseutviklingsplan for å styrke kunnskapen om forebyggende arbeid. Gjennom dette arbeidet samordnes og styrkes opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging. I 2010 skal man i

gang med å vurdere tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende. Under følger en gjennomgang av status for de enkelte tiltakene.

4.5.1 Bistå kommuner som ikke har helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan med å utarbeide det

De regionale kompetansesentrene - rus har styrket bistanden til kommunene med kompetanseutvikling gjennom kurs, konferanser og konkret veiledning ved utarbeiding av rusmiddelpolitisk handlingsplan. Målgruppen er kommunale politikere, ledere og ansatte. Formålet er å øke antallet kommuner med en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan, og resultatene viser at nesten alle kommuner nå har slike planer. SIRUS foretar årlige undersøkelser der antall kommuner med rusmiddelpolitisk handlingsplan registreres, og i 2009 fikk de i oppdrag å se nærmere på bruken av planene i et utvalg kommuner. Sentrale spørsmål vil være: Hvordan bruker kommunene alkohol-/rusmiddelpolitiske handlingsplaner til å utforme og påvirke lokale forhold på rusmiddelfeltet? Hva innebærer pålegg om alkohol-/rusmiddelpolitiske planer i praksis? Hvordan utarbeides slike planer? Hvem involveres og hvem får et eierforhold til innholdet? Hva inneholder de? Hvilket perspektiv formidler planene på rusmiddelforebygging og rusmiddelproblemer, og hvilke forutsetninger har kommunene for å implementere handlingsplanene?

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.5.2 Videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen

På bakgrunn av bl.a. forskningsrapporten *Forebyggende innsatser i skolen* og annen relevant forskningsbasert kunnskap utvikles det en helhetlig anbefaling for (rus)forebyggende tiltak i skolen. Det utarbeides en veileder for skolens rusforebyggende arbeid, som samordnes med Utdanningsdirektoratets materiellutvikling for "Bedre læringsmiljø". Målet er å ha veilederen ferdig 2010.

Målgruppen er først og fremst skoleledelse, lærere, elever og foreldre/foresatte. Målsettingen er at landets skoler skal få lik anbefaling når det gjelder prinsipper og strategier i det rusmiddelforebyggende arbeidet, samtidig som at veilederen skal bidra til mest mulig virksomt og effektivt forebyggende arbeid i skolene, tett koblet til læreplanverket. Veilederen knyttes til nettstedet **www.forebygging.no/skole** og www.udir.no. Det utarbeides en implementeringsplan for veilederen.

De programmene som tilbys skolene, må følges opp og kvalitetssikres. Derfor har Helsedirektoratet iverksatt en mer kritisk vurdering ved tildeling av tilskudd til frivillige organisasjoners skoleprogrammer, i tråd med vurderingene i rapporten om forebyggende innsats i skolen. Samtidig bidrar Helsedirektoratet til at det gjennomføres gode evalueringer av flere programmer, bl.a. ved å gi tilskudd til evaluering. Her er det en klar positiv utvikling. Flere organisasjoner jobber for å bedre sine skoleprogrammer, endre aktivitet eller fase ut sin virksomhet i skolen etter Helsedirektoratets anbefalinger.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.5.3 Styrke og samordne opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging

Målet med dette tiltaket er å styrke og samordne det forebyggende arbeidet i kommunene, med utgangspunkt i veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan, erfaringer fra Regionprosjektet, rapporten *Forebyggende innsatser i skolen* og utviklingsarbeidet om tidlig intervensjon. Helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene utvikler nå en kompetanseutviklingsplan for å styrke kunnskapen om forebyggende arbeid. Eksempler på innholdet i denne er videreutdanninger, mindre moduler, enkeltstående kurs/konferanser og seminarer. Innholdet vil være for eksempel «Grunnlagsforståelse for forebyggende arbeid», «Hva er virksom rusforebygging», planarbeid m.m. Milepæler er under utvikling. Utviklingsarbeidet med påfølgende implementering vil hovedsakelig gjennomføres i løpet av 2009.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

4.5.4 Vurdere tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende (2010)





Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Det er mange sterke brukerorganisasjoner på rusfeltet, og i årene som kommer skal samarbeidet mellom bruker og utøver bli enda bedre – både på system- og individnivå. Pårørende er en viktig ressurs som må trekkes enda mer aktivt med når deres nærmeste har behov for hjelp og støtte. Det skal også tas hensyn til at pårørende ofte også selv har behov for hjelp. Ekstra sårbare er barn som har foreldre med rusmiddelproblemer, og det satses særlig på denne gruppen.

For å oppnå økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende beskriver opptrappingsplanen tjue tiltak/satsingsområder som skal bidra til å oppfylle tre delmål. Disse delmålene er:

DELMÅL

1. bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer
2. styrke brukernes medvirkning
3. mer systematisk bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeidet

5.1 Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer

Barn av personer med rusmiddelproblemer er oftere utsatt for omsorgssvikt, overgrep og vold enn andre. Dette har vært en forsømt gruppe, som myndighetene ønsker å identifisere og gi hjelp til så tidlig som mulig. Det er foreslått ni tiltak for å gi bedre oppfølging av disse barna:

TILTAK

- Vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene
- Satse mer på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre
- Etablere kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre
- Styrke det statlige barnevernet med en stilling i et fagteam i hver region
- Utarbeide informasjons- og veiledningsmateriell om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre
- Avholde regionale konferanser for å videreføre satsingen på kompetansebygging og erfaringsspredning om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre
- Øke kunnskapen om og vurdere tiltak for kvinnelige rusmiddelavhengige og kvinner som blir gravide mens de er i legemiddelassistert rehabilitering og barna deres
- Utarbeide veileder for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre
- Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke (2010)

Oppsummering

Åtte av tiltakene ble påbegynt i 2009. Det er lovfestet at mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter skal få bedre oppfølging når foreldrene mottar helsehjelp. Lovendringen trer i kraft 1. januar 2010. Her er det også lovfestet at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov, og at spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell.

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om en satsing på tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer, og mange frivillige og offentlige instanser har fått tilskudd til prosjekter som skal bedre situasjonen til barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige.

Sørlandet sykehus HF leder «Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre» og skal samle og spre kunnskap blant annet gjennom nettsiden **www.barnsbeste.no**.

Heftene *De usynlige barna* er utgitt i et samarbeid mellom Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Det er også utarbeidet et verktøysett, som voksne kan bruke i møte med barn opp til ca. åtte år. Dette er samlet på www.hvemkanhjelpesper.no.

Det statlige barnevernet er styrket med seks koordinatorstillinger, og det er også arrangert flere regionale konferanser med barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige som tema.

Kvinner med rusmiddelavhengighet eller kvinner som blir gravide mens de er i legemiddelassistert behandling trenger ofte tett oppfølging, og av og til også innleggelse uten eget samtykke. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av barn/familier frem til skolealder. I tillegg er § 6-2 i sosialtjenesteloven under evaluering.

Planene om å utgi en veileder for barn som pårørende ble besluttet omgjort til et rundskriv. Dette er ferdig primo 2010.

I løpet av 2010 skal man kartlegge/samordne opplysninger om barn av foreldre med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

Under følger en status for hvert av tiltakene under delmålet om å gi bedre hjelp til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.

5.1.1 Vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene

Stortinget behandlet Ot.prp nr 84 (2008-2009) Om lov i endringer i helsepersonellloven m.m. (oppfølging av born som pårørende) i juni 2009.

Lovendringen trådte i kraft 1. januar 2010 og skal medvirke til at mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter får bedre oppfølging når foreldrene mottar helsehjelp. Helsepersonell blir pålagt å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, og helseinstitusjoner skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barna.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

5.1.2 Satse mer på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre

Barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige har vært en forsømt gruppe, og oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre er et prioritert område for Regjeringen. I tillegg til bedre rettighetsfesting for barn (oppfølging av barn som pårørende) er det flere andre satsinger. Som et ledd i Handlingsplanen mot fattigdom i 2007 ble det bevilget 15 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Bevilgningen økte i 2008 med 5 mill. kroner til i alt 20 mill. kroner og ble videreført i 2009 på Kap 726, post 70. I tillegg har Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet bevilget midler blant annet til å styrke kompetansen i barnevernet.

I 2009 ble det i tillegg tildelt midler til forskning om behandlingsintervensjoner for å redusere skader hos fosteret som følge av mors bruk av rus-

midler under svangerskapet, utviklet læringstilbud i helseforetakene for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre og igangsatt kompetansehevede tiltak og tiltak i regi av frivillige organisasjoner og kommuner. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har begge foreslått å videreføre satsningen i 2010.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Barne- ungdoms- og familiedirektoratet publisert en oversikt over screening- og utredningsverktøy til bruk overfor utsatte barn og unge. Oversikten finnes på www.helsebiblioteket.no.

Helsedirektoratet har også gitt støtte til oppstarten av organisasjonen BAR - Barn av rusmisbrukere.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

5.1.3 Etablere kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre

Departementet etablerte i 2007 Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Mandatet ble i 2009 utvidet til å omfatte barn som pårørende generelt. Sørlandet sykehus HF leder nettverket som skal samle, systematisere og formidle kunnskap og spre kunnskap til tjenestene. Kompetansenettverket som har fått navnet BarnsBeste, ble formelt åpnet i juni 2008. Mandat og ytterligere informasjon finnes på kompetansenettverkets hjemmeside **www.barnsbeste.no**.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

5.1.4 Styrke det statlige barnevernet med en stilling i et fagteam i hver region

Fagteamene i det statlige, regionale barnevernet ble i 2008 styrket med en regional koordinator i hver av de fem regionene. I tillegg er det ansatt en sentral koordinator i Barne- ungdoms og familiedirektoratet.

Koordinatorerne skal bidra til økt spesialkompetanse om barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer. Koordinatorerne har ansvar for å veilede og lære opp kommuner i alle regioner. I tillegg har de ansvar for å følge opp 26 modellkommuner, som gir langsiktig og systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre fra graviditet til skolealder. Ansatte får blant annet opplæring i bruk av screening- og kartleggingsverktøy for utsatte grupper.

Ansvarlig: Barne- og likestillingsdepartementet

5.1.5 Utarbeide informasjons- og veiledningsmateriell om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre

Det er utgitt et hefte som heter *De usynlige barna* og handler om barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Hftet er utgitt av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Se også nettstedet www.hvemkanhjelpes.no. Siden er en del av et verktøysett i møte med barn som man kan ha mistanke om har vært utsatt for omsorgssvikt forårsaket av rusmisbruk. Settet består av bok, animasjonsfilm og en veileder, og nettsiden er ment brukt sammen med barn fra førskolealder opp til ca. åtte år.

Ansvar: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet

5.1.6 Avholde regionale konferanser for å videreføre satsingen på kompetansebygging og erfaringsspredning om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre

I 2008 ble det arrangert åtte regionale konferanser om kompetanseheving i barnevernet. Barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre har vært ett av tre hovedtemaer på disse todagerssamlingene for kommunene. Foredrag og annen nyttig informasjon fra konferansene skal gjøres tilgjengelig gjennom et nettsted som er under arbeid.

Ansvarlig: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet

5.1.7 Øke kunnskapen om og vurdere tiltak for kvinnelige rusmiddelavhengige og kvinner som blir gravide mens de er i legemiddelassistert rehabilitering og barna deres

I første omgang er oppfølgingen av gravide kvinner med rusmiddelavhengighet basert på frivillighet, og det finnes en rekke spesialiserte tiltak med tilbud til denne pasientgruppen. Tjenestene har i tillegg plikt til å vurdere om gravide med rusmiddelavhengighet skal plasseres i institusjon uten eget samtykke dersom deres misbruk av rusmidler medfører fare for fosterets helse. Årlig blir dessuten 30–50 kvinner i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gravide. Begge grupper av gravide krever spesialisert og langsiktig oppfølging.

Tjenesteutvikling og økt kompetanse om behandlingsmetoder og langsiktige oppfølgingstiltak skal prioriteres. Helsedirektoratet er i ferd med å avslutte retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av barn/familier frem til skolealder. I tillegg er § 6–2 i sosialtjenesteloven under evaluering.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.1.8 Utarbeide veileder for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre

Dette oppdraget ble endret av Helse- og omsorgsdepartementet. I stedet for veileder ble det besluttet å utarbeide et rundskriv om barn som pårørende. Dette ferdigstilles primo 2010.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.1.9 Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke (2010)

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.2 STYRKE BRUKERNES MEDVIRKNING

Mange rusmiddelavhengige klarer å bli rusfrie ved egen hjelp. Det er viktig å vite hvilke selvhjelpsstrategier som fungerer positivt og hvilke selvhjelpsorganisasjoner som finnes på rusfeltet. Formålet er å lære mer om hvordan vi kan utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet. Dette er ett av tiltakene under delmålet «Styrke brukernes medvirkning».

Andre sentrale tiltak under delmål 5.2 er å bedre samarbeidet med pårørende og brukere. Det skal utvikles bedre møteplasser og verktøy for brukermedvirkning, og vi skal ved hjelp av brukerorganisasjonene bistå fylkesmennene med opplæring i å utarbeide individuelle planer.

Følgende sju tiltak skal bidra til å styrke brukernes medvirkning.

TILTAK

- Utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet og bidra til at selvhjelp gjøres kjent blant brukere, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- Arrangere nasjonal konferanse for og med pårørende til rusmiddelavhengige
- Ta i bruk verktøy for brukermedvirkning
- Gi økonomisk støtte til pårørendesenter
- Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen
- I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer
- Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helseregionene (2009/2010)

Oppsummering

Det skjedde mye under dette delmålet i 2009. I 2008 var kun selvhjelps-kartleggingen i gang, mens seks av sju tiltak ble igangsatt i 2009.

Selvhjelp er et viktig supplement til behandling og skal styrkes i opptrappingsplanperioden. Det ble i 2009 kartlagt over 400 selvhjelpsorganisasjoner på rusfeltet, og Norsk Selvhjelpsforum har også på oppdrag fra Helsedirektoratet kartlagt/samlet forskning om selvhjelp på rusfeltet. Arbeidet med å gjøre tilbudet bedre kjent og utvikle nye tiltak holder frem i 2010. Høsten 2009 ble det arrangert en konferanse for og med pårørende. Helsedirektoratet etablerte "Erfaringsnettverk av brukerorganisasjoner på rusfeltet", som skal gi råd om brukermedvirkning og andre tiltak i opptrappingsplanen. Brukerorganisasjonene er også sentrale i opplæring/bruk av individuelle planer. Bruker- og pårørendeorganisasjonene fikk økt støtte i 2009, og et utvalg brukerorganisasjoner er i gang med å utarbeide forslag til opplæring av brukerrepresentanter. AKAN har laget brosjyre om pårørendes rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen. I 2010 skal samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommuner og helse-regioner bedres. Det øvrige arbeidet for å styrke brukernes medvirkning holder også frem i 2010.

5.2.1 Utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet og bidra til at selvhjelp gjøres kjent blant brukere, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten

Selvhjelpsperspektivet innen rusfeltet skal styrkes. Selvhjelp kan hjelpe både bruker og pårørende med å ta i bruk egne ressurser i samarbeid med andre. Arbeidet skal ses i sammenheng med Nasjonal plan for selvhjelp og Knutepunkt for selvhjelp. Norsk Selvhjelpsforum v/Knutepunkt for selvhjelp har på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2009 kartlagt organisasjoner som tilbyr selvhjelp som metode i rusfeltet og ulike metoder/verktøy for selvhjelp på rusområdet. Kartleggingen viser at det er over 400 ulike selvhjelpsgrupper på rusfeltet, og at selvhjelp er et viktig supplement til annen behandling. I 2010 har Knutepunkt for selvhjelp i oppdrag å gjøre selvhjelp som metode og opplysninger om

hvilke tilbud som finnes, kjent blant brukere, pårørende og ansatte i hjelpeapparatet. I samarbeid med Knutepunkt for selvhjelp ble det høsten 2008 lyst ut og innvilget midler til forskningsprosjekter om selvhjelp og psykisk helse og til evaluering av selvhjelpsprosjekter på rusfeltet. Resultatene kommer i 2010.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.2.2 Arrangere nasjonal konferanse for og med pårørende til rusmiddelavhengige

I november 2009 arrangerte Helsedirektoratet en landsdekkende konferanse med 200 pårørende til rusmiddelavhengige og ansatte fra hjelpeapparatet. Programmet var utarbeidet i tett samarbeid med pårørendeorganisasjoner og kompetansesentre for rusfeltet. En av målsettingene var å gi pårørende mer kunnskap om hvilke ulike rettigheter de har og hvilke støttetiltak som er tilgjengelige. Helsedirektoratet ønsket også mer kunnskap om hvordan man kan imøtekomme pårørendes behov. Som en konsekvens av konferansen planlegges det en pårørendeportal på internett som skal utarbeides i løpet av 2010. Helsedirektoratet har i forkant av konferansen fått kartlagt pårørendeorganisasjoner/tiltak på rusfeltet, og dette er utgitt i bokform. Direktoratet har også arrangert et rådslag med sentrale representanter fra ulike pårørendeorganisasjoner.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.2.3 Ta i bruk verktøy for brukermedvirkning

Det arbeides for å bidra til økt brukermedvirkning på flere nivåer. Alle tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet stiller for eksempel krav om brukermedvirkning. I tillegg er det for 2009 gitt økt støtte til brukerorganisasjoner og pårørendeorganisasjoner gjennom tilskudd til frivillige organisasjoner. Tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene tyder på at det er stor etterspørsel etter brukerrepresentanter både fra kommuner og spesialisthelsetjeneste. I 2009 opprettet Helsedirektoratet "Erfaringsnettverk av brukerorganisasjoner på rusfeltet" med sju sentrale bruker-

organisasjoner. Nettverket møtes fem ganger i året i opptrappingsplanens periode og skal gi råd til Helsedirektoratet i spørsmål knyttet til både brukermedvirkning/brukerstyrking og øvrige relevante tiltak i opptrappingsplanen. Nettverkets organisasjoner har fått midler til å utarbeide tiltak for å styrke brukeropplæring og vil i løpet av 2010 levere en samlet rapport til Helsedirektoratet med anbefalinger/program for opplæring.

5.2.4 Gi økonomisk støtte til pårørendesenter

Pårørendeorganisasjoner har fått økt støtte i opptrappingsplanperioden gjennom tilskuddsordninger til frivillige organisasjoner. Den økte støtten har hovedsakelig blitt brukt til å etablere flere pårørendesentre over hele landet, Pårørendeorganisasjoner som har mottatt støtte, er A-larm, Landsforbundet mot stoffmisbruk, Veiledningsenteret i regi av Norske kvinner sanitetsforening og pårørendesenteret i Sandnes.

Ansvar: Helsedirektoratet.

5.2.5 Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen

Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en brosjyre om tilrettelegging for pårørende til rusmiddelavhengige. Brosjyren viser hvilke muligheter og rettigheter de har for individuell tilrettelegging i arbeidslivet. Brosjyren er utarbeidet i samarbeid med pårørendeorganisasjoner og Arbeidstilsynet/NAV. AKAN vil distribuere brosjyren til arbeidsgivere innen første del av 2010. Brosjyren kan bestilles hos www.akan.no eller lastes ned gratis fra <http://www.akan.no/filer//paa-rorende2.pdf>

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.2.6 I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer

Helsedirektoratet har gitt i oppdrag til Fylkesmennene å samarbeide med brukerorganisasjonene om opplæring i individuell plan. Tilbakemeldinger viser at det er et utbredt samarbeid med brukerorganisasjonene i dette arbeidet. Det har også vært avholdt en rekke regionale konferanser og samlinger.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.2.7 Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helseregionene (2010)

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.3 BRUKE BRUKERERFARINGER MER SYSTEMATISK I KVALITETSARBEIDET

Systematisk innhenting av brukererfaringer er nødvendig for å utvikle gode og effektive tjenester. Hvor fornøyde er pasientene med behandlingen i tverrfaglig spesialisert behandling? Hvordan kan vi bruke erfaringer fra brukerne enda mer systematisk?

TILTAK

- Gjennomføre en temaundersøkelse for bruker- og pårørende erfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling
- Sikre at brukerundersøkelser og brukervedvirkning er en integrert del av internkontrollsystemene i spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Utvikle modeller for brukervedvirkning i kommuner og helseforetak
- Styrke lærings- og mestringssentrene rolle overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende

Oppsummering

Det er nødvendig med gode kartleggingsinstrumenter for å fange opp brukernes erfaringer. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utvikler et spørreskjema.

Brukermedvirkning skal også være en del av kommunenes og de regionale helseforetakenes internkontrollsystem, og fylkesmennene kurser kommunene i dette. Alle som mottar tilskuddsmidler, må også rapportere på hvordan de ivaretar brukervedvirkning.

Det skal utvikles modeller for brukervedvirkning i kommuner og helseforetak. Dette var så vidt påbegynt i 2008, og i 2009 er dette gjort mer systematisk. Lærings- og mestringssentrene er viktige arenaer for å gi brukere og pårørende opplæring, og det er ønskelig fremover at enda flere gir et tilbud også om rusmiddelproblematikk. Alle fire tiltakene ble påbegynt i 2009.

Under følger en kort status for hvert av tiltakene.

5.3.1 Gjennomføre en temaundersøkelse for bruker- og pårørendeerfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) presiseres det at systematisk innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer er viktig for å utvikle gode og effektive tjenester. Kommunene og helseforetakene skal ha opplegg for systematisk tilbakeføring av brukererfaringer for å kvalitetssikre og utvikle tjenestene. Brukermedvirkning skal derfor være en del av kommunenes og helseforetakenes internkontrollsystem. Et av tiltakene som er fremhevet i denne sammenhengen, er gjennomføring av en temaundersøkelse for brukererfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har tidligere kartlagt nasjonal og internasjonal litteratur og instrumenter som kartlegger brukererfaringer med behandlingstilbud innenfor rus- og avhengighet. Konklusjonen var at ingen spørreskjemaer kunne anvendes direkte på norske forhold. Kunnskapssenteret utarbeider et spørreskjema. En slik undersøkelse vil kunne gi verdifulle opplysninger om faktisk brukernøydhet ved tjenestene, samt være et verktøy som kan benyttes flere ganger.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

5.3.2 Sikre at brukerundersøkelser og brukermedvirkning er en integrert del av internkontrollsystemene i spesialisthelsetjenesten og kommunene

Fylkesmannsembetene arrangerer kurs i internkontrollsystemer. Alle kommuner som får tilskudd til kommunalt rusarbeid (Post 63.), redegjør og rapporterer på metodisk tilnærming og utforming av tiltaket, inkludert bruk av individuell plan og brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Forsøket med koordinerende tillitspersoner hvor en har fokus på utvikling av modeller for brukemedvirkning på systemnivå, er igangsatt. Gjennom kravene som ligger i tilskuddsordningene for kommunalt rusarbeid kan man anslå at deler av målsettingen er oppnådd.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.3.3 Utvikle modeller for brukermedvirkning i kommuner og helseforetak

Det er utviklet ulike modeller for brukermedvirkning, og dette arbeidet fortsetter i 2010. På systemnivå i Helsedirektoratet deltar brukerorganisasjoner på rusfeltet i utarbeidelse av faglige retningslinjer og veiledere. Det er også etablert et nettverk av brukerorganisasjoner. Se beskrivelse over. Helsedirektoratet styrker brukermedvirkning gjennom støtteordninger for rusmiddelpolitiske organisasjoner og brukerorganisasjoner på rusfeltet. Helseforetaksloven slår fast at de regionale helseforetakene skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform. Dette gjelder også de enkelte helseforetakene. En modell for brukermedvirkning i helseforetak er beskrevet i *Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge 2010 -2015*. Det er ulike modeller for medvirkning på kommunalt nivå, ofte tilpasset lokale forhold.

Fylkesmennene og Kompetansesentre - rus skal bidra til å styrke brukermedvirkning i kommunene gjennom ulike fora og samarbeidsformer. I Hedmark avholdes det eksempelvis kurs for ledere av brukerorganisasjoner og tjenesteapparat i brukermedvirkning ved bruk av "Verktøykasse for brukermedvirkning". I Østfold har man eksempelvis ansatt brukerrepresentanter.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

5.3.4 Styrke lærings- og mestringssentrenes rolle overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende er en viktig oppgave for spesialisthelsetjenesten og lærings- og mestringssentrene spiller en viktig rolle. En oversikt fra Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring viser at det pr. oktober 2007 var etablert tre spesifikke kurstilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer primært. Dette er Hålogaland sykehus, Helse Fonna og Blefjell sykehus. Det ser ut til at lærings- og mestringssentrenes tilbud til rusmiddelavhengige og deres pårørende ikke er tilstrekkelig bygget ut på landsbasis ennå.

Et eksempel på hvor det imidlertid er stor aktivitet, er innenfor Rusbehandling Midt-Norge. Opplæringen av pasienter skjer som del av behandlingen/ rehabiliteringen som gis ved behandlingsenhetene. Det er etablert et eget lærings- og mestringssenter med vekt på pårørendes behov, og det arrangeres fagdager, temadager og åpne kveldsmøter på ulike steder i de tre fylkene i Midt-Norge. Her settes det fokus på ulike temaer som opptar pårørende, og det etableres en arena hvor pårørende kan få mer kunnskap og informasjon og samtidig møtes og dele sine erfaringer. Det arbeides også med igangsetting av selvhjelpsgrupper i samarbeid med Selvhjelp Norge.

Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

