

# Opptappingsplanen for rusfeltet

*Statusrapport 2008*



Heftets tittel: Opptrappingsplanen for rusfeltet  
Statusrapport for 2008

Utgitt: Januar 2009

Bestillingsnummer: IS-1660  
ISBN: 978-82-8081-148-6

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling rusmidler, PostmottakRus@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-1660

Forfatter: Gitte Huus  
Illustrasjon: Justyna Nyka  
Grafisk design: Aase Bie  
Trykk: Oslo forslagstrykkeri

# Forord

Opptrappingsplanen for rusfeltet ble lansert høsten 2007. Gjennom arbeidet med denne planen skal mennesker med rusmiddelproblemer få tilbud om den hjelp, behandling og rehabilitering som de har behov for og rett til. Samtidig skal det rusforebyggende arbeidet styrkes, og brukerne og pårørende skal gis økt innflytelse: Ikke minst skal barn og søsken av rusmiddelavhengige ivaretas bedre.

Planen er et samarbeid mellom mange departementer. Helse- og omsorgsdepartementet leder en tverrdepartemental gruppe som består av representanter fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Samferdselsdepartementet Kommunal- og regionaldepartementet, Justis- og politidepartementet, Utenriksdepartementet, Finansdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helsedirektoratet.


<b>H O V E D M Å L</b>	Planen har fem hovedmål:
	<b>1.</b> Tydelig folkehelseperspektiv
	<b>2.</b> Bedre kvalitet og økt kompetanse
	<b>3.</b> Mer tilgjengelige tjenester
	<b>4.</b> Mer forpliktende samhandling
	<b>5.</b> Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende


Under hvert av disse målene er det 147 konkrete og til dels omfattende tiltak som skal møte utfordringene på rusfeltet. Helsedirektoratet har ansvar for mange av tiltakene og vil også utgi en årlig statusrapport for planen.

Som denne første statusrapporten vil vise, gjøres det en stor innsats fra kommuner, regionale helseforetak, forskningsmiljø, fylkesmenn, frivillige organisasjoner og andre. Hele 74 prosent av tiltakene i planen er påbegynt allerede.

Helsedirektoratet mener at det er viktig for både fagfeltet og myndigheter å kunne følge utviklingen av planen: Hva skjer under det enkelte hovedmål? Hvordan arbeides det for å skape bedre kvalitet og økt kompetanse i tjenestene? Hvordan etablere mer tilgjengelige tjenester? Hvilke tiltak er i gang? Hva er status for et gitt tiltak? Hvem deltar? Å følge med på planen vil forhåpentligvis skape åpenhet og muligheter for dialog om tiltak og virkemidler. Det vil gi anledning for fagfelt, brukere, pårørende og andre å følge utviklingen på nært hold.

Derfor håper vi at mange vil ha glede av denne statusrapporten og at den kan anspreke til en fortsatt felles innsats for å løfte rusfeltet fremover!

  
Ellinor F. Major  
Divisjonsdirektør

  
Jens J. Guslund  
Avdelingsdirektør

# Innhold

Forord .....	1
Innledning.....	10

## 1

### **TYDELIG FOLKEHELSEPERSPEKTIV .....** 20

<b>1.1 Redusere totalforbruket av alkohol.....</b>	<b>22</b>
1.1.1 Styrke oppslutning om alkoholpolitikken .....	24
1.1.2 Føre en restriktiv avgiftspolitik.....	24
1.1.3 Videreutvikle AS Vinmonopolet.....	25
1.1.4 Bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger .....	25
1.1.5 Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner.....	26
1.1.6 Effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger og vurdering av muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking (2009/2010) .....	26
1.1.7 Målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol (2009/2010).....	26
<b>1.2 Styrke arbeidet mot illegale rusmidler .....</b>	<b>27</b>
1.2.1 Sette ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå dyrking, produksjon, innføring, omsetning og bruk av narkotika .....	29
1.2.2 Målrette politi- og tollinnsatsen for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika.....	29
1.2.3 Styrke kunnskapsgrunnlaget og sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, samt tiltak knyttet til bruk av khat.....	29
1.2.4 Øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler som amfetamin og kokain og systematisere kunnskap og utvikling av nye tiltak og behandlingsformer .....	30
1.2.5 Intensivere kontrollen med illegal innførsel av legemidler.....	30
1.2.6 Innføre begrensninger for import av legemidler.....	31
1.2.7 Utarbeide tiltak mot kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol.....	31
1.2.8 Utarbeide oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (2009/2010) .....	31
1.2.9 Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene og retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater og se på en meldeordning til fastlegene (2009/2010) .....	31

<b>1.3</b>	<b>Styrke informasjonsarbeidet</b> .....	32
1.3.1	Styrke informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og foreldre .....	33
1.3.2	Dele ut ungdommens forebyggingspris .....	34
1.3.3	Ta i bruk screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk tidlig i svangerskapet .....	36
1.3.4	Informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet.....	37
1.3.5	Idédugnad om god forebygging for frivillige aktører (2009) .....	37
<b>1.4</b>	<b>Styrke rusforebyggingen i arbeidslivet</b> .....	38
1.4.1	Fremskaffe bedre data om rusrelaterte problemer i arbeidslivet ...	39
1.4.2	Videreutvikle AKAN ved å prøve ut modeller for forebygging og håndtering av rusmiddelproblemer i små og mellomstore bedrifter .....	39
1.4.3	Gi bedre informasjon og kunnskap til aktørene i arbeidslivet gjennom AKAN .....	40
<b>1.5</b>	<b>Styrke det internasjonale arbeidet</b> .....	41
1.5.1	Være pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikk .....	43
1.5.2	Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i EU .....	43
1.5.3	Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i WHO og ILO, og sikre langsiktig finansiering av arbeidet.....	44
1.5.4	Arbeide for at det tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler .....	44
1.5.5	Sikre tilstrekkelig kompetanse i EU/EØS-rettslige spørsmål og g spørsmål knyttet til WTO som har betydning for norsk alkoholpolitikk .....	45
1.5.6	Fremme nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler .....	45
1.5.7	Utarbeide strategi for å sikre et fortsatt forpliktende og langsiktig internasjonalt narkotikasamarbeid .....	45
1.5.8	Legge til rette for frivillige aktørers internasjonale engasjement på rusfeltet .....	46
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 .....	47
1.5.10	Bidra til at alkohol- og narkotikarelaterte prosjekter blir igangsatt under EØS-finansieringsordningen (2009) .....	47



## **BEDRE KVALITET OG ØKT KOMPETANSE** ..... 48

<b>2.1</b>	<b>Styrke forskning og undervisning</b> .....	51
2.1.1	Støtte flere forskningsprosjekter gjennom nytt rusmiddel- forskningsprogram.....	53
2.1.2	Etablere rusmiddelforskningsssenter ved Universitetet i Oslo.....	53
2.1.3	Øke kunnskap om behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer.....	55
2.1.4	Videreutvikle og styrke de regionale kompetansesentrene for rus.	56
2.1.5	Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes.....	57
2.1.6	De regionale helseforetakene skal prioritere forskning om rusbehandling.....	58
2.1.7	Legge til rette for forskning kombinert med kliniske tjeneste for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling .....	58
<b>2.2</b>	<b>Styrke kompetanse og rekruttering</b> .....	59
2.2.1	Delfinansiere videreutdanning i rusproblematikk på høgskolene...	60
2.2.2	Tilby kommunalt ansatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge.....	61
2.2.3	Utvikle kompetansen blant medarbeidere og ledere i sosialtjenesten og i andre deler av kommunenes arbeid med rusmiddelproblemer .....	61
2.2.4	Øke kurstilbudet til leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo.....	62
2.2.5	Styrke helsefaglig kompetanse om rusproblematikk og øke rekruttering av personell i tverrfaglig spesialisert behandling .....	63
2.2.6	Utvikle en informasjonskanal om rusproblematikk for leger (2009/2010) .....	64
2.2.7	Utvide tilbudet om opplæringstiltak for ufaglærte (2009/2010).....	64
2.2.8	Øke kunnskapen om sosiale foreskjeller i tilgjengelighet til helse- tjenester og hvilke mekanismer som ligger bak (2009/2010).....	64
<b>2.3</b>	<b>Styrke kvaliteten på tjenestene</b> .....	65
2.3.1	Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene for å bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene .....	67
2.3.2	Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige rus- middelproblemer og psykiske lidelser.....	68
2.3.3	Utarbeide veileder for oppfølging av gravide i legemiddel- assistert rehabilitering.....	69
2.3.4	Evaluerer bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke.....	69
2.3.5	Evaluerer og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid .....	70
2.3.6	Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklings- arbeid i kommunene (2009/2010).....	70

2.3.7	Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggings- verktøy for kommunale tjenester (2009/2010) .....	70
2.3.8	Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (2009/2010) .....	70
2.3.9	Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (2009/2010) .....	70
2.3.10	Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (2009/2010) ....	70
<b>2.4</b>	<b>Bedre dokumentasjon og statistikk</b> .....	<b>71</b>
2.4.1	Innføre bedre styringssystem – statistikk, dokumentasjon, rapportering – i kommunene og spesialisthelsetjenesten .....	72
2.4.2	Etablere et personidentifiserbart Norsk pasientregister .....	72
2.4.3	Kartlegge behov og ressursbruk på rusfeltet (2009/2010).....	73
2.4.4	Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (2009/2010).....	73
<b>2.5</b>	<b>Heve kvaliteten i frivillig sektor</b> .....	<b>73</b>
2.5.1	Målrette tilskuddene til de frivillige organisasjonene .....	74
2.5.2	Evaluere tilskuddsordningen til tjenesteytende, frivillige organisasjoner på rusområdet.....	75
2.5.3	Følge opp tilsyn og internkontrollforskrift for private rusinstitusjoner.....	75
2.5.4	Oppsummere og spre erfaringer fra de frivillige organisasjonene (2009/2010).....	75
2.5.5	Styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører og vurdere partnerskapsmodeller (2009/2010).....	75



<b>3</b>	<b>MER TILGJENGELIGE TJENESTER</b> .....	<b>76</b>
<b>3.1</b>	<b>Tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester for barn og unge</b> .....	<b>79</b>
3.1.1	Styrke kompetansen i kommunene blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet.....	80
3.1.2	Heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og ungdom.....	80
3.1.3	Styrke kommunenes lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet .	82
3.1.4	Innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år .....	83
3.1.5	Sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter (2009/2010) .....	83
3.1.6	Kartlegge omfang av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging (2009/2010) .....	83



<b>3.2</b>	<b>Styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene</b> .....	84
3.2.1	Innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige i kommunene .....	87
3.2.2	Samle gode eksempler om individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner .....	87
3.2.3	Styrke kommunalt rusarbeid og tverrfaglig oppfølging .....	86
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 .....	86
3.2.5	Øke kompetansen og kvaliteten i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning .....	87
3.2.6	Vurdere regelverk og praksis vedrørende skatte- og avgiftskrav ...	90
3.2.7	Videreutvikle det oppsøkende arbeidet.....	90
3.2.8	Evaluerer lavterskel helsetiltak og spre erfaringene med lavterskel helsetiltak til andre kommuner .....	91
3.2.9	Videreføre tilskudd til Gatehospitalet, videreutvikle tiltaket og styrke pleie- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.....	92
3.2.10	Videreutvikling av tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige .....	92
3.2.11	Følge opp evalueringen av sprøyterom.....	93
3.2.12	Styrke omsorgstjenestene, herunder rusarbeid, med kompetanse og rekruttering gjennom Kompetanseløftet 2015 .....	93
3.2.13	Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (2009/2010) .....	93
3.2.14	Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, «grønne» lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering (2009/2010). .....	93
3.2.15	Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 (2009/2010) ..	93
3.2.16	Målrrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak (2009/2010) ...	93
<b>3.3</b>	<b>Styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet ..</b>	94
3.3.1	Styrke innsatsen for å avskaffe bostedsløshet – et særlig fokus rettes mot bostedsløshet i mindre kommuner .....	95
3.3.2	Styrke arbeidet med å forebygge bostedsløshet, herunder reduksjon av omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud.....	96
3.3.3	Utvikle metoder og rutiner for oppfølging av personer i midlertidig botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig .....	97
3.3.4	Innføre et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger .....	97
<b>3.4</b>	<b>Styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling .....</b>	98
3.4.1	Øke innsatsen og behandlingsskapasiteten til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering .....	100
3.4.2	Sikre bedre rutiner for helhetlig behandling for å unngå behandlingsavbrudd .....	101



3.4.3	Øke innsatsen og behandlingsskapasiteten i psykisk helsevern og ambulant virksomhet for de som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.....	101
3.4.4	Styrke tilbudet for pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser .....	102
3.4.5	Endre pasientrettighetsloven etter rusreformen .....	103
3.4.6	Ferdigstille faglige retningslinjer om legemiddelassistert rehabilitering .....	103
3.4.7	Vurdere forskrift om nærmere regulering av legemiddelassistert rehabilitering.....	104
<b>3.5</b>	<b>Bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte</b> .	104
3.5.1	Bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen .....	106
3.5.2	Etablere rusmestringsenheter i fengsler.....	106
3.5.3	Evaluere prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll og vurdere videreføring og utvidelse.....	107
3.5.4	Utarbeide helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmisbruk i kriminalomsorgen.....	107
3.5.5	Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 (2009/2010).....	107
3.5.6	Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen (2009/2010) .....	107



<b>4</b>	<b>FORPLIKTENDE SAMHANDLING</b> .....	108
<b>4.1</b>	<b>Bedre samordning av tjenester av tjenester til barn og unge</b> .	110
4.1.1	Formidle rundskriv om forebygging og samarbeid om barn og unge.....	111
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 .....	111
<b>4.2</b>	<b>Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene</b> .....	112
4.2.1	Bedre de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene .....	113
4.2.2	Systematisere og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner.....	114
4.2.3	Styrke praksiskonsulentordningen ved å øke antall deltidsstillinger i tverrfaglig spesialisert behandling for fastleger.....	114
4.2.4	Øke bruken av kommunenettnettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner.....	115

4.2.5	Foreslag til utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene.....	115
4.2.6	Etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene (2009/2010).....	115
<b>4.3</b>	<b>Styrke bruken av individuell plan</b> .....	<b>116</b>
4.3.1	Øke bruken av individuell plan .....	117
4.3.2	Utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder om individuell plan og tilpasse den til personer med rusmiddelproblemer .....	118
4.3.3	Gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesenter for rusmiddelspørsmål og brukerorganisasjoner .....	119
4.3.4	Gjøre individuell plan til et gjennomgående tema i avtaleordningen mellom staten og KS .....	119
<b>4.4</b>	<b>Øke bruken av avtalesystemer</b> .....	<b>120</b>
4.4.1	Følge opp nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten .....	121
4.4.2	Reforhandle avtalen mellom regjeringen og KS om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.....	121
4.4.3	Styrke bosettingen etter løslatelse fra fengsel.....	122
4.4.4	Styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet.....	122
<b>4.5</b>	<b>Bedre samordning av lokale forebyggingstiltak</b> .....	<b>122</b>
4.5.1	Bistå kommuner som ikke har helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan med å utarbeide det .....	124
4.5.2	Videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen .....	124
4.5.3	Styrke og samordne opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging .....	125
4.5.4	Vurdere tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende (2009/2010) .....	125



## **ØKT BRUKERINNFLYTELSE OG BEDRE IVARETAKELSE AV BARN OG PÅRØRENDE** .....

<b>5.1</b>	<b>Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer</b> .....	<b>128</b>
5.1.1	Vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene.....	130
5.1.2	Satse mer på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.....	130

5.1.3	Etablere kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre .....	131
5.1.4	Styrke det statlige barnevernet med en stilling i et fagteam i hver region .....	132
5.1.5	Utarbeide informasjons- og veiledningsmateriell om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre.....	132
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.....	132
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.....	133
5.1.8	Utarbeide veileder for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre (2009/2010) .....	133
5.1.9	Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke (2009/2010) .....	133
<b>5.2</b>	<b>Styrke brukernes medvirkning .....</b>	<b>134</b>
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 .....	135
5.2.2	Arrangere nasjonal konferanse for og med pårørende til rusmiddelavhengige .....	136
5.2.3	Ta i bruk verktøy for brukermedvirkning (2009/2010).....	136
5.2.4	Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helseregionene (2009/2010) .....	136
5.2.5	Gi økonomisk støtte til pårørendesenter (2009/2010).....	136
5.2.6	Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen (2009/2010) .....	136
5.2.7	I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer (2009/2010) .....	136
<b>5.3</b>	<b>Bruke brukererfaringer mer systematisk i kvalitetsarbeidet ...</b>	<b>137</b>
5.3.1	Gjennomføre en temaundersøkelse for bruker- og pårørendeerfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling .....	138
5.3.2	Sikre at brukerundersøkelser og brukermedvirkning er en integrert del av internkontrollsystemene i spesialisthelsetjenesten og kommunene.....	139
5.3.3	Utvikle modeller for brukermedvirkning i kommuner og helseforetak .....	139
5.3.4	Styrke lærings- og mestringssentrenes rolle overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende .....	140

# Innledning

Dette er den første statusrapporten om Opptrappingsplanen for rusfeltet. Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer arbeidet med planen, og leder en tverrdepartemental gruppe som består av representanter fra Barne- og likestillingsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Justis- og politidepartementet, Finansdepartementet, Samferdselsdepartementet, Utenriksdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har ansvar for 59 av 147 tiltak i planen, og har også fått i oppdrag å foreta en årlig oppsummering basert på tiltaksrapporteringene fra de ansvarlige departement. Denne første statusrapporten er hovedsaklig en beskrivelse av tiltakene som er satt i gang i 2008, og vi håper at dette vil gi fagfelt, brukere og andre interesserte nyttig informasjon og en oversikt over fremdriften i planen.

Innledningsvis vil vi gi en kort orientering om selve planen og deretter si noe om status for planen etter ca ett år. Det er fortsatt utfordringer på rusfeltet, og vi vil skissere noen av disse. Til slutt beskrives rapportens oppbygning.

## BAKGRUNN

Opptrappingsplanen for rusfeltet bygger videre på mye av det arbeidet som er gjort på rusfeltet tidligere. Opptrappingsplanen 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. Ifølge SIRUS har alkoholkonsumet i Norge økt betydelig de siste 10–15 årene og er det høyeste siden 1870-årene. Økningen har vært spesielt stor blant kvinner og unge

i aldergruppen 15–20 år. Forbruket av alkohol vil trolig fortsette å øke fordi nye generasjoner som vokser opp, drikker mer enn foregående generasjon. Norge har likevel det laveste forbruket i Europa, noe som i stor grad er resultat av en effektiv alkoholpolitikk. Det var en økning i bruk av illegale rusmidler gjennom 1990-tallet. Forbruket toppet seg rundt årtusenskiftet og har siden gått noe tilbake. Forbruket blant ungdom ser ut til å gå ned, mens det er en økning blant unge voksne i aldersgruppen 21–30 år.

NOU 2003:4 «Forskning på rusmiddelfeltet» peker på at det sannsynligvis er et betydelig omfang av personer med misbruk av vane-dannende legemidler i Norge, og at dette i stor grad er et usynlig misbruk. Internasjonalt regner man med at en tredel av alt stoffbruk i verden er misbruk av reseptbelagte medikamenter.

Det har vært en jevn stigning i antall pasienter i behandling siden Lege-middelassistert rehabilitering (LAR) ble et landsomfattende tiltak. Antall pasienter var i 2007 4542. Helsedirektoratet har ut fra epidemiologiske data antatt at så mange som 7000 opiatavhengige vil kunne nyttiggjøre seg LAR.

Befolkningsstudier fra Europa og USA viser at psykiske lidelser og rus-lidelser ofte opptrer sammen. Det må forventes en sammenheng mellom psykisk lidelser og rusmiddelproblemer og jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelse. Personer med ruslidelser og personer med psykiske lidelser har tradisjonelt fått behandling i ulike sektorer og faller lett utenfor behandlingstiltak.

En del av ressursene i den norske spesialisthelsetjenesten går til rusbe-handling og det har vært en markant økning i antall henviste til tverrfaglig spesialisert behandling i 2007. Det er imidlertid store regionale forskjeller i ventetid. Ifølge SINTEF Helse er ventetiden til innleggelse for rusbe-handling fem uker i Helse Sør-Øst, mens tilsvarende ventetid er over dobbelt så lang for de som er bosatt ellers i landet.

Tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere har gjennom flere år vært et prioritert område i Statens helsetilsyn. De påpeker spesielt to områder med særlige utfordringer. Det ene er «... mangelen på faglig konsensus

og kunnskapsbasert behandlingspraksis i flere av de tverrfaglige spesialiserte tjenesten. Det andre er kommunens ansvar for å gi rusmiddelmissbrukere et helhetlig tilbud, som sikrer nødvendig helse- og sosialtjenester som gir mulighet for bolig, utvikling av sosiale nettverk og et liv med meningsfulle aktiviteter»<sup>1</sup>.

Statens helsetilsyn viser i rapporten til at tilsynserfaringene synes å bli fulgt opp både på politisk og administrativt nivå, blant annet gjennom den da varslede Opptrappingsplanen 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. Verdigrunnlaget 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 dem som rammes av rusmidlenes negative konsekvenser. Planen omfatter både forhold nasjonalt og internasjonalt.

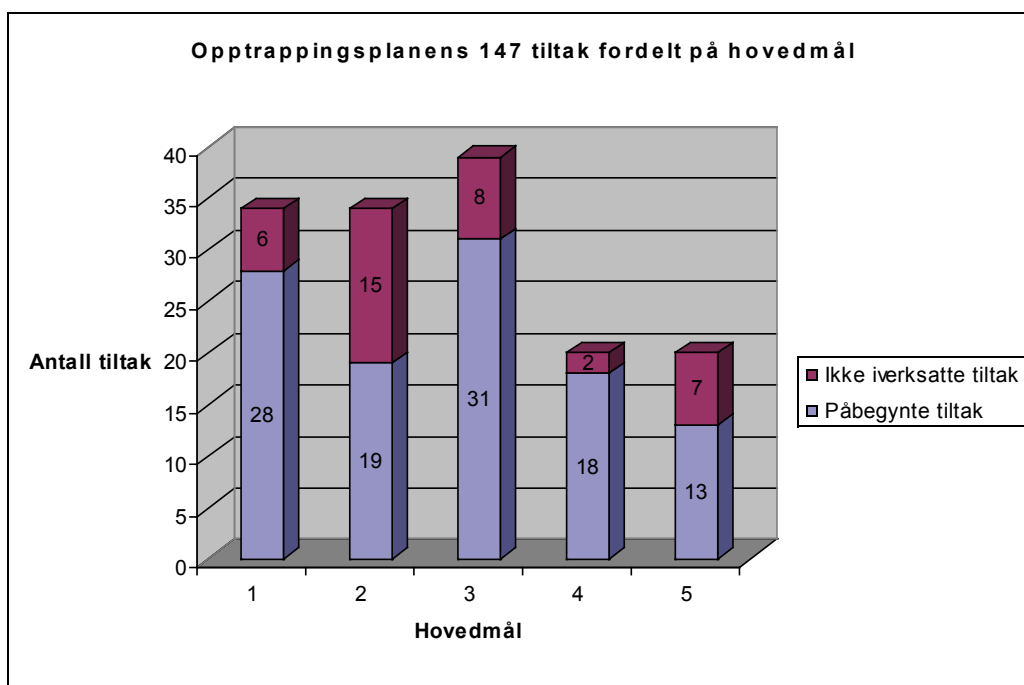


Under hvert mål er det en rekke delmål og til sammen 147 konkrete tiltak som skal igangsettes i løpet av planperioden. De fleste tiltakene er svært omfattende og vil strekke seg langt ut over planperioden. Som nevnt innledningsvis, er ansvaret for planen fordelt på mange departement.

## STATUS/FREMDRIFT

Det er et mål i seg selv at de konkrete tiltakene i planen blir igangsatt, og som denne statusrapporten vil vise, har det skjedd mye allerede dette første året. 74 prosent av tiltakene er påbegynt i 2008 og arbeidet med planen vil sannsynligvis bidra til å løfte rusfeltet dersom man velger å opprettholde og foresterke trykket også fremover.

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 28 tiltak og at 6 tiltak skal iverksettes i 2009 eller 2010.





## KORT OM HVERT KAPITTEL

Med 109 tiltak som er igangsatt i 2008 er det umulig å gi et fyllestgjørende bilde av aktiviteten i en oppsummering. 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 målet: Redusere totalforbruket av alkohol, 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 som Norge har hatt. Dette skjer hovedsakelig gjennom regulatoriske virkemidler, som er mest virksomme for å redusere konsum og skader. Det er utarbeidet en nettside **[www.forebygging.no](http://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. 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 i å forske/kartlegge rusrelaterte problemer i arbeidslivet samt iverksette tiltak. 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 er også alkoholpolitikken satt på den internasjonale agendaen.

### Kapittel 2 – Økt kvalitet og kompetanse

Kapitlet har som delmål å 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 rusmiddelforskningen, mer undervisning samt økt synlighet og status for rusfeltet. I tillegg bygges det videre på andre sentrale forsknings- og kompetansemiljø som for eksempel SIRUS, Folkehelseinstituttet, de regionale kompetansesentrene for rus, HUSK-prosjektene og Kommunenes Sentralforbund. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide/ferdigstille flere veiledere og retningslinjer for rusfeltet. Det er ansatt 19 rusrådgivere ved Fylkesmannsembetene som skal bistå med å iverksette Opptrappingsplanen for rusfeltet. Flere får mulighet til å ta videreutdanning i rusproblematikk gjennom støtteordninger fra Fylkesmennene. Fra 2009 etableres det et personidentifiserbart Norsk pasientregister. Arbeidet med å fremskaffe bedre kommunal statistikk er også igangsatt. Frivillig sektor er en viktig aktør på rusfeltet og tilskuddene til disse evalueres og målrettes som en del av planen. Mange flere tiltak og aktører burde nevnes, det oppfordres til å lese oppsummeringen i selve rapporten.

### **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 dette målet. Det samarbeides om tilskuddsordningene til kommunalt rusarbeid og boligsosialt arbeid. Kommunal- og regionaldepartementet har flere store tiltak som skal bidra til å avskaffe bostedsløshet. De regionale helseforetakene har fått beskjed om å øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling mer enn i somatikken. Justisdepartementet 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 og mellom tjenesten er en stor utfordring. For å bidra til bedre samhandling på rusfeltet er det igangsatt tiltak under fem delmål: Bedre samordningen til barn og unge, bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene, styrke bruken av individuell plan, øke bruken av avtalesystemer og bedre samordningen av lokale forebyggingstiltak. Av 22 tiltak er 20 igangsatt. Overordnede avtaler, for eksempel mellom regjeringen og KS følges opp for å forankre viktige satsinger og samhandling på ledelsesnivå. På individplan er det flere iverksatte tiltak for å øke bruken av individuell plan. Nettsiden [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no) gir informasjon om IP, hjelp til å lage rusmiddelpolitiske handlingsplaner m.m. 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- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om satsing som skal gi bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer. 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. Mange klarer å bli rusfrie ved egen hjelp og det er igangsatt arbeid for å utvikle selvhjelp som metode og verktøy. I 2009 og 2010 vil det være økt satsing på brukermedvirkning og pårørende til rusmiddelmissbrukere.

## **UTFORDRINGER**

Selv om planen er omfattende er det selvsagt fortsatt mange utfordringer på rusfeltet fremover. Noen få av disse beskrives kort i denne innledningen.

### **Hvordan vet vi om målene i planen oppnås?**

Det er fem hovedmål og en rekke delmål og tiltak som skal igangsettes i løpet av 2010. Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en lang og grundig prosess i utarbeidelsen av planen og mange sentrale aktører på fagfeltet har bidratt. Planen bygger på kunnskap fra gjennomgang av forskning på rusfeltet og erfaringer fra andre planer. Vi vet også mye om effekten av f. eks regulatoriske virkemidler som er en stor del av hovedmål 1. Mange av enkelttiltakene evalueres uavhengig av hverandre og vi får mye kunnskap gjennom data som innhentes gjennom for eksempel Norsk pasientregister og sentrale forskningsmiljø på rusfeltet. Vi vet også at det er en utfordring å måle effekt og erfaringer i et så komplekst felt som rusområdet og på mange områder er datagrunnlaget fortsatt sparsomt. Likevel mener Helsedirektoratet at man bør tilstrebe en evaluering av planen for å ha et bedre grunnlag å bygge videre på dersom planen eller satsingen skal utvides ut over 2010.

Når det gjelder de enkelte hoved- og delmålene er det flere områder som sannsynligvis krever enda større satsinger og innsats fremover. Det er fortsatt behov for å styrke innsatsen både før rusmiddelproblemene blir for store og når rusmiddelproblemene først er der. Det er også behov for større innsats for å sikre at innholdet i tjenestene er godt nok tilpasset brukernes behov. Dette innebærer ikke minst å utvikle et mer sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud.

En rekke rapporter viser at det er i kommunene de største utfordringene ligger og det er trolig på dette området en styrking av tjenestene bør være tydeligst fremover. Dette gjelder både med hensyn til forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering, utbygging av lavterskeltilbud og ikke

minst individuelt tilpasset oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Det mangler fortsatt boliger til vanskeligstilte rusmisbrukere på boligmarkedet, og det bør derfor stimuleres til utvikling av tilpassede boliger. Det samme gjelder arbeid og aktivitet og andre forhold som kan være med på å skape et meningsfylt innhold i hverdagen. Her kan kommunene og frivillige organisasjoner samarbeide i enda større grad enn i dag.

En annen hovedutfordring i rusfeltet er at akutt- og kriseberedskap er svakt utbygd og delvis uten klare mandater. Helsedirektoratet har tidligere anbefalt at det etableres ruspoliklinikker tilknyttet alle DPS-områdene og at disse samlokaliseres med DPSene. Kartleggingen av DPSene i 2008 viser at det i dag er i overkant av 30 av 75 DPS som oppgir å ha et rustilbud i poliklinikken. Akutteam som det forventes skal finnes på alle DPS bør også ha ruskompetanse, da mange av deres brukere har samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Ventelistene viser at det er store geografiske forskjeller og det er behov for en fortsatt utbygging av behandlingstilbudet.

Spesialisthelsetjenestene er som oftest innslag i et langvarig behandlingsforløp. Mange opplever et fragmentert hjelpeapparat som blant annet kan medføre uhensiktsmessige avbrudd i behandlingsforløpene, drop-out, lange ventetider før og mellom tiltak, manglende individuell oppfølging etter behandling og sviktende koordinering av tiltakene. Det må skapes enda bedre samarbeid over forvaltningsnivåene. Brukerne må også møte kontinuitet i enkeltintervensjoner.

En annen hovedutfordring er om det kvalitetsløftet som er påbegynt er kraftfullt nok til å øke kompetansen og kvaliteten i tjenestene slik at vi møter brukernes reelle behov. Dette var en av hovedutfordringene som Statens helsetilsyn påpekte og er et område som bør følges nøye i årene fremover.

Regjeringen foreslår en særskilt bevilgningsøkning til Opptappingsplan for rusfeltet på 300 mill. kroner i 2009. I tillegg vil den generelle aktivitets-

veksten i spesialisthelsetjenesten og kommunene muliggjøre økt innsats for rusmiddelbrukere. Inkludert forslaget som Regjeringen nå fremmer, vil de årlige bevilgningene til rusfeltet gjennom opptrappingsplanen være økt med til sammen 685 mill. kroner siden 2006.

De budsjettmessige satsinger i forslag til statsbudsjett for 2009 er under fordelt på de fem hovedmålene:

Hovedmål 1: Tydelig folkehelseperspektiv, 24 mill

Hovedmål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse, 36 mill

Hovedmål 3: Mer tilgjengelige tjenester, 228 mill

Hovedmål 4: Forpliktende samhandling, 5 mill

Hovedmål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse  
av barn og pårørende, 7 mill

## **Rapportens oppbygning**

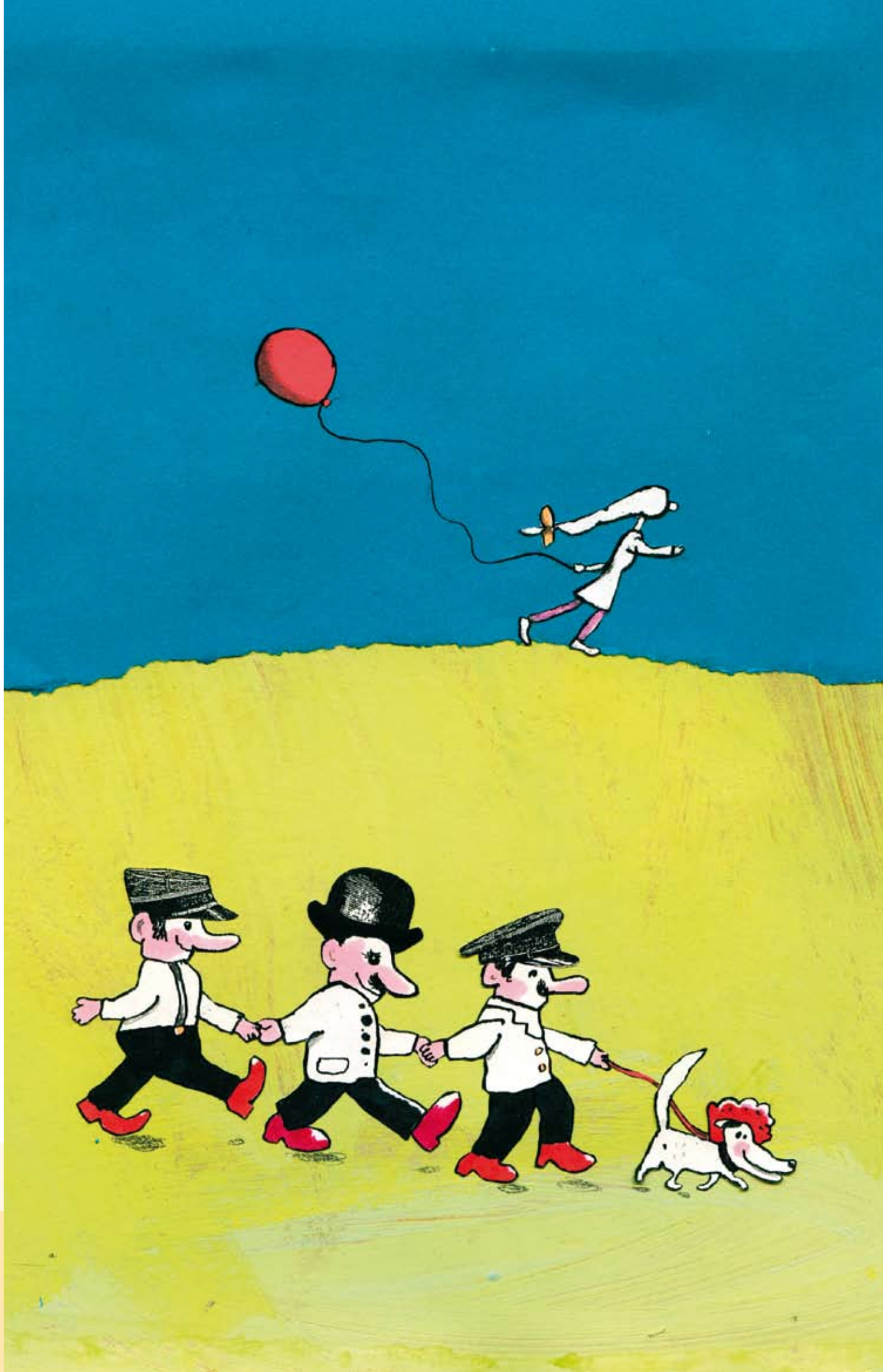
Det er ett kapittel for hvert av hovedmålene, og det er en kort ingress som beskriver hva målet handler om og hvilke delmål som skal bidra til å oppfylle dette målet.

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 2009 eller 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

Etter en nedgang på 90-tallet har alkoholkonsumet i Norge økt i den senere tid. I 2004 var det registrerte forbruket 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, får vi at antallet «storkonsumenter» ligger et sted mellom 66 500 og 123 000 personer. Forbruket har økt mer blant ungdom enn blant befolkningen for øvrig. 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 alkoholkonsum de siste årene, er både forbruket og skadene mindre enn i de fleste andre europeiske land. Dette henger sammen med den helhetlig alkoholpolitikken som har vært ført i Norge over 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 (2009/2010)
- Målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol (2009/2010).

### *Oppsummering*

Fem av tiltakene er i gang i 2008 og vil fortsette gjennom hele planperioden, mens to skal iverksettes i 2009/2010. Vi vet at de regulatoriske virkemidlene (tilgjengelighet, avgifter etc.) er mest effektive for å redusere konsum og skader. De viktigste virkemidlene er å opprettholde bevillingssystemet, vinmonopolordningen, begrensede salgs- og skjenketider, bestemte påbud og forbud, inkludert reklameforbudet, lovbestemte aldersgrenser og den restriktive avgiftspolitikken. Det gjøres mye for å styrke alkoholpolitikken. Alle landets kommuner har fått tilsendt en praktisk og omfattende håndbok i alkoholloven som vil være 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. Finansdepartementet fører en restriktiv avgiftspolitikk, og det arbeides også 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 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 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. Disse 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 oppslutning om alkoholloven.

Helsedirektoratet gjennomfører også spørreundersøkelser som kartlegger befolkningens bevissthet rundt alkoholrelaterte skader og kunnskap om effektive virkemidler. Resultatene fra disse undersøkelsene tyder på stabil og økende oppslutning om sentrale alkoholpolitiske virkemidler. For eksempel er det under 60 prosent som synes at alkohol er for dyrt, i 2005 var det mer enn 75 prosent som svarte det samme. På spørsmålet om aldersgrensene for kjøp av alkohol er for høye, svarer 30 prosent i 2008 at de er helt eller delvis enig, mot 80 prosent i 2005.

Også når det gjelder oppslutningen om Vinmonopol-ordningen har det vært en økende oppslutning de senere årene, og på samme måte en viss reduksjon i andelen som går inn for at vin skal selges i butikk.

*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.

*Ansvarlig: Finansdepartementet*

### **1.1.3 Videreutvikle AS Vinmonopolet**

Vinmonopolordningen er et viktig virkemiddel i alkoholpolitikken og bidrar til å begrense tilgjengeligheten. For at vinmonopolordningen 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 må avvete evalueringen som er 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.

*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 *Kontrollprosjektet*. 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 bedre og mer målrettede strategier og rutiner for kontroll som skal implementeres i kommunene.

Utvalgte kommuner (Trondheim, Stavanger, Haugesund, Skien, Porsgrunn og Bamble) skal i løpet av prosjektperioden identifisere hindringer for god kontroll og gjennomføre tiltak for å bedre kontrollen. Dette arbeidet vil gi Helsedirektoratet erfaringsbasert kunnskap om den kommunale kontrollen med etterlevelse av alkoholloven, og være et godt grunnlag for å utarbeide en veileder for kontrollvirksomheten i kommunen. For øvrig arbeider Helsedirektoratet kontinuerlig med å bedre kontrollen av salgs- og skjenkesteder i kommunene. Dette skjer særlig ved veiledning i forvaltning av alkoholloven og generell kompetanseheving i kommunene.

*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 har i 2007 og 2008 også gjennomført egne kampanjer mot bruk av alkohol under graviditet, og kampanjer rettet mot ungdom og foreldre når det gjelder å tørre å sette grenser. Det ble gjennomført en egen kampanje «Alkoholritt svangerskap» i 2007. Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk, AKAN, arbeider for et rusfritt arbeidsliv. Alkoholbruk under arbeidstiden er blitt mindre vanlig de siste tiårene. Derimot har det oppstått en gråsoner mellom arbeid og fritid (kollegialt samvær, kurssamlinger osv.) hvor alkoholbruk er blitt mer vanlig.

Det gis årlig betydelige tilskudd til kampanjeorganisasjonen «AV-OG-TIL» som gjennomfører en rekke kampanjer med hovedmål å styrke oppslutningen om alkoholfrie soner. Det er satt i gang evaluering av aksjonen. 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 tilby rusfrie miljøer og det ble i 2008 fordelt ca. 96 mill kr til frivillig rusforebyggende arbeid.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### 1.1.6 Effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger og vurdering av muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking (2009/2010)

### 1.1.7 Målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol (2009/2010)

## 1.2 STYRKE ARBEIDET MOT ILLEGALE RUSMIDLER

For å styrke arbeidet mot illegale rusmidler og illegal bruk av legemidler skal man gjennom Opptappingsplanen øke innsatsen både 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
- Målrrette 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 innsatset 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 oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (2009/2010)
- Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene og retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater og se på en meldeordning til fastlegene (2009/2010)

### *Oppsummering*

Sju av tiltakene er påbegynt i 2008. To tiltak er under planlegging og skal iverksettes i 2009/2010. Også her er ansvaret delt mellom Helse-





direktoratet, Justis- og politidepartementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet.

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

Et annet tiltak i planen er å undersøke hvorvidt ungdom med innvandrerbakgrunn og rusmiddelproblemer trenger spesielle tiltak. Rusmiddelstatens kompetansesenter 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 en gruppe nedsatt av Samferdselsdepartementet utreder behov for konkrete endringer i vegtrafikkloven for å møte denne utfordringen.

For å styrke arbeidet mot illegale rusmidler prioriterer politiet innsatsen mot organisert kriminalitet, illegal innførsel, 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.

I 2009/2010 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, hvilke muligheter man har for å etablere en eventuell meldeordning til fastlegene. Det er avholdt møte

med legeföreningen 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 2009/2010 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 tilrådning om en effektiv narkotikapolitikk. Tiltaket er under planlegging.

*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. Dette er fremhevet i tildelingsbrevet til Politidirektoratet. I Oslo politidistrikt har man det siste året særlig prioritert innsatsen mot illegal innførsel og omsetning av kokain, samt bruk av dette stoffet. Det er oppnådd positive resultater, og større saker er avdekket. Måloppnåelse skal vurderes etter årsrapportering i 2009.

*Ansvarlig: Justis – og politidepartementet/Finansdepartementet*

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

Ett av de sju regionale kompetansesentre for rusfeltet; Rusmiddeletatens kompetansesenter for rusfeltet, er tildelt «Etniske minoriteter og rus» som nasjonalt spisskompetanseområde. De har utarbeidet en rapport om ungdom med innvandrerbakgrunn og rus, som konkludere

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 i tillegg iverksatt tiltak knyttet til bruk av khat i form av en khat-brosjyre og Øst-Afrika-seminar.

*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 endring i rusmønsteret, og det kan være grunn til å frykte at forbruk 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 skal arrangere rådslag våren 2009 for å drøfte situasjonen og innhente råd om effektive tiltak for å møte utfordringene. Som grunnlag for rådslaget har Helsedirektoratet bedt SIRUS om å systematisere kunnskap om bruk av sentralstimulerende midler i Norge, hva som fremkommer i internasjonale data og indikasjoner om forventet utvikling i Norge.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

#### **1.2.5 Intensivere kontrollen med illegal innførsel av legemidler**

Tolletaten fører kontroll med innførsel av illegale legemidler. Det skal utarbeides en samarbeidsavtale mellom Toll- og avgiftsdepartementet og legemiddelverket. Avtalen skal følges opp gjennom forpliktende konkret samarbeid.

*Ansvarlig: Finansdepartementet*

### **1.2.6 Innføre begrensninger for import av legemidler**

Helse- og omsorgsdepartementet skal vurdere tiltak for å begrense uheldige sider ved privat import av legemidler. Det er blant annet fastsatt en forskrift om 18-års aldersgrense for privatimport av legemidler.

*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. Sjåførers bruk av andre rusmidler enn alkohol øker og gir grunn til bekymring. Samferdselsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal utrede behovet for konkrete endringer i vegtrafikkloven. Tiltak som vurderes er blant annet å innføre nullgrense og/eller faste grenser for påvirkning av illegale narkotiske stoff og legemidler, og lovhjemmel for å kontrollere om føreren er påvirket av annen rus enn alkohol ved bruk av «narkometer» uten krav til mistanke om påvirkning. Arbeidsgruppen skal legge frem en rapport primo 2009.

*Ansvarlig: Samferdselsdepartementet*

### **1.2.8 Utarbeide oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (2009/2010)**

### **1.2.9 Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene og retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater og se på en meldeordning til fastlegene (2009/2010)**

### 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 screeingmetoder for å avdekke alkoholbruk tidlig i svangerskapet
- Informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet
- Idédugnad om god forebygging for frivillige aktører (2009)

#### *Oppsummering*

Med unntak av idédugnad om forbygging for frivillige aktører er alle tiltakene i gang satt i 2008. Høsten 2008 har det vært en kampanje kalt Tør å sette grenser rettet mot ungdom og deres foreldre, med plakater, filmsnutter, opplegg for skolene og råd og innspill til foreldre, ungdommer, lærere og andre gjennom **www.settegrenser.no**. Helsedirektoratet arbeider også med en ny kampanje rettet mot ungdom fra 18 til 23 år, som skal lanseres våren 2009. Ungdom har også stått i fokus når Ungdommens forebyggingspris ble delt ut for første gang 8. desember 2008. Karmøy kommune har ifølge juryen utmerket seg i det rusforebyggende arbeidet og fikk prisen på kr 300 000.

Helsedirektoratet har også økt informasjonen om alkoholens skadevirkninger ved graviditet med en kampanje i 2007 og oppfølging av denne i år og til neste år. For å oppdage og minske alkoholbruk i svangerskapet er det viktig at alle kvinner blir spurt om sitt alkoholbruk ved første konsultasjon. Levanger sykehus har fått midler til å utvikle og implementere screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk i svangerskapet. I 2009 vil Helse- og omsorgsdepartementet arrangere en idédugnad om god forebygging.

### 1.3.1 Styrke informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og foreldre

Høsten 2008 har kampanjen Tør å sette grenser har blitt fulgt opp gjennom filmsnutter på TV, samtidig som skolene og foreldrearbeidsutvalgene har fått tilsendt informasjon og opplegg for foreldremøter, med alkohol som tema. Videre ble det i uke 47–50 gjennomført en kampanje der 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

Kampanjen har vært basert på utendørsplakater i stor skala, annonser i de store helgemagasinene (VG og Dagbladet), nettbasert «reklame» samt en ny runde med filmsnuttene på TV. Kampanjens nettsider er oppdatert. Kampanjen har vært understøttet av redaksjonelt stoff om temaet foreldre, grensesetting, ungdom og alkohol, basert på en





ungdomsundersøkelse som ble gjennomført av Synnovate på oppdrag fra Helsedirektoratet i høst. Det har også vært gjennomført en mini-evaluering av foreldremøteopplegget.

Det anbefales å ta en kikk på [www.settegrenser.no](http://www.settegrenser.no).

Helsedirektoratet har i løpet av høsten utviklet elementer i en kampanje rettet mot ungdom i alderen 18–23 år. Kampanjen tar utgangspunkt i:

- å begrense seg – de ulike risikoene ved alkoholbruk øker med konsumet
- langing – ungdom over 18 år viktigste kilde for mindreårige
- at her kan du få hjelp om du lurere på noe om alkohol eller har et alkoholproblem
- at man skal passe på hverandre – oppfordring til vennegjenger for å forhindre negative opplevelser knyttet til alkoholkonsum

Videre har Helsedirektoratet i høst intensivert forebyggende arbeid rettet mot foreldre, bl.a. ved å vurdere temaet «foreldrerollen i det rusforebyggende arbeidet» som eget spisskompetanseområde for ett av de sju regionale kompetansesentrene på rusfeltet. Ett av flere elementer i dette arbeidet vil være å sette alkohol på dagsorden på foreldremøter i ungdomsskolen

*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. 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, samt at juryen besto av representanter for barn og unge. Helsedirektoratet mottok totalt 26 forslag til Ungdommens forebyggingspris. Av disse var det sju kommuner som oppfylte alle kriteriene. 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. *Ungdommens forebyggingspris 2008* gikk til Karmøy kommune. Karmøy kommune legger stor vekt på barn og unges interesser, muligheter og behov. Juryen mener at Karmøy kommune på en god og engasjerende måte har sikret de unge innflytelse og mulighet for deltakelse, både i det rusforebyggende arbeidet og i viktige planprosesser. Karmøy viser at de satser på systematikk og kontinuitet i det rusforebyggende arbeidet, og de kan vise til konkrete resultater av denne satsningen. Juryen mente at det kommer klart til uttrykk at tiltak er



Ellen B. Pedersen, Tollak Mikal Kaldheim og Helga Rullestad.



iverksatt for å virke rusforebyggende og ikke kun for at de «skal gjøre noe for ungdommen». Juryen mente at Karmøy kommune utmerket seg i dette arbeidet, og at de har en stor bredde og mangfold i kultur- og aktivitetstilbud. Statssekretær Ellen B. Pedersen overrakte prisen til Karmøy kommune den 8. desember 2008. Prisen var på kr 300 000 og skal gå til å styrke og videreutvikle det forebyggende arbeidet i kommune. Representantene fra Karmøy kommune som mottok prisen, var fungerende ordfører Helga Rullestad, medlem av ungdomsrådet Tollak Mikal Kaldheim, og SLT-koordinator Eivind Jahren.

Ungdommens forebyggingspris skal deles ut årlig under Opptappingsplanenes periode.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

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

Opptappingsplanen 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 allerede ved første konsultasjon. Helsedirektoratet gir finansiering og medvirker i et prosjekt som har som målsetting å utvikle og implementere screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk i svangerskapet. Prosjektet, som startet høsten 2008 og pågår i Nord-Trøndelag, er knyttet til Barn- og familieklinikken og FoU-enheten ved Levanger sykehus.

*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. Norske studier viser at fire av ti gravide drikker alkohol og at hver fjerde utsetter fosteret for risikofullt alkoholbruk. Mange kvinner og jenter har lite kunnskap om alkoholens skadelige virkning på fosteret, og særlig er ny forskning om skadene av mindre alkoholmengder lite kjent. Helsedirektoratet startet derfor i fjor en informasjonskampanje som retter seg mot kvinner i fertil alder. I år er denne informasjonen fulgt opp med samme budskap om totalavhold. Kunnskap er også formidlet gjennom foredrag, opplæringsvirksomhet, workshop og nordisk konferanse. Kompetansesenteret – rus ved Borge-stadklinikken har arrangert flere opplæringstiltak for helsepersonell og foresatte til alkoholskadde barn. I prosjektet TIGRIS er det utviklet bedre metoder og samarbeidsrutiner mellom ulike etater i kommunene.

Ansvarlig: Helsedirektoratet

### 1.3.5 Idédugnad om god forebygging for frivillige aktører (2009)



## 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 prosent av alt alkoholbruk kan knyttes til gråsonen arbeidsliv/fritid. Rundt 5 prosent 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 er igangsatt i 2008. SIRUS og Norges forskningsråd vil prioritere forskning på rusproblemer i arbeidslivet i årene fremover. AKAN (Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk) arbeider også systematisk for å innhente og spre mer kunnskap om rusmiddelproblematikk. Eksempelvis er det innledet samarbeid med Bergensklinikkene om temaområdet kvinner og rus i arbeidslivet. AKAN er også i gang med å utvikle og prøve ut 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. 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 har fått i oppdrag i tildelingsbrevet for 2008 å prioritere denne type forskning. Arbeidsliv og rus er et 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 har blitt omdøpt til Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk. I tillegg til å forebygge og redusere rusmiddelproblemer, arbeider AKAN også med spilleavhengighet og har inkludert studenter som en gruppe de jobber med.

Tradisjonelt har AKAN arbeidet mye med store bedrifter. Nå utvikler de arbeidsmodeller som er skreddersydd til små og mellomstore bedrifter. De har derfor etablert nye nettverk og intensivert samarbeid med be-

driftshelsetjenester. Veiledning over telefon og internett er metoder som passer bra for små og mellomstore bedrifter, og som utvikles.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

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

AKAN driver utstrakt informasjons- og kunnskapsformidling og veiledning, og dette er AKANs kjernevirksomhet. Gjennom Opptapping-splanen skal det legges til rette for at AKAN i større grad kan sette i gang tiltak for å sikre tidlig intervensjon. Etter en evaluering av AKAN i 2005 ble det laget en utviklingsplan kalt « Veien videre». Det resulterte i at det ble igangsatt tre utviklingsprosjekter: (1) Kvinnenes rusmiddelvaner, et 3-årig samarbeidsprosjekt med Bergensklinikkene, (2) AKAN-prosjekt rettet mot studenter og (3) en evaluering av AKANs telefonveiledning. AKAN ble faglig styrket med prosjektene og fikk også flere medarbeidere.

I tillegg utvikler AKAN, i samarbeid med relevante fagmiljøer og firmaet Changetech, et internettbasert intervensjonsprogram Balance. Det er et digitalt verktøy som skal brukes som en minimal intervensjon mot risikofyllt 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.

*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 også innvirkning på norske forhold. Det er derfor også 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 (2009)





### Oppsummering

Tiltakene for å styrke det internasjonale arbeidet er i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet og Utenriksdepartementet. Ni av de ti tiltakene er igangsatt – eller er løpende oppgaver – mens ett vil iverksettes i 2009/2010.

Norge ønsker å være en pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikk. Nordisk ministerråd har blant annet opprettet en uformell, nordisk tjenestemannsgruppe som samarbeider om tiltak for å redusere skadelig bruk av alkohol. Videre samarbeider norske myndigheter med myndighetsorganer i EU/EUs medlemsland for å styrke EUs politikk for å redusere skadelig bruk av alkohol. 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. SIRUS har deltatt i en ekspertgruppe utpekt av WHO om alkohol. Målet med det internasjonale samarbeidet er både å redusere negative skadevirkninger av alkohol, samt å begrense mengden av narkotika på det internasjonale og nasjonale markedet. For å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler skal nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid styrkes. Det er nå etablert sambandsmann på Balkan og sambandsmannsordningen skal styrkes ytterligere. Videre lages det et posisjonsnotat/oppslagsverk og en strategi for å sikre et fortsatt forpliktende og langsiktige internasjonalt samarbeid som norske utenriksstasjoner og norske tjenestemenn med oppdrag i internasjonale fora kan bruke. 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 skjer allerede mye på denne fronten. Der er etablert en uformell, nordisk tjenestemannsgruppe under nordisk ministerråd i 2008, det er fattet 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.

*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 fremlegges høsten 2008. EU vil medvirke i arbeidet med WHO's arbeid med global strategi om alkohol. Under det svenske formannskapet høsten 2009 vil det bli arrangert en europeisk konferanse knyttet til arbeidet med en global strategi.

*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 alkohol som risikoindikator for helse kan reduseres, blant annet ved å delta i ekspertgrupper om alkoholpolitiske spørsmål.

Det viktigste er å få alkoholspørsmålet opp på WHO's dagsorden. Dette er i gang når det gjelder WHO globalt (Genève), særlig gjennom det pågående arbeidet med en global alkoholstrategi. Dessuten er det et mål å ha alkoholrelaterte spørsmål fremme også i andre relevante saksområder på WHO's agenda. Når det gjelder WHO-Euro (København), foreligger det et godt dokument, Framework for alcohol policy in the WHO European Region. SIRUS var representert i ekspertgruppen om alkohol som avga sin rapport etter et møte høsten 2006. Det er WHO som på fritt grunnlag utpeker ekspertene

*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 folkehelsehensyn ikke er godt nok ivaretatt.

*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.

*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. Sambandsmannsordningen skal styrkes, og det er etablert sambandsmann på Balkan (Sofia). Justis- og politidepartementet vurderer også ytterligere tiltak/konkretiseringer for å fremme samarbeidet.

*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 liberalisering 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 Opptrappingsplanen for rusfeltet. Det utarbeides nå et posisjonsnotat – et oppslagsverk, til bruk for norske utenriksstasjoner og for norske tjenestemenn med oppdrag i internasjonale fora. Notatet

skal dessuten 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.

*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 deltar Norge i EU-programmet Drugs Prevention and Information 2007–2013. Dette vil gi 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 narkotikaproblematikken. 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 informasjonsmateriell kjent 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 er en løpende oppgave i Utenriksdepartementet. HIV/AIDS-forebyggende tiltak kanaliseres via FN-systemet (UNODC)

*Ansvar: Utenriksdepartementet*

### **1.5.10 Bidra til at alkohol- og narkotikarelaterte prosjekter blir igangsatt under EØS-finansieringsordningen (2009)**









## Bedre kvalitet og økt kompetanse

Personer med rusmiddelproblemer har rett til gode tjenester preget av 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 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. I overkant av halvparten av tiltakene er startet i 2008, de resterende er planlagt iverksatt enten i 2009 eller 2010.

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 rusmiddel-feltet. 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 rusmiddelforskningscenter 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. Som en del av programsatsingen ble det utlyst anbud om etablering av et universitetstilknyttet senter for rusmiddelforskning. Universitetet i Oslo fikk oppdraget og har opprettet Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), med utgangspunkt i tidligere Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer. SERAF har hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning og tilbyr undervisning og veiledning innen rusforskningsfeltet. 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 fagmiljø. 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 er sentrale i gjennomføringen av Opptappingsplanen og skal videreutvikles/styrkes i Opptappingsplanperioden.

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 forskningsssenter (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 i år inn 24 søknader til programmet 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 rusmiddelforskningsssenter ved Universitetet i Oslo**

Som en del av programsatsingen ble det utlyst anbud om etablering av et universitetstilknyttet senter for rusmiddelforskning. Som en av tre søkere fikk Universitetet i Oslo i oppdrag å opprette SERAF – Senter for rus- og avhengighetsforskning under Institutt for psykiatri. SERAF ble opprettet med utgangspunkt i tidligere Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer. SERAF skal ha hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning og skal i tillegg tilby undervisning og veiledning innenfor rusforskningsfeltet. Gjennom rekruttering og forskerutdanning skal senteret ha en

ledende nasjonal rolle og fungere som nettverksbygger for rusmiddel-forskning i Norge. Forskningen vil organiseres innenfor fire forsker-grupper:

#### *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 rusmiddel- bruk og barns problemutvikling. Sentrale områder kan være nevro- biologiske mekanismer i utviklingen av avhengighet, graviditet og fosterskader, 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 oppvekst- skader vil være tema 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 rusmiddel- problemer. Her vil man blant annet sette fokus på samarbeids-

relasjonene mellom forvaltningsnivåene som arbeider med rusrelaterte problemstillinger. Sentrale områder kan være rusreformene, nivåvalg ved intervensjoner, kontinuitet og koordinering samt brukertilfredshet og brukersamarbeid.

SERAF skal drive forskning av høy internasjonal kvalitet og delta i internasjonale forskningssamarbeid. Dette innebærer publisering i engelskspråklige fagfellelvurderingsbaserte tidskrifter. I tillegg forplikter SERAF seg å gjøre sine forskningsfunn tilgjengelige for helsemyndigheter, klinikere og allmennheten gjennom en bred og aktiv populærvitenskapelig publisering.

*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 omkring 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 en bedre oversikt over hvor mange rusmiddelavhengige som har behov for behandling, men ikke er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling. Det er per i dag for tidlig å gjøre noen anslag over et slikt udekket behov.

*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 nøkkelpersonell 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 Rusmiddeletaten, Oslo kommune.

Kompetansesentrene har i hovedoppgave å bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten med kompetanseutvikling i rustjenestene, og med 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 alkoholloven. 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](http://www.forebygging.no) og [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no).

Hvert senter har tildelt et 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: Yngre rusmisbrukere

- Region Vest, Bergen: Kvinner og rus
- Region Vest, Stavanger: Arbeidsliv og rus / Rusproblemer i familier med barn
- Region Øst, Hamar: Rus og psykisk lidelse / Spilleavhengighet
- Region Øst, Oslo: Etniske minoriteter og rus / Oppsøkende sosialt arbeid blant ungdom
- Region Sør, Borgestad: Gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn

På grunnlag av en gjennomgang av spisskompetanseområdene i 2008 vil det bli etablert et nytt tema kalt «foreldrerollen i rusforebyggende arbeid». Ansvar for dette vil bli lagt til kompetansesenteret i region vest Bergen.

*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 utvikle nye samarbeidsformer mellom praksis, forskning, utdanning og brukere i sosialtjenesten. Forsøket omfatter oppgaver etter sosialtjenesteloven som forvaltes av sosialkontortjenesten. Høsten 2006 ble det igangsatt fire HUSK-prosjekter med samarbeids-/intensjonsavtale med 19 kommuner. Kommunene deltar i fra to til fem delprosjekter hver. Det er inngått intensjonsavtale med brukerorganisasjonene Mental Helse, Velferdsalliansen, KREM og ROM. Nordlandsforskning har fått i oppdrag å evaluere forsøket, og evalueringen starter høsten 2008. Dette er et femårig utviklingsprosjekt som samfinansieres av de ansvarlige. **[www.kommunenavet.no](http://www.kommunenavet.no)** har mer informasjon om tiltaket.

*Ansvarlig: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 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. Det er særlig behov for å styrke kunnskap om organisering og forbruk av helsetjenester og samhandling mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Ved tildeling av forskningsmidler i 2007 har psykisk helse og rus blitt prioritert, og for eksempel i Helse Sør-øst har det blitt utdelt forskningspriser på dette 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. Fem av tiltakene igangsettes i 2008 og tre i 2009/2010:

### 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
- Utvikle en informasjonskanal om rusmiddelproblematikk for leger (2009/2010)
- Utvide tilbud om opplæringstiltak for ufaglærte (2009/2010)
- Øke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak (2009/2010)

### *Oppsummering*

Kort oppsummert er fem av tiltakene igangsatt i 2008, mens man i løpet av 2009 og 2010 skal utvikle en informasjonskanal om rusproblematikk for leger samt utvide tilbudet om opplæringstiltak for ufaglærte. I 2008 tilbys 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. Videre er det igangsatt en ny videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Som et ledd i kvalitetssavtalen mellom regjeringen og KS videreføres satsingen *Flink med folk*. Kurstilbudet til leger og psykologer styrkes gjennom planperioden. SERAF, senter for rus- og avhengighetsforskning, tilbyr kurs i rusmiddelmedisin, rus og psykiatri m.m. for leger, psykologer og annet helsepersonell. Helseforetakene har økt andelen med medisinsk kompetanse i tverrfaglig spesialisert behandling, men ifølge Helsetilsynet mangler det fremdeles kompetanse på dette området.

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

#### **2.2.1 Delfinansiere videreutdanning i rusproblematikk på høgskolene**

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 har fått tildelt midler som de skal forvalte til videreutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

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

I 2007 ble det igangsatt ny videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ved 10 høgskoler, som en oppfølging av folkehelsemeldingen fra 2003. Det er et mål å rekruttere bredt til denne utdanningen fra alle arenaer som arbeider med barn og unge i aldersgruppen 0–23 år. Det var god søking til dette studiet i 2007. Det er ønskelig å sikre god geografisk dekning i tilbudet om denne videreutdanningen fra høsten 2008.

*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.

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 helse-tjenestene og arbeids- og velferdsetaten. Tilbudet omfatter også ansatte i kriminalomsorgen og politiet. Fylkesmennene forvalter et statlig lønnstilskudd som skal gå til dette utdanningstilbudet.

Den andre delen er et større prosjekt hjemlet i kompetanseløftet 2015 og kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS. Det heter Flink med Folk og driftes av KS. Opplæring for mellomledere i sosialtjenesten har også dekomponenter fra rusfaget som delemne. Pr. 15. juni deltok 28 kommuner Flink med Folk. Målet er 215 kommuner i 2008. Rusrådgiverne ved Fylkesmannsembetene ble først ansatt vår/sommer 2008, og rapportering fra aktivitetene på kompetansehevende tiltak er derfor ikke

helt avsluttet. Midlene blir ikke fordelt før halvgått kalenderår. Flunk med Folk er noe forsinket, men det forventes økt progresjon i 2009.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

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

Ved siden av forskningsvirksomheten skal SERAF også formidle kunnskap og bidra med kompetanseutvikling på rusmiddelfeltet. Det vil foregå gjennom undervisning av masterstudenter, samt videre- og etterutdanning av leger, psykologer og andre aktuelle faggrupper.

I samarbeid med Senter for selvmordsforskning- og forebygging (SSFF) og Nasjonalt senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har SERAF utarbeidet et erfaringsbasert mastergradprogram i psykososialt arbeid, der kandidatene etter en felles modul med grunnenner spesialiserer seg innenfor ett av fagområdene med individuell veiledning. SERAF har ansvaret for undervisningen innen rus- og avhengighet og vil besørge veiledningen av ca. en tredel av kandidatene.

I videre- og etterutdanning av leger og psykologer vil SERAF holde frem med kurstilbudet de har i dag. Hovedsatsingen er et kurs i rusmiddelmedisin ved Universitetet i Oslo, som består av to moduler – en grunnlagsmodul og en behandlingsmodul – over til sammen fire dager. Formålet med kurset er å øke legers og psykologers kompetanse i behandling og oppfølging av pasienter med rusmiddelrelaterte problemer. I tillegg arrangeres andre fordypningskurs i blant annet rus og psykiatri, 12-trinnsbehandling og spillavhengighet. Alle kursene søkes godkjent innenfor relevante spesialiteter i Den norske legeförening og Norsk psykologforening. Det er etablert et sekretariat for Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (Nfram) tilknyttet senteret som vil styrke samarbeidet med Den norske legeförening.

For å sikre kompetansespredning vil kurspakken også bli tilbudt



regionalt. Det faglige innholdet vil da bli utarbeidet i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og vil tilpasses lokale behov og interesser. I tillegg vil SERAF koordinere sine kurs med andre kurs som arrangeres innen rus- og avhengighetsfeltet. Som ledd i de allmennt medisinske kompetansetiltakene vil senteret, i samarbeid med Norsk forening for allmennt medisin, utarbeide et kurstilbud til de nasjonale primærmedisinske konferansene. For å sikre ytterligere tilgjengelighet, og for å nå flere på en kostnadseffektiv måte, vil SERAF også benytte digitale kringkastingsmedier som et substitutt til kurstilbudet. Som en del av Opptappingsplanen vil Senter for rus- og avhengighetsforskning også søke å utvikle kurstilbud i bruk av kartleggingsverktøy for rus og psykisk helse på rusmiddelområdet og i psykisk helsevern.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

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

Rusreformen er evaluert av International Research Institute of Stavanger (IRIS). Evalueringsrapporten ble publisert i 2006. I følge rapporten er både helsefaglig og sosialfaglig kompetanse styrket etter reformen. I tverrfaglig spesialisert behandling er det registrert en betydelig økning i medisinsk personale. Det har også vært en økning i sosialfaglig og pedagogisk personale. Det er videre registrert en økning i antall årsverk i kommunene. Samtidig vises det til Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialisert behandling i 2006 og avvik knyttet til blant annet manglende kompetanse. Kompetansen på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk må styrkes ytterligere. Styringssignalet for 2008 vil følges videre opp gjennom bl.a. RHFenes årlige melding, rapporter fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen, samt statistikker over ressurs- og aktivitetsutviklingen i feltet.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

**2.2.6 Utvikle en informasjonskanal om rusproblematikk for leger (2009/2010)**

**2.2.7 Utvide tilbudet om opplæringstiltak for ufaglærte (2009/2010)**

**2.2.8 Øke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak (2009/2010)**

## 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 lege-middelassistert rehabilitering
- Evaluere bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke
- Evaluere og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid
- Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitets-utviklingsarbeid i kommunene (2009/2010)
- Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggings-verktøy for kommunale tjenester (2009/2010)
- Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (2009/2010)
- Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (2009/2010)
- Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (2009/2010)

### Oppsummering

Det er allerede mye godt og langsiktig arbeid i gang for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det er imidlertid viktig å ikke bare fremskaffe kunnskap til bruk i tjenestene, men også 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.

Fem av ti tiltak er i gang i 2008. 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. De har 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.

Helsetilsynet har påpekt manglende retningslinjer for rusfeltet, og i innen 2015 skal det lages veiledere og retningslinjer for hele rusfeltet. Flere er allerede ferdige eller under utarbeiding. Dette gjelder for eksempel retningslinjer for kartlegging, behandling og oppfølging av pasienter med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, retningslinjer for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering og deres barn samt retningslinjer for opioidavhengige («LAR-retningslinjene», som er omtalt under delmål 3.4). I tillegg er det utarbeidet veileder for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling. Flere andre retningslinjer skal utarbeides senere.

For å skape gode tjenester trenger vi kunnskap om hvordan de fungerer. Er det slik at mange blir utsatt for unødig tvang? Hvem blir utsatt for tvang? Er det behov for at man endrer praksis på dette? Rokkansenteret har, på oppdrag fra Helsedirektoratet, igangsatt evaluering av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke.

Det sivile samfunnet har en lang tradisjon innen rusfeltet, og Helse- direktoratet har flere tilskuddsordninger hvor man gir prosjektstøtte til frivillige organisasjoner. Også denne ordningen blir nå evaluert. Evalueringen vil være bakteppet for en videreutvikling av denne tilskuddsordningen.

Kvalitets- og kompetanseløftet skal skje gjennom hele opptrappings- planperioden. 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. Utarbeidning av retningslinjer og veiledere er et langsiktig arbeid. I tillegg skal Helsedirektoratet i samarbeid med fylkesmennene legge til rette for helhetlig kvalitetsutvikling og opp- læring 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 er startet i 2008.

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

Som et ledd i arbeidet med å iverksette Opptrappingsplanen for rus- feltet, er det ansatt 19 rusrådgivere fordelt på de 18 fylkesmanns- embetene. Rusrådgiverne skal bidra til iverksetting og gjennomføring av Opptrappingsplanen i kommunene. Sentrale oppgaver for rus- rådgiverne er tilskuddsforvaltning, kompetanseutviklingstiltak, råd og veiledning, oppfølging, regionale samlinger/fora og etablering av læringsnettverk. Fylkesmannen skal blant annet bidra til at flere kommu- ner kan dra nytte av ulike statlige tilskuddsordninger for å gi brukerne individuell oppfølging, et helhetlig tjenestetilbud og øke andelen bruk- ere som får individuell plan. Fylkesmannen har i tillegg oppgaven med å følge opp forsøket med koordinerende tillitspersoner. Fylkesmennene skal videre legge 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 for rusfaget arrangeres det regionale rusfora og samlinger. Fylkesmannen skal også bidra til at kommunene i større grad tar i bruk brukermedvirkning og har tilbud til pårørende til personer med rusmiddelproblemer. Fylkesmannens arbeid må ses i sammenheng med arbeidet innen psykisk helse, omsorgstjenestene, Kompetanseløftet 2015, boligsosialt arbeid, kvalifiseringsprogrammet og etablering av ny arbeids- og velferdsetat.

*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 Opptappingsplanen 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 alle tjenesteytere har god kunnskap om begge tilstander, at utredningen og diagnostiseringen gjøres ved hjelp av standardiserte verktøy og at den psykiske lidelse og ruslidelsen behandles helhetlig. Arbeidet er i gang, og retningslinjene vil være tilgjengelig for fagfeltet høsten 2009.

*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 under 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. Retningslinjene vil være tilgjengelig for fagfeltet i løpet av 2009/2010.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### **2.3.4 Evaluere bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke**

Det er iverksatt en evaluering med et bredt og omfattende fokus som inkluderer alle instanser som er involvert i saksgangen og i 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 vil gi en midtveisrapport juni 2009. Den endelige evalueringen vil være ferdig 2010.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*





### **2.3.5 Evaluere og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid**

Det er stort behov for kunnskap om tilskudd som statlig virkemiddel for å nå overordnede mål i det kommunale rusfeltet. Rambøll Management har på bakgrunn av anbudskonkurranse igangsatt evalueringsarbeid av tilskuddsordning for kommunalt rusarbeid: herunder LAR (lege-middelassistert rehabilitering) og STYRK-ordningen. På bakgrunn av evalueringen vil det utarbeides interne retningslinjer for en mer målrettet tilskuddsforvaltning. Hensikten er å synliggjøre hvordan kommunene nyttiggjør seg tilskudd til kommunalt rusarbeid, identifisere god praksis, kvalitetsforbedring av tilskuddsforvaltningen mv. jf. kravspesifikasjonen for oppdraget.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### **2.3.6 Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene (2009/2010)**

### **2.3.7 Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggingsverktøy for kommunale tjenester (2009/2010)**

### **2.3.8 Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (2009/2010)**

### **2.3.9 Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (2009/2010)**

### **2.3.10 Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (2009/2010)**

## 2.4 BEDRE DOKUMENTASJON OG STATISTIKK

Opptappingsplanen 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 (2009/2010)
- Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (2009/2010)

### *Oppsummering*

To av fire tiltak er igangsatt i 2008. Det er etablert et personidentifiserbart Norsk pasientregister, med virkning fra 2009. Det skal innføres bedre måle og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet er påbegynt og vil bli fortsatt i 2009. I tillegg skal det fremskaffes bedre oversikt over behovene og den totale ressursbruken på rusfeltet. Helsedirektoratet skal utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. SIRUS skal bistå med kunnskap om udekkede behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer. Hoveddelen av dette delmålet er planlagt iverksatt i 2009. Under følger en kort orientering om personidentifiserbart Norsk pasientregister og kort om styringssystem i kommunene. De øvrige punktene vil omtales 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 god styringsinformasjon til myndigheter, tjenesteytere og forskere. Data fra ulike registre skal samordnes. Det er allerede igangsatt rapportering vedrørende ventetidsdata til Norsk Pasientregister, samt administrative data til Statistisk Sentralbyrå. Det er vanskelig å få oversikt over omfanget av rusproblematikk fordi kommunene i hovedsak registrerer ytte tjenester etter behov og ikke etter diagnose. Det er derfor tatt initiativ til å utvikle og legge til rette for bedre styringsdata innen rusområdet fra kommunal sektor. Helsedirektoratet har gjennomført en anbudsrunde hvor mandatet var å kartlegge behov for informasjon på lokalt og nasjonalt nivå samt vurdere mulige løsninger for innhenting av data. Når datagrunnlaget foreligger, skal det foretas en testing i noen utvalgte kommuner. Dette vil danne grunnlaget for å vurdere om resultatet svarer til behovene for styringsinformasjon.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### **2.4.2 Etablere et personidentifiserbart Norsk pasientregister**

Stortinget vedtok i mars 2007 at Norsk pasientregister (NPR) skulle etableres som et personidentifiserbart register. Kongen i statsråd vedtok forskrift om Norsk pasientregister desember 2007. Forskriften vil tre i kraft når sikkerhetsløsningene, herunder krypteringsløsning, er på plass. Det er ventet at dette vil skje tidlig i 2009. I samarbeid med tjenestene er det utviklet variabler som omhandler pasient- og aktivitetsdata som institusjoner innen Tverrfaglig spesialisert behandling skal rapportere på til NPR. Dette skal gi nasjonale myndigheter bedre

styringsinformasjon på rusfeltet. Det er allerede igangsatt rapportering på ventetidsdata til dagens aidentifiserte NPR, samt administrative data til SSB. Høsten 2008 har NPR og de regionale helseforetakene iverksatt et opplæringsløp for institusjonene. 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.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

### **2.4.3 Kartlegge behov og ressursbruk på rusfeltet (2009/2010)**

### **2.4.4 Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (2009/2010)**

## **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:

- Målrette 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 er iverksatt i 2008, mens to skal avvente 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 761 70, som omhandler tiltak for rusmiddelavhengige og prostituerte. I kjølvannet av denne evalueringen vil vi vurdere partnerskapsmodeller.

Under følger en kort status på delmål 2.5.

#### **2.5.1 Målrette tilskuddene til de frivillige organisasjonene**

Det er flere tilskuddsordninger for frivillige organisasjoner i Helsedirektoratet. Tilskudd til forebyggende rusarbeid (Kap 718 post 70) har vært gjennom en internevaluering, og det er utarbeidet et nytt regelverk for å målrette tilskuddet i dialog med berørte organisasjoner. Det arrangeres årlige konferanser for og med organisasjonene hvor man drøfter og sprer erfaringer. På **[www.forebygging.no](http://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 også tilskudd til «Frivillig arbeid for rusmisbrukere og prostituerte» (Kap 761 70), og har gjennom anbudsprosess satt ut evaluering av denne posten til International Research Institute of Stavanger (IRIS) i samarbeid med Rokkansenteret. IRIS skal levere en halvveisrapport medio 2009 og endelig evaluering 2010. Helsedirektoratet vil påstarte arbeidet med å målrette tilskuddsordningen og spre erfaringer etter halvveisrapporten er mottatt. 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 heldøgn omsorgstjenester er pålagt en selvstendig plikt til internkontroll. Helsetilsynet er i gang med oppfølging på dette området. Måloppnåelse vurderes i 2009.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

### **2.5.4 Oppsummere og spre erfaringer fra de frivillige organisasjonene (2009/2010)**

### **2.5.5 Styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører og vurdere partnerskapsmodeller (2009/2010)**









## MER TILGJENGELIGE TJENESTER

Ambisjonen er at tjenestene skal bli mer tilgjengelige gjennom Opptappingsplanen. Alle personer med rusmiddelavhengighet skal møtes med et utgangspunkt om 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 prosent av innsatte i norske fengsler som har rusmiddelproblemer. For å bekjempe fattigdom og bidra til at flere vanskeligstilte skal komme i arbeid, skal det nye kvalifiseringsprogrammet bidra til å gjøre dette mer tilgjengelig. 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 Opptappingsplanen 39 tiltak/satsingsområder som skal bidra til å oppfylle fem delmål. Disse delmålene er å:

**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 TILGJENGELIGE TJENESTER FOR BARN OG UNGE

Tjenesteapparatet skal være tilgjengelig for barn og unge som har særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. I Opptrappingsplanen skal det satses på tidlig identifisering og tidlig intervensjon.

#### TILTAK

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

- 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 er iverksatt i 2008. Det er ansatt én sentral og fem regionale koordinatorene i regi av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som skal veilede kommunene og implementere kartleggingsverktøy i barneverntjenesten. For å heve kompetansen på tidlig intervensjon utarbeides veilederen *Fra bekymring til handling*, og i tillegg er det gitt tilskudd til 20 prosjekter for å styrke tidlig intervensjon. Lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet er styrket blant annet gjennom kommunale

tilskuddsordninger. 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 2009/2010 skal det utføres en kartlegging av omfang 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 i gang etter 2008 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- og likestillingsdepartementet er det ansatt en sentral koordinator i Barne- ungdoms og familiedirektoratet 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.

*Ansvarlig: Barne- og likestillingsdepartementet*

### **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 kunnskapsopp-

summeringen *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering* (2007), som ble utført av IRIS på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Rapporten peker på åtte satsingsområder, hvor følgende fire målgrupper er prioritert: Barn av foreldre med rusproblemer og psykisk lidelse, ungdom i sviktsonen, ungdom innlagt med alkoholintoksikasjon og Gravide. Fire prioriterte arenaer som ble påpekt i rapporten er følgende: Skolen, fastlegen, sykehuset og arbeidslivet.

På bakgrunn av identifiserte satsingsområder utarbeides nå veilederen; *Fra bekymring til handling*. Veilederen vil gi råd om hva man kan gjøre hvis man er bekymret for barn og unges begynnende rusproblemer. Den legger særlig vekt på tidlig oppdagelse av risikofaktorer og hvilke beskyttelsesfaktorer man bør bidra til å styrke gjennom tidlig intervensjon for å dempe eller hindre problemutvikling. *Fra bekymring til handling* skal også behandle tidlig identifisering og tidlig intervensjon overfor voksne.

Helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene har tildelt midler til tidlig intervensjonsprosjekter som er i tråd med satsingsområdene i rapporten. Det er pr. desember 2008 i underkant av 30 forskjellige prosjekter som er igangsatt i ulike kommuner. Hovedsakelig er prosjektene rettet mot ungdom i risiko 11–23 år, barn av rusmisbrukende foreldre og psykisk syke og tidlig intervensjon overfor gravide /sped- og småbarnsforeldre. Veilederen som kommer i 2009 vil være et viktig bidrag til tidlig intervensjonssatsingen gjennom å gi en handlingsveileder til tjenesteansatte, eller en oppskrift på hva som skal gjøres når ansatte er bekymret for at et barn, en ungdom eller voksen kan ha et begynnende rusproblem.

Utviklingsprosjektene til kompetansesentrene ligger innenfor anbefalingene i rapport IS-1455 om satsingen på de anbefalte målgrupper og arenaer. Kompetansesentrene for rusfeltet følger opp flere tidlig intervensjonsprosjekter i flere kommuner som de selv finansierer. De fleste tidlig intervensjonsprosjektene fordeler seg på disse målgruppene.

Seks prosjekter retter seg mot målgruppen barn av foreldre med psykisk lidelser og rusmiddelmissbruk, 17 prosjekter har målgruppene ungdom i risiko 9–18 år og ungdom i risiko 16–18 og 18–24 år. Fire prosjekter har målgruppen gravide og sped-/småbarnsforeldre som målgruppe. I 2009 vil Helsedirektoratet målrette satsingen slik at de andre satsingsområdene blir dekket opp. Det vil si flere prosjekter rettet mot målgruppen ungdom med inntoks, og mot arenaene sykehuset, fastlegen og arbeidslivet.

I tillegg kommer tidlig intervensjonsprosjekter i kommunene som ikke skjer i regi av kompetansesentrene men gjennom tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid forvaltet av fylkesmannen, som omfatter prosjekter i 155 STYRK- kommuner, og 57 av disse er tidlig intervensjonsprosjekter i kommunene.

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

### **3.1.3 Styrke kommunenes lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet**

Tilskuddsordningene til kommunalt rusarbeid er betydelig styrket i statsbudsjettet for 2009. Det er etablert fire ulike ordninger, som skal stimulere til økt innsats, metodeutvikling og mer treffsikre tilbud i kommunene. Det ytes tilskudd til 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. Disse skal gi rusmiddelavhengige tett oppfølging og veiledning gjennom hjelpeapparatet. Gjennom tilskuddsordningene 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. Ung-

dom i risikozonen er en prioritert målgruppe. Det skal satses på å utvikle 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 Opptrappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og Regjeringens innsats for å redusere fattigdom og ny organisering av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

*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.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet.*

#### **3.1.5 Sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter (2009/2010)**

#### **3.1.6 Kartlegge omfang av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging (2009/2010)**





## 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, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Justisdepartementet og Helsedirektoratet 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 dem som ikke oppsøker ordinære tjenester skal lavterskeltiltak, oppsøkende og ambulant virksomhet styrkes. Følgende tiltak skal iverksettes for å styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene:

### 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
- Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (2009/2010)
- Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitets-tilbud, «grønne» lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering (2009/2010).
- Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 (2009/2010)
- Målrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak (2009/2010)

### *Oppsummering*

Tolv av tiltakene er påbegynt i 2008, mens fire er planlagt startet i 2009 og 2010. En kort oppsummering av de tolv tiltakene som er iverksatt viser at det er ansatt «Koordinerende tillitspersoner» i alle 30 forsøkskommunene. 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 vil imidlertid bli konkretisert nærmere i 2009 og må også ses i sammenheng med oppdraget om å lage veileder for kommunalt rusarbeid.

Helsedirektoratet samler og formidler gode eksempler om individuell oppfølging gjennom **[www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no)** og har også utgitt tips-



hefte med gode praksiseksempler på bruk av Individuell plan. Kommunalt rusarbeid har blitt noe 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.

Kvalifiseringsprogrammet er iverksatt og etableres i takt med innføringen av nye NAV-kontor. Resultatene viser at det foreløpig er færre enn planlagt som får tilbud om kvalifiseringsprogram. Det gjøres mye for å øke kompetansen og kvaliteten i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning. Eksempelvis er det opprettet en egen nettside for økonomi- og gjeldsspørsmål samt utviklet et landsdekkende tredelt kompetanseløp om økonomi og gjeld rettet mot kommunene og NAV-kontorene.

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 vil bli styrket i 2009. Gatehospitalet utvides med en egen kvinneavdeling.

Tannhelsen er gjennomgående dårlig hos rusmiddelmissbrukere. Fra 2006 har personer i kommunale rustiltak, innsatte i fengsler og personer under behandling i spesialisthelsetjenesten hatt tilbud om gratis tannbehandling. Tannhelsetilbud for alle rusavhengige er etablert fra 2008. Forsøk med sprøyterom er evaluert og regjeringen har lagt frem et høringsnotat høsten 2008. Et lovforslag fremmes for Stortinget før påske 2009.

Mange av tiltakene for å skape bedre kommunale tjenester må ses i sammenheng.

Under følger en kort gjennomgang av tiltakene som er iverksatt i 2008.

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

Det er innført et treårig forsøk med koordinerende tillitspersoner i 30 utvalgte kommuner. Formålet med tillitspersoner er å bidra til at rusmiddelmissbrukere får et mer helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud, som bidrar til økt sosial inkludering og livsmestring. Et annet formål er at flere skal få utarbeidet individuell plan. Tillitspersonene skal følge brukerne gjennom hjelpeapparatet og bidra til at de får tjenester de har behov for, slik som arbeid/aktivitet, helsehjelp, bolig, økonomisk rådgivning, nettverksarbeid, hjelp ved kriser mv. Kommunene kan samarbeid med frivillige organisasjoner i et partnerskap, men tilbudet skal være forankret i sosialtjenesteloven for å ivareta saksbehandlingsregler og brukernes rettssikkerhet.

*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 vil bli distribuert fortløpende og gjort kjent for landets kommuner. En annen viktig formidlingskanal er nettsiden **www.kommunetorget.no** som Nord-Norsk kompetansesenter driver for Helsedirektoratet. Formålet med nettstedet er å gi kunnskap og råd om planarbeid og gode erfaringer med bruk av individuell plan i arbeidet med rusmiddelmissbrukere. Fylkesmennene vil gjennom sine læringsnettverk og ulike samlinger/arenaer for kommunene ha 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

Den kommunale tilskuddsordningen 761 63 er styrket, en ordning med koordinerende tillitspersonen er under etablering, det er etablert rusrådgivere hos Fylkesmannen og det er lagt til rette for faglig utvikling av kommunalt rusarbeid. Tiltaket må videre ses i sammenheng med bostedsløshetssatsingen, Kvalifiseringsprogrammet og psykisk helsearbeid og den nye, store helsereformen – samhandlingsreformen.

*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. Formålet med tiltaket er å bidra til at flere i målgruppen kommer i arbeid. Programmet skal være individuelt tilpasset og arbeidsrettet, slik at det kan være med på å støtte opp under og forberede overgangen til arbeid. Programmet er iverksatt i alle kommuner med NAV-kontor. Det fases inn i takt med etablering av NAV-kontor. Fra 1. januar 2010 vil ordningen være landsdekkende. De første rapporteringene fra NAV kontorenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet viser at det foreløpig er langt færre som har fått tilbud om program enn det som er planlagt. Årsakene til dette kan være flere. Kvalifiseringsprogrammet skal blant annet innføres av NAV-kontorene i en krevende etableringsfase, og det kan være usikkerhet og manglende kompetanse knyttet til forvaltningen av den nye ordningen. På denne bakgrunnen styrkes innsatsen gjennom linjen ut mot den enkelte leder av NAV-kontoret. NAV fylke vil også få ansvaret for å følge opp utviklingen av antall brukere i ordningen ved det enkelte NAV-kontor. I denne sammenhengen etableres også et felles prosjekt for de to

statlige aktørene på fylkesnivå, ledet av fylkesdirektøren, for å følge opp gjennomføringen av kvalifiseringsprogrammet ved NAV-kontorene.

*Ansvarlig: Arbeids- og inkluderingsdepartementet*

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

Arbeids- og velferdsdirektoratet leder en nasjonal arbeidsgruppe som følger opp innsatsen på dette området. Formålet er å sikre informasjon og bevissthet om økonomisk rådgivning, å sikre best mulig kvalitet på økonomisk rådgivning/gjeldsrådgivning ved å heve kompetansen i sosialtjenesten og andre aktører i kommunen samt å styrke statistikk og rapportering. Det er blant annet opprettet en egen nettside for økonomi- og gjeldsspørsmål, tilrettelagt for at kommunene eller NAV-kontorene kan ta i bruk informasjonsmateriell om økonomisk rådgivning, utviklet et landsdekkende tredelt kompetanseløp om økonomi og gjeld rettet mot kommunene og NAV-kontor, utviklet indikatorer på økonomisk rådgivning som er innarbeidet i KOSTRA, utarbeidet forslag til landsdekkende veiledningsrutiner for frivillig offentlig forvaltning av enkeltpersoners økonomi, gitt tilskudd til flere interkommunale prosjekter med formål å heve kompetanse og å skape økt oppmerksomhet om økonomi- og gjeldsproblematikk og gitt tilskudd til 32 kommuner med formål om å utvikle brukerstyrt gjeldsrådgivning, gi økonomisk rådgivning til mennesker med dobbeltdiagnose rus og psykiatri og utvikle tverrfaglige samhandling mellom sosialtjeneste, namsmann og skole for å tilrettelegge for gjeldsforebyggende strategier/undervisning ved ungdomsskolen i kommunen.

*Ansvarlig: Arbeids- og inkluderingsdepartementet*

### 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 skattyteren har vært i en vanskelig livssituasjon.

*Ansvarlig: Finansdepartementet*

### 3.2.7 Videreutvikle det oppsøkende arbeidet

Det har vært jobbet med å styrke lavterskeltilbud og oppsøkende arbeid i flere år, og dette arbeidet fortsetter/styrkes i opptrappingsplanperioden. 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 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 Rusmiddelstatens kompetansesenter, på oppdrag fra Helsedirektoratet, en internasjonal konferanse om «Outreach work». Det er også gitt ut en egen metodebok i oppsøkende arbeid i regi av Rusmiddelstatens kompetansesenter. 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 arbeide videre for å videreutvikle det oppsøkende arbeidet. Dette punktet må også ses i sammenheng med utviklingen av oppsøkende team (for eksempel Assertive community treatment team), som skal gi tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ulike tilleggs lidelser.

*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 samt styrke kunnskapsgrunnlaget om brukergruppen, tjenestetilbudet og lavterskel helsetiltak som metode. Evalueringen var ferdigstilt i januar 2008, og hovedtrekkene viser at formålene langt på vei er innfridd og at tiltakene og arbeidsmåten er virkningsfull for målgruppen. Mange tusen tunge rusmiddelmissbrukere benytter lavterskeltiltakene på landsbasis, og 42 kommuner er nå inne i ordningen. Utfordringene som påpekes i evalueringen, er det høye antallet LAR-brukere som benytter tiltakene (2/3) og at 9 prosent av brukerne er unge mellom 16 og 25 år. Andre konkrete tiltak i Opptappingsplanen skal også bidra til å møte disse utfordringene.

Det andre formålet er å spre de gode erfaringene med lavterskel helsetiltak, både som tjenestetilbud og metode til andre kommuner og tjenester. Informasjonsbrosjyre om lavterskel helsetiltak er sendt til alle landets kommuner. Helsedirektoratet arrangerte nettverkssamling for lavterskeltiltakene i juni 2008, hvor fokus på videreutvikling og igangsetting av tiltak for å møte utfordringene i evalueringen var tema. Rusmiddelstaten i Oslo arrangerte, på oppdrag fra Helsedirektoratet, en nasjonal konferanse med det formål å spre erfaringer fra lavterskel helsetiltak som tjeneste og metode til andre tjenester og kommuner. Videre har tiltakene i forbindelse med årets tilskuddsforvaltning blitt bedt om å lage en plan for hvordan de vil møte utfordringene lokalt i eget tiltak i 2008. De er også blitt oppfordret til å ha fokus på kompetanseutvikling for egne utøvere og formidling av erfaringer med lavterskel og kunnskap om målgruppen til andre tjenester i kommunen. Flere av LAV-kommunene har pågående tiltak for å spre erfaringer.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

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

Etter oppdrag fra daværende Helsedepartementet og i samarbeid med Oslo kommune etablerte Frelsesarmeen i 2005 Gatehospitalet som et treårig prosjekt. Regjeringen har foreslått å videreføre tilskuddet til Gatehospitalet i samarbeid med Oslo kommune og bidra til at det kan utvikles et eget tilbud til kvinner. Tilskuddet er styrket og utvidet med en kvinneavdeling.

*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 1000 brukere har benyttet seg av tilbudet. Evalueringen viser at tilbudet har hatt stor betydning for brukerne, og at samarbeidet mellom kommunen og Fylkeskommunens tannhelsetilbud har blitt styrket. Ordningen videreføres i 2009. Fra 2006 har personer i kommunale rustiltak, innsatte i fengsler og personer under behandling i spesialisthelsetjenesten hatt tilbud om gratis tannbehandling. Noen grupper har falt utenfor disse ordningene, og fra 2008 er det etablert tannhelsetilbud for alle rusavhengige. HOD vil sørge for at det blir gjennomført en evaluering av ordningen med særskilte tiltak i løpet av 2009. Det er fremmet et satsingsforslag jfr. oppfølging av St. meld. om tannhelse. Tiltakene er gjennomført og skal evalueres.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

### **3.2.11 Følge opp evalueringen av sprøyterom**

Forsøksordningen med sprøyterom ble evaluert av SIRUS, og Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp denne evalueringen. Regjeringen har lagt frem et høringsnotat høsten 2008 og lovforslag fremmes for Stortinget før påsken 2009. Midlertidig lov har virketid til 17. desember 2009.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet.*

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

Den kommunale omsorgstjenesten skal styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009 sammenlignet med 2004. Omsorgstjenester omfatter også oppfølging av mennesker med rusmiddelproblemer. Omsorgstjenestene skal styrkes gjennom Kompetanseløftet 2015. Ifølge KOSTRA-rapporteringen er Pleie- og omsorgstjenestene styrket med 9400 i denne regjeringens periode.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

### **3.2.13 Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (2009/2010)**

**3.2.14 Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, «grønne» lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering (2009/2010).**

**3.2.15 Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 (2009/2010)**

**3.2.16 Målrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak (2009/2010)**

### 3.3 STYRKE BOLIGTILBUDET TIL PERSONER MED RUSMIDDELAVHENGIGHET

En god bosituasjon er viktig for rehabilitering, helse og verdighet. Det er i de senere år 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 er igangsatt i 2008. Det er satt i gang flere tiltak og forsøksprosjekt for å redusere omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud. Tiltak som bidrar til å forebygge og bekjempe bostedsløshet har førsteprioritet innenfor Husbankens låne- og tilskuddsordningen. 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, i tillegg til at det i november i 2008 er gjennomført en ny kartlegging. Disse to rapportene vil si noe om hvorvidt man har lyktes i å sette bostedsløshet på dagsorden også i de mindre kommunen, uten at innsatsen har avtatt andre steder. Den vil også kunne si noe om hvilke tiltak som ikke virker. Resultatet av kartleggingen vil foreligge i 2009. Investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger vil sannsynligvis gi 1000 nye boenheter i 2008.

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**

Gjennom Opptappingsplanen skal man styrke innsatsen for å avskaffe bostedsløshet. 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. Selv om strategien er avsluttet, fortsetter arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet for fullt. I november i 2008 ble det gjennomført en ny kartlegging. Resultatet fra kartleggingen vil foreligge i 2009.

*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 gjennom de siste årene handlet særlig om å redusere omfanget av utkastelser samt å begrense bruken av midlertidig botilbud. For å lykkes i dette arbeidet krever det godt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og sektorer. Husbanken forvalter kompetansetilskudd der prosjekter som bidrar til å forebygge bostedsløshet kan få støtte til dette.

Begjæringer om utkastelser og gjennomførte utkastelser viste en betydelig nedgang i 2005 og 2006. I 2007 viser tallene en økning sammenlignet med 2006, men fortsatt en markant nedgang sammenlignet med referanseåret 2004. Selv om utviklingen påvirkes i stor grad med konjunkturer i samfunnet for øvrig, er det viktig at det finnes gode rutiner som gjør at begjæringer om utkastelser blir håndtert mest hensiktsmessig. Derfor skal Husbanken også i 2009 fortsette å støtte opp om prosjekter som bidrar til redusert antall begjæringer om utkastelser og gjennomførte utkastelser.

Det er et mål om at antall midlertidige opphold for personer løslatt fra fengsel eller utskrevet fra institusjon, reduseres. Videre er det et mål at ingen midlertidige opphold varer over 3 måneder. På grunn av store svakheter med rapporteringen fra kommunene på dette området, er det vanskelig å si noe sikkert om hvordan utviklingen har vært de siste årene. På forsiktig grunnlag kan man si at det har vært en økning på landsbasis i antall midlertidige opphold. Imidlertid kan dette skyldes bedre registreringsrutiner i kommunene. Varigheten på oppholdene tilsier tallene at det fremdeles er 30 prosent av oppholdene som har en varighet over 3 måneder.

Tiltak som bidrar til å forebygge og bekjempe bostedsløshet har første-prioritet innenfor Husbankens låne- og tilskuddsordninger.

*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**

Det er satt i gang et metode- og modellutviklingsprosjekt i de fire storbyene, samt i fem randkommuner med utfordringer knyttet til bruk av midlertidig botilbud. Formålet med prosjektet er å utvikle metoder og tiltak for oppfølging av personer som oppholder seg i midlertidig botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig. Tiltaket må ses i sammenheng med målet i strategien *På vei til egen bolig* om at ingen skal oppholde seg mer enn tre måneder i midlertidig botilbud. Prosjektet gjennomføres i et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Husbanken. Dette tiltaket startet opp i 2007 og planlegges avsluttet ved utgangen av 2009.

*Ansvar: Arbeids- og inkluderingsdepartementet*

### **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 er målsettingen å gi tilskudd til 12 000 sykehjem og omsorgsboliger. Ordningen har en tilsagnsramme på 500 millioner kroner i 2008. Med en gjennomsnittlig tilskuddsutmåling på 25 prosent vil dette gi 1000 boenheter i 2008. Ordningen hadde oppstart januar 2008 og vurdering av måloppnåelse vil derfor bli mer hensiktsmessig på et senere tidspunkt.

*Ansvar: Kommunal- og regionaldepartementet*





### 3.4 STYRKE KAPASITETEN I TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING

Det er opprettet mange nye behandlingsplasser for personer med rusmiddelproblemer i tverrfaglig spesialisert behandling. Antall døgnplasser økte med 25 prosent på tre år. 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 etter rusreformen i 2004. Samtidig vet vi at tilbudet ikke er tilstrekkelig og at mange ikke får de tjenestene de har behov for.

En stor del av ressursene i den norske spesialisthelsetjenesten gikk i 2007 til rusbehandling og det har vært en markant økning i antall henviste til tverrfaglig spesialisert behandling samme år. Det er imidlertid store regionale forskjeller i ventetid. Ifølge SINTEF Helse er ventetiden for innleggelse til rusbehandling fem uker i Helse Sør-Øst, mens tilsvarende ventetid er over dobbelt så lang for de som er bosatt andre steder i landet. Ventetid for avrusning er kort i Helse Sør-Øst, med en median ventetid på fem dager – det vil si at halvparten av de ventende har ventet mer enn fem dager, den andre halvdel mindre enn fem dager. Ventetida for personer som skal inn til avrusning, er relativt kort også i Helse Midt-Norge. Både Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har en relativt bra egendeckning av døgn-tjenester innen rusbehandling. Helse Vest og Helse Nord, som i betydelig grad må supplere eget behandlingstilbud med kjøp fra de andre regionene, har lengst ventetid for sin befolkning. Det er behov for en fortsatt utbygging av tjenestetilbudet.

I tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet skal kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige styrkes, og i statsbudsjettet for 2009 presiseres det 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:

- Øke innsatsen og behandlingsskapiteten til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering
- Sikre bedre rutiner for helhetlig behandling for å unngå behandlingsavbrudd
- Øke innsatsen og behandlingsskapiteten 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 er påbegynt i 2008. 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. Alle som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, skal også vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Også innsatsen mot de med samtidig rus- og psykisk lidelse skal økes. Videre har følgende paragrafer i Lov om pasientrettigheter 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 2009 utgis Nasjonale faglige retningslinjer for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige, og det er utarbeidet forskrift om regulering av LAR.

Under følger en mer utfyllende status for hvert tiltak.

### **3.4.1 Øke innsatsen og behandlingsskapasiteten 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 tilfredsstille de krav som stilles til spesialisthelsetjeneste. Samlet ble rusfeltet styrket med omlag 125 millioner kroner i statsbudsjettet for 2008, herunder 46 millioner kroner til styrket akuttbehandling, avrusning og LAR. RHFene er i oppdragsdokumentet for 2008 bedt om å øke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team samt legemiddelassistert rehabilitering. Når det gjelder ventetidssituasjonen i helseregion sør-øst, vil ledelsen ved RHFet fremme forslag til styret om å omdisponere egne midler til styrking av døgnkapasiteten for pasienter med omfattende problemer både med rus og psykiske lidelser – både korttid og langtid, pasienter med stort omsorgsbehov (tilleggsproblematikk) og mindre behov for aktiv behandling, og unge menn med rusproblemer og atferdsmessige tilleggsproblemer som ikke kan være i terapeutiske samfunn, avgiftning narkotika. Døgnkapasiteten har vært stabil siden 2004 med en viss økning av avrusningskapasiteten og mindre endringer i fordelingen mellom korttids- og langtidsbehandling. Flere mottar poliklinisk behandling, og det er en stor økning i antall som mottar LAR. Styringssignalet for 2008 vil følges videre opp gjennom RHFenes årlige melding, rapporter fra

Helsetilsynet og Riksrevisjonen, samt kartlegging av ressurs- og aktivitet utvikling på grunnlag av data fra SINTEF og NPR.

*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 er de regionale helseforetakene bedt om i sitt årlige tildelingsbrev. Tiltaket vil bli fulgt opp bl.a. gjennom årsmelding samt statistikk over ressurs- og aktivitet utviklingen på området.

*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 sitt rusmiddelproblem. Disse får bare i begrenset grad behandling for sine sammensatte lidelser. Psykisk helsevern har ansvar for pasienter med dobbeltdiagnose. Denne diagnosen forutsetter alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, affektive sinnslidelser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser og vedvarende alvorlig rusmiddelavhengighet. 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. Kartleggingsverktøy skal tas i bruk ved vurdering og diagnostisering. Det må sørges for bedre samordning og

samhandling mellom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og psykisk helsevern, og tjenestene må tilbys samtidig. Tiltak i denne planen må ses i sammenheng med Opptappingsplanen for psykisk helse og Helsedirektoratets anbefalinger for videreutvikling av tjenestene ved distriktpsikiatriske sentre. Det er i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 signalisert at innsatsen og kapasiteten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling skal styrkes for å ivareta personer med både psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, såkalte dobbeltdiagnoser. Herunder skal også den ambulante virksomheten økes videre. Dette vil bli fulgt opp blant annet gjennom de regionale helseforetakenes årlige melding, samt ved hjelp av statistikk over ressurs- og aktivitetsutviklingen på området.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

#### **3.4.4 Styrke tilbudet for pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser**

De regionale helseforetakene er i oppdragsdokument for 2008 bedt om at alle som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Det er videre et mål at brukerne trekkes mer inn i arbeidet på feltet. Distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal være faglig og bemanningsmessig i stand til å ivareta individuelle og sammensatte behandlingsbehov hos alle pasienter som henvises til psykisk helsevern. Sykehusavdelingene skal ivareta spissfunksjoner. Tiltaket vil bli fulgt opp bl.a. gjennom de regionale helseforetakenes årlige melding samt statistikk over ressurs- og aktivitetsutviklingen på området.

*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 etter det 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.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

### **3.4.6 Ferdigstilte faglige retningslinjer om legemiddelassistert rehabilitering**

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 helsedirektorat 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. Utkast til forskrift og retningslinje foreligger ved utgangen av 2008 og sendes på felles høring primo 2009. En regner med at nytt rammeverk for LAR vil være på plass september 2009, og da erstatte de veilederne og rundskrivene som regulerer LAR i dag. Prosessen har vært fulgt med stor interesse, omfattende diskusjoner og i stor grad ulikt syn på mål og metoder i LAR.

*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, kriterier for inntak og utskrivning, ansvarsgrupper, krav om individuell plan for pasienter i LAR og krav om at pasienter i LAR avlegger urinprøve for kontrollformål. Forskrift om regulering av LAR sendes til høring primo 2009 sammen med retningslinjer for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

## **3.5 BEDRE TILGJENGELIGHETEN TIL TJENESTER FOR INNSATTE OG DOMFELTE**

60 prosent 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.



- 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 rusmiddel-misbruk i kriminalomsorgen
- Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 (2009/2010)
- Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen (2009/2010)

### *Oppsummering*

Fire av tiltakene er påbegynt i 2008. Justisdepartementet har utarbeidet en helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmisbruk 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.

De resterende tiltakene vil det rapporteres på i 2009/2010. Det er imidlertid igangsatt en del for eksempel for å styrke tjenestene til innsatt i løslatelsesfasen og øke antall døgn som gjennomføres i institusjon etter § 12. Det ytes blant annet tilskudd til rehabiliteringstiltak for mannlige rusmiddelmisbrukere i flere fengsler. I Oslo fengsel er *Stifinner'n* etablert i et samarbeid mellom Kriminalomsorgen og Tyrilistiftelsen. I Trondheim fengsel finnes et tilsvarende tiltak i samarbeid mellom Stavne Gård og Kriminalomsorgen. Fra 2008 iverksettes *Stifinner'n* for kvinner med rusmiddelproblemer ved Bredtveit fengsel. Dette er et samarbeid mellom Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg gjøres det en del for å styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen. Narkotikaprogram med domstolskontroll evalueres og det er etablert flere rusmestringsenheter i fengslene.

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

Samarbeidet mellom tjenestene om tilbakeføring fra fengsel har ikke vært bra nok, og det har vært behov for å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen. På lokalt nivå er det laget avtaler mellom fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet er spesielt viktig i sammenheng med planlegging av løslatelse og tilbakeføring til samfunnet. Også innsatte med rusmiddelproblemer kan ha rett til individuell plan. Rundskriv G-8/2006 Samarbeid mellom kommunetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige legger forholdene bedre til rette for utarbeiding av individuell plan for innsatte som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Måloppnåelsen vurderes ikke som bra nok, og det jobbes med å øke antall innsatte med individuelle planer også gjennom den helhetlige russtrategien som implementeres fra høsten 2008.

*Ansvarlig: Justis- og politidepartementet*

### **3.5.2 Etablere rusmestringsenheter i fengsler**

I 2007 ble det etablert rusmestringsenheter i Bodø, Stavanger og Ravneberget fengsler. Hensikten er blant annet å gjøre helsetjenestene mer tilgjengelige for innsatte rusmiddelavhengige med behov for rehabilitering. Helsetjenestetilbud til innsatte er styrket i tråd med økningen i antall nye fengselsplasser. Det legges opp til å etablere flere rusmestringsenheter i 2009. Samtidig legges det opp til økt bruk av overføring til fortsatt straffegjennomføring utenfor fengsel etter straffegjennomføringsloven § 12 (behandlings- eller omsorgsinstitusjon). Videre skal det etableres et tilbud om behandling til kvinnelige innsatte med rusproblemer og voldserfaringer ved Bredtveit fengsel etter modell fra *Stifinner'n* ved Oslo fengsel.

*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 at prøveordningen har vart i to år, har 53 personer blitt idømt ND, 23 i Oslo og 30 i Bergen. Tre personer har fått ND-dom to ganger. Mens prøvetiden, det vil si gjennomføringstiden, nesten alltid settes til to år, varierer den subsidiære straffen fra 2 til 36 måneder. Det har blitt avholdt 46 påfølgende rettsmøter. Prøveordningen er under evaluering av SIRUS, og rapportene så langt er svært lovende. Oslo kommune har ønske om endring av sider ved ND-ordningen og dette vil bli drøftet med de involverte instanser. Prøveordningen er besluttet forlenget frem til 2011 i Oslo og Bergen. Regjeringen ønsker en utvidelse av tilbudet, 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 rusmiddelmisbruk i kriminalomsorgen**

Kriminalomsorgens har nylig utarbeidet sin helhetlige russtrategi for 2008–2011, som skal sikre bedre rehabilitering og behandling av innsatte og domfelte rusmisbrukere. Planen vil bli iverksatt regionalt og lokalt i løpet av høsten 2008, og det er sterkt fokus på implementering av russtrategien i regioner og fengsler.

*Ansvarlig: Justis- og politidepartementet*

### **3.5.5 Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 (2009/2010)**

### **3.5.6 Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen (2009/2010)**





## 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 rusmiddelmissbrukere ofte har. Samhandling i Opptappingsplanen handler både om samhandling på individnivå og på 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 Opptappingsplanen skal samhandling gjøres mer forpliktende.

For å få bedre samhandling i rusfeltet beskriver Opptappingsplanen 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 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 med 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, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. Rundskrivet er sendt alle landets kommuner.

*Ansvarlig: Barne- og likestillingsdepartementet*

#### **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. Det er sendt ut et høringsnotat om endringer i barnevernloven om at barneverntjenesten får plikt til å gi alle meldere en generell tilbakemelding, og offentlige organer og aktuelle yrkesutøvere en nærmere informasjon om hvordan saken følges opp. Høringsnotatet hadde høringsfrist i desember 2008, og det legges frem en Odelstingsproposisjon for Stortinget våren 2009.

*Ansvar: Barne- og likestillingsdepartementet*



## 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 (2009/2010)

### *Oppsummering*

Fem av seks tiltak er påbegynt i 2008. I 2009 etableres en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer mellom helseforetak og kommuner. I 2008 videreføres og forsterkes arbeidet

med regionale rusfora, og i forslag til statsbudsjett for 2009 oppfordres det til at veiledningen fra de regionale helseforetakene til kommunene og visa versa bedres. De regionale kompetansesentrene for rus har god kontakt med både kommuner og helseforetak og skal i 2009 intensivere tiltak som kan bidra til samhandling. Videre skal samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten bli bedre blant annet gjennom å tilby allmennleger og fastleger deltidsstillinger i sykehusavdelinger. 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.

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

Dette tiltaket skal startes opp i 2009. Det er imidlertid 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. Det er regionvise kompetansesentra for rusmiddelspørsmål, hvor det pågår tverrfaglige prosjekter innen forskning og kvalitetsutvikling med vekt på gjensidig kompetanseoverføring. De fleste fylkene eller regionene har regionale rusfora hvor både kommunene og helseforetakene deltar. 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. Dette tiltaket jobbes det videre med for å skape god veiledning mellom nivåene.

*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. De regionale kompetansesentrene er i oppdragsbrev bedt om 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. Rusmiddeletatens kompetansesenter vil fra høsten 2008, i samarbeid med Høyskolen i Lillehammer starte opp en videreutdanning i mestring av tilbakefall og rusepisoder. Målgruppa 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 ble styrket i 2008. Gjennom ordningen tilbys fastleger og allmennleger deltidsstillinger i sykehusavdelinger. Ordningen er viktig for å optimalisere pasientforløp og bedre samhandlingen 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 rundt 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**

Forslag om å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært på høring, og lovendringen er vedtatt. Ikrafttredelse er pr. dags dato ikke bestemt. Utvidelse vil kunne bidra til styrket rettsikkerhet og likhet i tjenestene. I tillegg vil en utvidelse styrke rettighetene til mennesker som ikke er i stand til å fremme sine egne omsorgsbehov når man opplever at det kommunale tjenestetilbudet ikke er tilfredsstillende.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

#### **4.2.6 Etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene (2009/2010)**

### 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. Dernext bør det være ei ansvarsgruppe bestående av bruker, koordinator samt folk som er naturlige samarbeidspartnere, som fastlege, pårørende eller andre. Ansvarsgruppa 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 deres tjenester, skarpere brukerfokus og mer forpliktende relasjoner med brukere. Etter 1. januar 2004 ble individuell plan for rusmisbrukere 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 med Rusreformen som er å styrke behandlingstilbudet til rusmisbrukere. 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](http://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 rusmiddelmissbrukere er preget av brudd, og arbeidet med Individuell plan skal målrettes bedre. Det er allerede utarbeidet et tipshefte, som blant annet synliggjør betydningen av individuell plan for rusmiddelmissbrukere, og en nettside **[www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no)**, hvor man finner tips, veileder, forskrift om Individuell plan, maler og oppsummering av spørsmål rundt IP. 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 rusmiddelmissbrukere i større grad skal få IP.

Som tidligere skissert er tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid betydelig styrket i 2009. De fire ordningene skal blant annet stimulere til at flere skal få individuell plan med helhetlig oppfølging både før, under og etter institusjonsopphold eller fengsel. Sosial inkludering og reduksjon av tilbakefall er også viktige mål. Satsing på økt bruk av individuell plan er også en av hovedsatsingene i tilskuddsordningen «Styrking av kommunenes oppfølging med rusmiddelmissbrukere» (STYRK-ordningen) og i forsøksordning med koordinerende tillitspersoner. Disse skal gi rusmiddelavhengige tett oppfølging og veiledning gjennom hjelpeapparatet, bidra til at de mottar de tjenester de har behov for, utarbeiding av individuelle planer og at de deltar i aktiviteter, eksempelvis kvalifiseringsprogrammet i sosialtjenestelovens kapittel 5A.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

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

Av flere tiltak er formidling av erfaringer om fremgangsmåter og gode tips noen av de mest sentrale. Forskriften om Individuell plan ble endret i 2007, og veilederen som ble utgitt i 2005, ble revidert i 2007. I tillegg er det vesentlig å bygge ned barrieren om at IP er et vanskelig tilgjengelig verktøy for tjenesteytere og brukere. Man 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 april 2008. Den nye brukerbrosjyren *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.

Flere tjenesteytere og brukere har fått informasjon om IP som egnet verktøy for å oppnå flere og bedre individuelle planprosesser.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*



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

Det gjøres mye for å oppsummere og spre erfaringer om individuell plan.

Flere fylkesmenn og regionale kompetansesentre for rus gir kommuner opplæring i utarbeiding av individuell plan. Nettstedet kommunetorget.no er et nyttig verktøy for spredning av erfaringer med individuell plan, med mange praksiseksempel og erfaringer på sine nettsider. Nordnorsk kompetansesenter for rusfeltet har i tillegg, i samarbeid med fylkesmennene og brukerorganisasjoner, publisert en ny 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. Styrket bruk av individuell plan legges også inn i embetsoppdraget til fylkesmennene. Altfor få personer med rusmiddelproblemer har individuell plan, og dette arbeidet skal følges opp gjennom hele planperioden.

*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 kontaktmøter hvor dette temaet følges opp.

*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, og at det utvikles avtaler mellom kommune og samarbeidsregion/fengsel. For å styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet jobbes det med å få til flere regionale og lokale avtaler mellom kriminalomsorgen og NAV.

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.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

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

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 i 2008 ble det arrangert et politisk ledermøte om boligsosiale utfordringer i Kristiansand der kommuneledelsen deltok. Avtalen trådte først i kraft i 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**

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 kommuner. Kriminalomsorgen har fått kompetansetilskudd til 7 boligkonsulenter fra Husbanken. Ved utgangen av 2007 var det inngått totalt 44 samarbeidsavtaler mellom region/fengsel og de enkelte kommunene. Arbeidet med å skaffe bolig for flere innsatte har høy prioritet.

*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. Målet er å få til flere regionale og lokale avtaler mellom kriminalomsorgen og NAV.

*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:

- 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 de siste årene har det vært en økning i antall kommuner som har helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner fra 34 prosent i 2004 til 59 prosent i 2007. Det arbeides også for å videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen. En veileder for skolens rusforebyggende arbeid skal være ferdig høsten 2009. 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 nå en kompetanseutviklingsplan for å styrke kunnskapen om forebyggende arbeid. Gjennom dette arbeidet samordnes og styrkes opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging. I 2009/2010 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 fått ekstra tilskudd for å intensivere bistand 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 helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det blir gitt tilbud om veiledning i alle landets regioner. SIRUS foretar årlige undersøkelser der antall kommuner med rusmiddelpolitisk handlingsplan registreres. Disse undersøkelsene viser en betydelig økning av antall kommuner med rusplan: I 2004 hadde kun 149 eller 34 prosent av kommunene helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Ved utgangen av 2007 var antallet økt til 254 eller 59 prosent, hvorav 21 var interkommunale. I tillegg hadde 30 kommuner plan under utarbeiding. Kun 139 kommuner hadde ren alkoholpolitisk plan i 2007, og 30 kommuner hadde ingen plan.

*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 er vesentlig at arbeidet inn mot skoleverket er forankret hos utdanningsmyndighetene, og det er derfor nødvendig at dette er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Samarbeidet skaper legitimitet når det gjelder å få satt viktige temaer på dagsorden. Det utarbeides en veileder for skolens rusforebyggende arbeid som skal være ferdig høsten 2009. 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 opp mot læreplanverket. Veilederen knyttes opp mot nettstedet **[www.forebygging.no/skole](http://www.forebygging.no/skole)**. Det utarbeides en implementeringsplan for veilederen.

Mye tyder allerede på at flere kommuner tar i bruk anbefalte eller lovende programmer, blant annet i Oslo. 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 programmer i skole, 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 gis tilskudd til evaluering.

*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 (2009/2010)**









## 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 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 satset 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 til 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 (2009/2010)
- Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke (2009/2010)

### *Oppsummering*

Sju av tiltakene er påbegynt i 2008. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et forslag om å lovfeste at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov, og i St.prp. nr. 1, 2009, påpekes det at spesialisthelsetjenesten nettopp bør ha helsepersonell som har et spesielt ansvar for å følge opp barn.

Barne- og likestillingsdepartementet 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 prosjekt 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](http://www.barnsbeste.no)**.

Heftene *De usynlige barna* er utgitt i et samarbeid mellom Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. 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 tett samarbeid med BUF-direktoratet. I tillegg er § 6–2 i sosialtjenesteloven nå under evaluering.

I løpet av 2009 og 2010 skal man kartlegge/samordne opplysninger om barn av foreldre med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. I tillegg vil arbeidet med veileder for samme målgruppe gjenopptas.

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**

Våren 2008 ble forslag om å lovfeste at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov når foreldre, som følge av psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade, ikke har evne eller mulighet til å yte barnet hjelp og nødvendig omsorg, sendt på høring. Formålet med lovendringene er at barn av disse pasientene skal oppdages og ivaretas på en bedre og mer systematisk måte enn i dag. Barna og foreldrene skal gis informasjon, veiledning og tas med på råd. Dette krever blant annet endringer i reglene om helsepersonellens taushetsplikt. Det foreslås også at spesialisthelsetjenesten i nødvendig utstrekning skal ha helsepersonell med særskilt ansvar for å følge opp barn.

*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 som myndighetene ønsker å ivareta bedre og mer systematisk enn tidligere. Over statsbudsjettet for 2008 er det bevilget midler til tiltak for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. Fem millioner kroner er avsatt til fordeling, etter søknad, til frivillige organisasjoner og andre aktører til tiltak for målgruppen. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Formålet er å stimulere til utvikling av tiltak som retter seg mot barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre, slik at det kan bidra til å bedre barnas situasjon og til å identifisere barn i målgruppen. Søknadsfristen var 15. mars 2008. Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre har bidratt i søknadsprosessen/innstillingen av midler.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

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

I Soria-Moria-erklæringen har regjeringen gitt løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. For å kunne gi langsiktig hjelp startet regjeringen i 2007 en flerårig satsning for å identifisere og følge opp disse barna. Som et ledd i «Handlingsplanen mot fattigdom» ble det i 2007 bevilget 15 millioner kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Som ledd i Regjeringens forsterkede innsats overfor barn og unge i risikosituasjoner, ble bevilgingen i 2008 økt med 5 millioner kroner til i alt 20 millioner kroner. I tillegg har Barne- og likestillingsdepartementet bevilget midler blant annet til å stryke kompetansen i barnevernet. Formålet er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølging av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak. Det legges vekt på tiltak som kommer barna direkte til gode. Departementet etablerte 2007 Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. 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](http://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 er styrket med en stilling i hver av de fem regionene. I tillegg er det ansatt en sentral koordinator i Barne- ungdoms og familiedirektoratet. Dette skal bidra til økt spesialkompetansen om barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer.

*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. Heftet er utgitt av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.

*Ansvar: Barne- og likestillingsdepartementet*

#### **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 har det blitt 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.

*Ansvarlig: Barne- og likestillingsdepartementet*

### **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 30–40 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 skal utarbeide retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av barn/familier frem til skolealder, i tett samarbeid med Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. I tillegg skal § 6–2 i sosialtjenesteloven evalueres. Både retningslinjene og evalueringen er i rute.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### **5.1.8 Utarbeide veileder for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre (2009/2010)**

### **5.1.9 Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke (2009/2010)**

## 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 (2009/2010)
- Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helseregionene (2009/2010)
- Gi økonomisk støtte til pårørendesenter (2009/2010)
- Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen (2009/2010)
- I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer (2009/2010)



### *Oppsummering*

I 2009 og 2010 vil det bli en økt satsing på brukermedvirkning og pårørende til rusmiddelmissbrukere. Med unntak av selvhjelpstiltaket og oppstart av arbeidet med pårørendekonferansen, skal alle tiltakene iverksettes i 2009 og 2010. Under følger informasjon om hvordan man gjennom planen skal utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet. Opptakten til pårørendekonferansen er også kort beskrevet.

#### **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 den enkelte til 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 fått tilskudd til å kartlegge organisasjoner som tilbyr selvhjelp som metode i rusfeltet og ulike metoder/verktøy for selvhjelp på rusområdet. Knutepunktet skal komme med anbefalinger til Helsedirektoratet om hvordan man skal gjøre selvhjelp kjent blant brukere og ansatte i det kommunale hjelpeapparatet og i spesialisthelsetjenesten. Dette skal være ferdig 2009. I samarbeid med Knutepunkt for selvhjelp er det høsten 2008 lyst ut og innvilget midler til forskningsprosjekt om selvhjelp og psykisk helse og til evaluering av selvhjelpsprosjekt på rusfeltet. Evalueringen skal gå over ca. et år. I lys av oppsummeringen fra Knutepunkt for selvhjelp, anbefalingene og forskning på selvhjelp vil det utarbeides en plan for videre fremdrift på selvhjelpsfeltet.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### **5.2.2 Arrangere nasjonal konferanse for og med pårørende til rusmiddelavhengige**

Pårørendeperspektivet i rusfeltet skal styrkes i 2009. I denne anledningen vil Helsedirektoratet i løpet av 2009 arrangere en nasjonal konferanse for og med pårørende. Målsettingen med konferansen er å gi pårørende mer kunnskap om hvilke ulike rettigheter de har, og hvilke støttetiltak som er tilgjengelig. Helsedirektoratet har fått kartlagt pårørendeorganisasjoner/tiltak på rusfeltet, og dette er utgitt i bokform. Direktoratet har også hatt et rådslag med sentrale representanter fra ulike pårørendeorganisasjoner.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### **5.2.3 Ta i bruk verktøy for brukermedvirkning (2009/2010)**

### **5.2.4 Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helseregionene (2009/2010)**

### **5.2.5 Gi økonomisk støtte til pårørendesenter (2009/2010)**

### **5.2.6 Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen (2009/2010)**

### **5.2.7 I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer (2009/2010)**

## 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 pårørendeerfaringer 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 mestringssentrenes rolle overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende

### *Oppsummering*

Det er nødvendig med gode kartleggingsinstrument for å fange opp brukernes erfaringer. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er i gang med å utvikle et slikt spørreskjema, og i løpet av 2009 skal den første store undersøkelsen om brukererfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling utføres.

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 eksempelvis rapportere på hvordan de ivaretar brukervedvirkning.

Det skal utvikles modeller for brukermedvirkning i kommuner og helseforetak. Dette er så vidt påbegynt, og i 2009 vil dette gjøres 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 er påbegynt i 2008.

Under følger en kort status for hvert av tiltakene.

### **5.3.1 Gjennomføre en temaundersøkelse for bruker- og pårøndererfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling**

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) presiseres det at systematisk innhenting av bruker- og pårøndererfaringer 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 om brukererfaringer med behandlingstilbud innenfor rus- og avhengighet. Konklusjonen var at ingen spørreskjemaer kunne anvendes direkte på norske forhold. Kunnskapssenteret er i gang med å utarbeide og kvalitetssikre et spørreskjema og skal gjennomføre temaundersøkelsen i 2009. Dette vil både gi verdifulle opplysninger om faktisk brukerfornøydhets ved tjenestene samt et verktøy som kan benyttes flere ganger.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

### **5.3.2 Sikre at brukerundersøkelser og brukervedvirkning 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 individuelle plan og brukervedvirkning på individ- og systemnivå. Forsøket med koordinerende tillitspersoner hvor en har fokus på utvikling av modeller for brukervedvirkning på systemnivå er igangsatt. Gjennom kravene som ligger i tilskuddsordningene for kommunalt rusarbeid kan man anslå at deler av målsettingen er oppnådd. Det er på dette tidspunktet for tidlig å vurdere måloppnåelse av fylkesmennenes oppgaver knyttet til tiltaket da embetsoppdraget først går ut i begynnelsen av 2009.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

### **5.3.3 Utvikle modeller for brukervedvirkning i kommuner og helseforetak**

Det er iverksatt noen tiltak på dette området. Gjennom forsøket med «Koordinerende tillitspersoner» vil det bli utviklet noen modeller for brukervedvirkning. Det gis i tillegg støtte til en del brukerorganisasjoner og tiltak i regi av disse gjennom tilskuddsordning i Helsedirektoratet. Fra 2009 vil Helsedirektoratet iverksette et mer systematisk arbeid for å utvikle modeller/verktøy for brukervedvirkning i kommuner og helseforetak. Helsedirektoratet vil invitere til en arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjoner og relevante fagmiljøer. Ved hjelp av arbeidsgruppen vil det bli innhentet erfaringer om brukervedvirkning for å avklare hvor det er viktig å iverksette tiltak. På bakgrunn av dette vil det bli laget prosjektbeskrivelse og plan for videre arbeid.

*Ansvarlig: Helsedirektoratet*

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

Det er behov for økt brukermedvirkning av rusmiddelavhengige og deres pårørende mht. behandling av rusmiddelmisbruk. Lærings- og mestringssentrene spiller her 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 rusmisbrukere 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.

*Ansvarlig: Helse- og omsorgsdepartementet*

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

