



ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENTET

Statusrapport

Rusmiddelsituasjonen i Norge

Juli 2005



Innhold

1. FORORD	3
2. SAMMENDRAG	5
3. RUSMIDDELSITUASJONEN	7
3.1. <i>Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster – alkohol</i>	7
3.1.1. Totalforbruket av alkohol	7
3.1.2. Bruk av alkohol blant ungdom	8
3.1.3. Forbruket av alkohol internasjonalt	9
3.1.4. Hvor mange drikker alkohol?	10
3.1.5. Utviklingen i drikkemønstrene	11
3.2. <i>Narkotika</i>	13
3.2.1. Narkotikabruk i befolkningen	13
3.2.2. Injisierende rusmiddelmissbruk	13
3.2.3. Narkotikabruk blant ungdom	14
<i>Cannabis</i>	14
<i>Andre narkotiske stoffer</i>	15
3.2.4. Tilgjengelighet	16
3.2.5. Narkotikasituasjonen i kommunene	16
3.3. <i>Sosiale og helsemessige skader av rusmiddelmissbruk</i>	17
3.3.1. Dødsfall og ulykker	19
<i>Alkohol</i>	19
<i>Narkotika</i>	19
3.3.2. Avhengighet og sykkelighet	20
3.3.3. Alkohol- og narkotikakriminalitet	21
<i>Alkohol</i>	21
<i>Narkotika</i>	22
3.3.4. Sosiale problemer	22
4. DE RUSMIDDELPOLITISKE VIRKEMIDLENE	24
4.1. <i>Organisering og samordning- endringer i 2004</i>	24
4.2. <i>Forskning, utvikling og dokumentasjon</i>	26
4.2.1. Forskerkommisjonens rapport	26
4.2.2. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)	27
4.2.3. Rusmiddelforskning utenfor SIRUS	27
4.2.4. Forskning initiert av statlige myndigheter i 2004	28
4.2.5. Dokumentasjon	28
4.2.6. Styrking av kompetanse	29
4.3. <i>Forebygging av rusmiddelproblemer</i>	30
4.3.1. Tiltak for å redusere tilgangen på alkohol	30
4.3.2. Tiltak for å redusere tilgangen på narkotika	31
4.3.3. Tiltak for å redusere etterspørsel etter alkohol og narkotika	31
<i>Tilskudd til forebygging av rusmiddelproblemer</i>	31
<i>Tiltak rettet mot barn og ungdom</i>	32
<i>Forebyggingstiltak i skolene</i>	34
<i>Tiltak i regi av politiet</i>	35
<i>Tiltak i arbeidslivet</i>	35

4.4.	<i>Rådgiving og behandling til rusmiddelmisbrukere og pårørende</i>	36
4.4.1.	Råd og veiledning	36
4.4.2.	Oppsøkende arbeid	36
4.4.3.	Behandling uten bruk av legemidler	37
4.4.4.	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	37
4.4.5.	Rus og psykiske lidelser	37
4.4.6.	Behandling av innsatte og domfelte med rusmiddelproblemer	38
4.4.7.	Kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere.....	38
5.	RUSMIDDELPOLITIKKEN I 2004	40
5.1	<i>Handlingsplan mot Rusmiddelproblemer (2003-2005)</i>	40
5.1.1.	Oppfølging av handlingsplanen	40
5.1.2.	Ekspertgrupper for alkohol- og narkotikaspørsmål.....	40
5.2.	<i>Mer effektiv forebygging</i>	41
5.2.1.	Revisjon av alkoholloven og alkohollovens forskrifter.....	41
5.2.2.	Håndhevingen av alkohollovens reklameforbud	42
5.2.3.	Regionprosjektet.....	43
5.2.4.	Holdningskampanje mot alkohol.....	43
5.2.5.	Kunnskapsplattform for rusmiddelundervisning i skolen.....	44
5.2.6.	Nasjonal strategi for tidlig intervensjon	45
5.2.7.	RUSTelefonen 08588	45
5.2.8.	Tiltak for å redusere omsetning og bruk av alkohol og narkotika.....	46
5.3.	<i>Bedre behandlings- og omsorgstilbud</i>	47
5.3.1.	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder legemiddelassistert rehabilitering.....	47
5.3.2.	Individuelle planer for rusmiddelmisbrukere.....	50
5.3.3.	Styrking av de kommunale tjenestene til rusmiddelmisbrukere	50
5.3.4.	Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring på rusfeltet.....	51
5.3.5.	Lavterskel helsetiltak	52
	<i>Gatehospital</i>	52
5.3.6.	Sprøyterom.....	52
5.3.7.	Styrket innsats mot åpne salgs- og samlingssteder.....	53
5.3.8.	Bedre bolig- og tjenestetilbud – innsats for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.....	53
	<i>Prosjekt bostedsløse</i>	54
	<i>Tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig</i>	54
	<i>Strategi "På vei til egen bolig"</i>	54
5.3.9.	Styrking av behandlingen av innsatte og domfelte	55
	<i>Samarbeid mellom kriminalomsorgen, helsetjenesten og sosialtjenesten</i>	55
	<i>Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)</i>	56
	<i>Promilleprogram</i>	56
5.4.	<i>Internasjonalt samarbeid</i>	56
5.4.1.	Nordisk og internasjonalt alkoholpolitisk samarbeid	56
	<i>Nordisk ministerråd</i>	56
	<i>EU – EØS</i>	57
	<i>FN – WHO</i>	58
5.4.2.	Nordisk og internasjonalt narkotikasamarbeid	58
	<i>Nordisk ministerråd</i>	58
	<i>EU – EØS</i>	59
	<i>Europarådet</i>	59
	<i>FN</i>	59
6.	AVSLUTNING – UTFORDRINGER FRAMOVER	60

1. FORORD

Som en oppfølging av Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 utgir Regjeringen hvert år en statusrapport om rusmiddelsituasjonen.

Rusmiddelpolitikken er sektorovergripende. En effektiv rusmiddelpolitikk krever samarbeid på tvers av departements- og sektorgrensene. Som Arbeids- og sosialminister har jeg et særskilt ansvar for å samordne innsatsen mot rusmiddelproblemer. I denne statusrapporten presenteres Regjeringens samlede arbeid på rusmiddelområdet i 2004.

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer har ”frihet fra rusmiddelproblemer” som visjon, og beskriver mål, strategier og tiltak. Hovedmålet er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk. Viktige strategier for arbeidet er beskrevet, både på forebyggings- og behandlingssiden og for så vel alkohol- som narkotikapolitikken. Statusrapporten gjennomgår disse strategiene og beskriver status for de strategiske målene som det pekes på i handlingsplanen - så langt.

Det er gledelig at alkoholkonsumet blant ungdom ser ut til å ha gått noe ned i 2004 sammenlignet med året før. Men totalforbruket av alkohol i den norske befolkningen som helhet øker. Jeg er bekymret for denne utviklingen. Særlig bekymringsfull er den negative utviklingen i alkoholforbruket blant kvinner over 35 år. Vi vet at barn og ungdom tar etter de voksnes rusvaner og at foreldre er rollemodeller for sine barn. Det er oppmuntrende at narkotikamisbruket blant ungdom ikke øker. Tallene viser endog en nedgang de senere årene. Det viser at forebygging virker og at vi er på riktig vei. Regjeringen vil fortsatt aktivt forebygge at ungdom eksperimenterer med illegale rusmidler og alkohol.

I 2004 registrerte vi, etter flere år med positiv nedgang, en beklagelig økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall. Det er for tidlig å si om økningen er en tilfeldig variasjon eller uttrykk for en endret trend. Det vi uansett må fastslå er at problemene og skadene knyttet til alkohol- og narkotikamisbruk er store. Derfor vil Regjeringen fortsatt føre en politikk som sikrer effektiv behandling, god rehabilitering og tilstrekkelig skadereduksjon. Tjenestetilbudene overfor de tyngst belastede rusmiddelmisbrukerne, som legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak, vet vi også virker forebyggende på narkotikarelaterte dødsfall.

Det er ikke bare den enkelte misbruker som lider, men også ektefelle, barn, foreldre og tilfeldige ofre. Barn som utsettes for sine foreldres rusmiddelmisbruk er en særlig sårbar gruppe som kan være vanskelig å nå for hjelpeapparatet, særlig når den voksne kan synes å ha situasjonen under kontroll. For foreldre som opplever at barna misbruker narkotika oppleves dette som en daglig sorg. Derfor er det viktig både å rette tiltakene direkte mot den nærmeste familie, samtidig som vi arbeider aktivt for å redusere totalforbruket og de problemene som er knyttet til bruk av rusmidler. På samfunnsnivå har alkohol- og narkotikamisbruk omfattende negative omkostninger, ikke bare i form av økonomiske utgifter til helse- og sosialtjenester, men også i form av tapt arbeidsinnsats og velferdstap.

I tillegg til å beskrive rusmiddelsituasjonen i 2004, legges det i årets statusrapport frem en oversikt over status og fremdrift på tiltak og prosjekter som er iverksatt eller som har blitt vesentlig

styrket som et resultat av handlingsplanen. Mange av disse tiltakene er ennå ikke avsluttet. Rusmiddelpolitikken må og skal ha et langsiktig perspektiv. Tiltak må som oftest være virksomme over lengre tid før vi kan begynne å forvente å se resultater. Regjeringen legger derfor kontinuitet og langsiktighet til grunn for arbeidet på rusmiddelfeltet.

Regjeringen har satt i gang flere tiltak og prosjekter i handlingsplanperioden. På forebyggings-siden har vi blant annet satt i gang et meget spennende prosjekt for å finne fram til de mest egnede og effektive metodene for lokal forebygging. Med ni ulike og sammensatte prosjekt-kommuner skulle det ligge godt til rette for erfaringsoverføringer til landets øvrige kommuner. For å styrke tilbudet til rusmiddelmisbrukere ble det i 2004 gjennomført et stort og viktig organisatorisk reformarbeid på rusmiddelfeltet gjennom rusreformen. Med rusreformen har Regjeringen tatt et nødvendig grep for å sikre at rusmiddelmisbrukere får de samme rettigheter til behandling som andre pasientgrupper. Et av målene med reformen er å sikre den enkelte rusmiddelmisbruker et helhetlig behandlingsforløp. Samarbeidet mellom de regionale helseforetakene, kommunene og frivillige tjenesteytere er fortsatt et sentralt suksesskriterium. De ulike instansene må sammen planlegge og tilrettelegge for at den enkelte i ulike faser av misbruket får adekvat behandling og omsorg. Individuell plan må og skal være det redskapet som kommunene og de regionale helseforetakene bruker for å sikre et godt samarbeid rundt den enkelte pasient.

Årets statusrapport tar fjorårets ett skritt videre ved at vi nå i større grad beskriver hvordan de ulike tiltakene er blitt iverksatt, samt hvilke erfaringer som er gjort, ett år før handlingsplanperioden utløper. Jeg håper gjennomgangen vil være til nytte og inspirasjon for alle som jobber på rusmiddelfeltet.

Regjeringen har drøftet rusmiddelsituasjonen og hvilke særskilte utfordringer vi står ovenfor i årene som kommer. Vi har mottatt flere gode og konstruktive innspill fra mange viktige aktører på rusmiddelfeltet. Disse har, sammen med Regjeringens egne erfaringer, ligget til grunn når vi har vurdert sterke og svake sider ved Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Regjeringen vil følge opp dette arbeidet med å legge frem en ny handlingsplan mot rusmiddelproblemer for perioden 2006-2008. Handlingsplanen legges frem i løpet av høsten 2005.

Kommunene og de regionale helseforetakene har et særskilt ansvar for å realisere rusmiddelpolitikken på lokalt og regionalt nivå. Jeg har registret at det ofte vises til Handlingsplanen under opptakten til nye prosjekter og tiltak. Jeg oppfordrer derfor by- og kommunestyrer, samt de regionale helseforetakene til å drøfte egne erfaringer med oppfølgingen av Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Slik vil vi stå styrket til å møte utfordringene i årene som kommer.



Dagfinn Høybråten

2. SAMMENDRAG

Det gis en samlet oversikt over rusmiddelsituasjonen i kapittel 3. Oversikten presenterer omfang og utvikling i bruk av alkohol og narkotika, og er sammensatt av data fra flere kilder (SSB, Kripos, SIRUS). Videre beskrives rusmidlenes utbredelse bruksmønster, samt hvilke sosiale og helsemessige skader som er forbundet med henholdsvis alkohol og narkotikamisbruk. Datagrunnlaget for registrering av de sosiale og helsemessige konsekvensene av alkohol har lenge vært mangelfullt. Det har også lenge vært et behov for økt kunnskap om de samfunnsmessige kostnadene knyttet til alkohol- og narkotikamisbruk. Rokkansenteret gjorde i 2004, på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, en utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol. Deres anslag viser at dette rent økonomisk beløper seg til mellom 18 og 19 milliarder kroner årlig. Skaderegistrering i forhold til alkoholskader er et annet område der det er behov for mer kunnskap. Sosial- og helsedirektoratet skal derfor gjennomgå eksisterende ordninger for registrering av alkohol- og narkotikarelaterte skader og dødsfall, og foreslå eventuelle nye registreringsmåter og andre forbedringer.

Når det gjelder alkohol er det særlig totalforbruket, hvor mange som drikker, og drikkemønsteret som er interessant. Det totale registrerte alkoholforbruket i 2003 var 6,03 liter ren alkohol per person, en økning fra 6,22 liter i 2004. Narkotikamisbruket i befolkningen som helhet og i ungdomsgruppene øker ikke, men er stabilt på et relativt høyt nivå. I 2004 hadde 13,4 prosent av ungdommene i alderen 15-20 år prøvd cannabis, mot 17 prosent i 2003 og 14,8 prosent i 2002. Det blir viktig å følge med på om denne positive trenden vil fortsette i 2005.

Gjennomsnittlig debutalder for alkohol er relativt stabil. Den har gjennom flere år vært omkring 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin.

Det blir stadig færre avholdende i Norge, om lag 14 prosent av befolkningen oppga i 2004 at de ikke hadde drukket alkohol i det hele tatt. Blant ungdom i Oslo er trenden motsatt. Det blir stadig færre ungdommer i Oslo som drikker alkohol. I 2003 hadde 77 prosent av ungdommene drukket alkohol, mens dette i 2004 var falt til 75 prosent. Dette er en interessant utvikling som sannsynligvis skyldes den økte andelen av innvandrerungdom i Oslo.

Når det gjelder drikkemønsteret er det mye som tyder på at det såkalte kontinentale drikkemønsteret med vin til maten, kommer i tillegg til et mer tradisjonelt mønster der det drikkes relativt sjelden, men i store mengder. Kort sagt kan vi si at trenden er at nordmenn både drikker ofte og mye. Det er bekymringsfullt med tanke på målet om å redusere totalkonsumet.

Videre gir kapitlet en oversikt over det vi vet om de sosiale og helsemessige skadene som følger av rusmiddelmissbruk. Antallet aktive injiserende rusmiddelmissbrukere anslås å være stabilt, rundt 11 000- 15 000. Antall alkoholrelaterte dødsfall i Norge er stabilt. Mens det i 2002 var 424 slike dødsfall, var antallet 422 i 2003. Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) ligger høyt i Norge. Det har vært en nedgang i antall narkotikarelaterte dødsfall de senere årene, mens vi i 2004 har sett en økning. I 2004 døde 223 personer av overdoser mot 172 i 2003.

Det er vanskelig å måle de sosiale problemene som rusmiddelmissbruk påfører ektefelle, barn og øvrige familie. Et anslag er at ca 200 000 barn lider under foreldrenes rusmiddelmissbruk. Dette er en særlig risikoutsatt gruppe som Regjeringen vil satse mer på å nå.

Kapittel 4 gir en oversikt over hele rusmiddelfeltet og beskriver statlige, regionale, kommunale og frivillige aktørers rolle. Det er i 2004 opprettet et Arbeids- og sosialdepartement (ASD) og et Helse- og omsorgsdepartement (HOD), og dette har medført endringer i det nasjonale ansvaret for rusmiddelpolitikken. ASDs viktigste ansvar innenfor nasjonal rusmiddelpolitikk er å koordinere Regjeringens alkohol- og narkotikapolitikk. HOD har det nasjonale ansvaret for det samlede tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere (kommune- og spesialisthelsetjenestenivå). Kapitlet gir videre en oversikt over helheten i virkemiddelapparatet, både på forebyggings- og behandlingssiden.

I kapittel 5 gjøres det nærmere rede for Regjeringens oppfølging av handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Kapitlet beskriver status og fremdrift på tiltak og prosjekter som enten er initiert eller betraktelig styrket i handlingsplanperioden til nå. Revisjon av alkoholloven og forskrifter til denne, samt håndhevingen av reklameforbudet beskrives. Det samme gjelder holdningskampanjen mot alkohol som Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i 2004. Kampanjen er evaluert og arbeidet med en ny er i gang. Regionprosjektet er implementert i kommunene og erfaringene vil danne grunnlaget for en eventuell videre satsing på mer samordnende og effektive forebyggingsmetoder på lokalt plan. Utviklingen i tilbudet til behandling av rusmiddelmisbrukere beskrives, og behovet for fokus på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene trekkes særskilt fram. Individuell plan anses for å være et godt og hensiktsmessig verktøy i dette arbeidet. Det gjøres rede for en forsøksordning om behandling av straffedømte rusmiddelmisbrukere i egne narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), prøveordning med sprøyterom og innsatsen mot åpne salgs- og samlingssteder. Avslutningsvis i kapittel 5 redogjøres det for Regjeringens internasjonale engasjement i alkohol- og narkotikapolitikken.

Kapittel 6 peker kort på områder som Regjeringen ønsker å sette fokus på i den nye handlingsplanen mot rusmiddelproblemer 2006-2008.

3. RUSMIDDELSITUASJONEN

3.1. Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster- alkohol

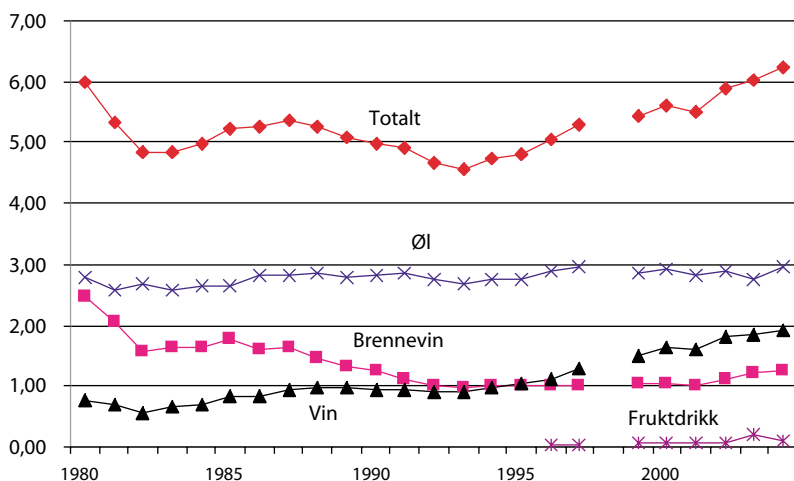
Det er særlig tre aspekter ved alkoholforbruket som er interessant; totalforbruket, hvor mange som drikker og drikkemønstrene. Gjennomsnittlig alkoholforbruk per person i den voksne befolkningen er i stor grad knyttet til utbredelsen av storforbruk, som i sin tur er knyttet til forekomsten av skader. Dessuten påvirkes forholdet mellom gjennomsnittsforbruket og skadeomfanget av hvor stor andel av befolkningen som drikker, og hvilken måte det drikkes på.

Det er også av interesse å se på hvilke kilder forbruket av alkohol stammer fra. Størsteparten av alkoholforbruket kommer fra lovlig innenlands omsetning, dvs. alkohol som er solgt gjennom øl- og vinmonopolbutikker, dagligvarebutikker og skjenkesteder med bevilling for salg av alkoholholdig drikke. Med registrert forbruk mener man den alkoholen som omsettes gjennom disse kanalene, og hvor omsatt mengde blir registrert. I tillegg skaffer imidlertid mange seg alkohol fra andre kilder. De vanligste kildene er taxfree-handel, grensehandel, hjemmeproduksjon og smuglervarer. For disse kildene finnes det ingen tall for omsetningen til norske kunder, og denne delen av forbruket kalles derfor det uregistrerte forbruket. Summen av registrert og uregistrert forbruk utgjør det totale alkoholforbruket.

3.1.1. Totalforbruket av alkohol

Totalforbruket av alkohol i Norge kan fremstilles som i figuren under.

Figur 1. Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og over 1980-2004 (liter ren alkohol per person totalt og på ulike alkoholsorter). Kilde: SIRUS/SSB.



I årene 1980-2004 varierte den registrerte omsetningen av alkohol i Norge mellom et toppnivå i 1980 på 5,98 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over, og et bunnivå på 4,55 liter i 1993. Siden 1994 har omsetningen vist en økende tendens, og var i fjor kommet opp i 6,22 liter ren

alkohol per person per år. Ølkonsumet har vært relativt konstant de senere årene, mens vinforbruket fortsetter å øke. Den mangeårige nedgangen i forbruket av brennevin har stanset opp og det har vært en tendens til en liten økning de siste årene.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har gjennom en årrekke fulgt utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket ved å foreta intervjuer av landsomfattende, representative utvalg av den norske befolkningen. Intervjuene går på forbruk av all slags alkohol, også den de måtte lage selv, kjøpe i utlandet eller kjøpe ulovlig innenlands. Den siste undersøkelsen ble gjort høsten 2004. Her anslo en at uregistrert forbruk av alkohol var på 1,47 liter ren alkohol per person 15 år og over. Av dette var 0,53 liter illegal, uregistrert alkohol og 0,94 liter legal, uregistrert alkohol.¹ Dette er en nedgang fra forrige undersøkelse (1994) da det uregistrerte forbruket var 1,85 liter ren alkohol.

Ifølge beregninger fra SIRUS tilsvarte grensehandelen fra Sverige i underkant av 4 prosent av den registrerte alkoholomsetningen i Norge i 2004, og den totale privatimporten fra utlandet (både tax-free og grensehandel) tilsvarte ca. 12 prosent. Det var en sterk økning i grensehandelen fra Sverige mellom 1999 og 2002. Økningen fortsatte i et lavere tempo i 2003, og i 2004 gikk grensehandelen merkbart ned. Fra 1999 til 2002 ble importen av brennevin og hetvin mer enn tredoblet og importen av bordvin nesten femdoblet. Det er trolig mange sammenfallende faktorer som står bak økningen, inkludert prisutviklingen i begge land, kursutviklingen for norske kroner, slutt på lørdagsstengte systembolagbutikker og mye medieomtale om "svenskehandel".

Det ble satt ned et utvalg som skulle vurdere virkningene på statens inntekter av å endre avgiftene på grensehandelsutsatte varer, og rapporten fra utvalget ble overlevert til Regjeringen i april 2003 (NOU 2003: 17 Særavgifter og grensehandel). For å bedre kunnskapen om grensehandel og effekter på provenyet av særavgifter, anbefaler utvalget å styrke informasjonsgrunnlaget. Det arbeides derfor med å få i stand en fortløpende overvåking av det uregistrerte forbruket. Overvåkingen vil bli gjennomført ved hjelp av intervjuundersøkelser og opplysninger om salget av alkohol i våre naboland, og er et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og SIRUS. Et første forsøk på å overvåke det uregistrerte forbruket ble gjort høsten 2004. På bakgrunn av de erfaringer som da ble gjort, ble det gjort en ny undersøkelse i mars 2005. Fra og med 2005 vil forbruket bli overvåket i mars og september hvert år.

3.1.2. Bruk av alkohol blant ungdom

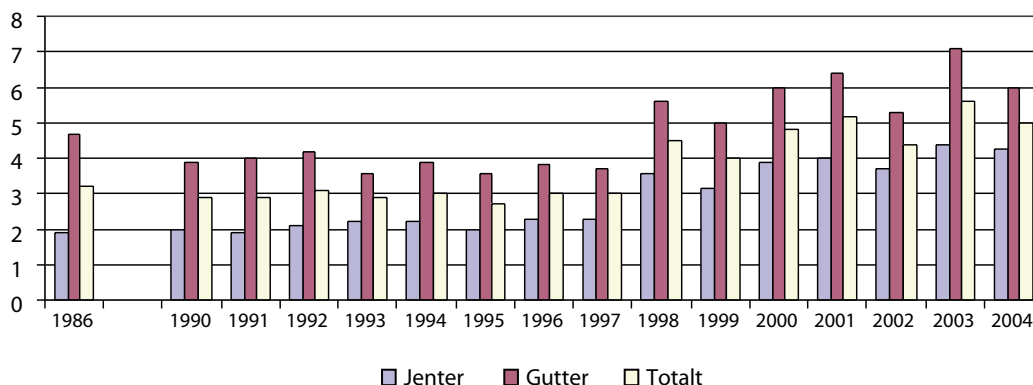
SIRUS foretar årlige spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i alderen 15-20 år. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) er en europeisk spørreskjemaundersøkelse om bruk av rusmidler blant 15-16 åringer. Undersøkelsen omfatter omkring 30 land, Norge inkludert. Det foreligger nå tre datainnsamlinger: 1995, 1999 og 2003. I den norske delen inngår i underkant av 4 000 10. klassinger (9. klassinger i 1995 undersøkelsen). Den internasjonale rapporten der Norge sammenlignes med andre europeiske land, ble publisert i desember 2004.

Det ser ut til å ha vært en kraftig økning i alkoholforbruket blant ungdom i siste halvdel av 1990-tallet. Dette kommer frem både i de årlige ungdomsundersøkelsene som SIRUS foretar og i den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen blant 15-16 åringer (ESPAD). Ungdomsundersøkelsen fra SIRUS viser at mens det beregnede gjennomsnittlige alkoholforbruket i første halvdel av 1990-tallet i aldersgruppen 15-20 år på landsbasis var omkring 3 liter ren

1 Tallene er foreløpige.

alkohol per år, steg det til omkring 5 liter rundt tusenårsskiftet (figur 2). I 2004 var det likevel en liten nedgang i alkoholforbruket blant ungdom sammenlignet med året før.

Figur 2. Beregnet gjennomsnittlig alkoholkonsum målt i liter ren alkohol blant gutter og jenter i alderen 15-20 år i Norge, 1986 – 2004, kilde SIRUS.

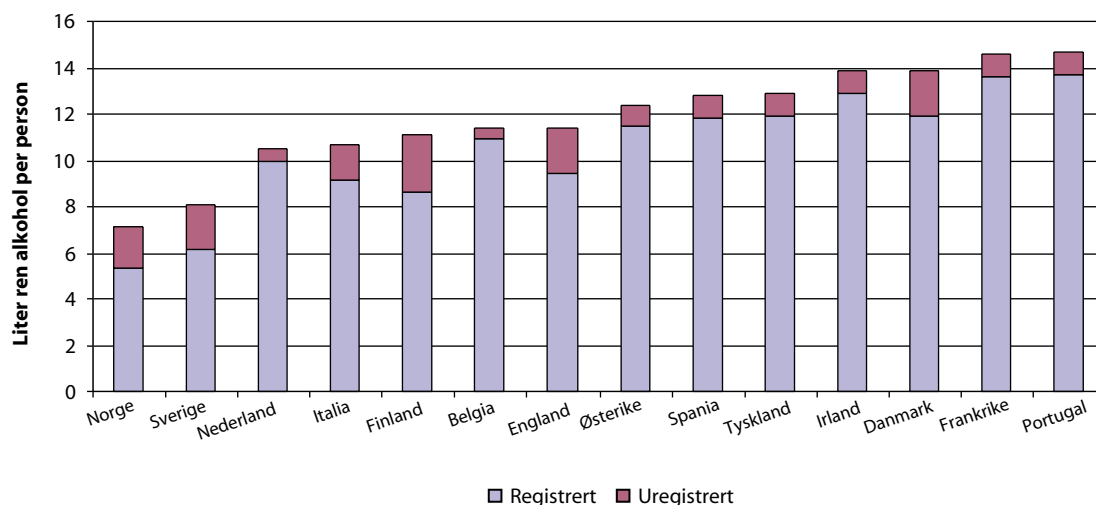


“Rusbrus” ble tilgjengelig i dagligvarebutikker fra 1. januar 2003, og ble gjenstand for stor oppmerksomhet. Det ble særlig fokusert på at det var en alkoholsort innrettet på ungdom. “Rusbrus” bidro også til økningen i alkoholforbruk blant ungdom i 2003. 1.1.2004 ble avgiften lagt om slik at alle brennevinsbaserte drikkevarer avgiftsmessig behandles likt. Dette førte til en avgiftsøkning på brennevinsbasert “rusbrus”. Salget av “rusbrus” er i ettertid redusert vesentlig, noe som også gjenspeiler seg i ungdomsundersøkelsen fra 2004. Det vil imidlertid ta ytterligere noe tid før “rusbrusen” kan sies å ha funnet sin mer naturlige plass blant de tilgjengelige drikkesorter. Vi vil derfor først i de kommende års undersøkelser kunne si noe mer sikkert om hvorvidt “rusbrusen” bidrar til å øke det samlede alkoholforbruk blant ungdom, eller i hvilken grad bruk av “rusbrus” vil erstatte noen av de andre drikkesortene. Oppmerksomheten om den økte tilgjengeligheten av “rusbrus” gjennom salg i dagligvarebutikkene, har i stor grad vært knyttet til frykt for at jenter vil øke sitt forbruk av alkohol. SIRUS ungdomsundersøkelser viser imidlertid at det er liten forskjell mellom gutter og jenter i det beregnede forbruket av “rusbrus”.

3.1.3. Forbruket av alkohol internasjonalt

Alkoholforbruket varierer enormt, ikke bare fra et land til et annet, men også over tid og mellom forskjellige befolkningsgrupper. Det registrerte alkoholforbruket er høyest i den industrialiserte del av verden. Det er generelt lavere i Afrika og deler av Asia, og særlig lavt i muslimske land og på det indiske subkontinent. Vest-Europa, Russland og andre ikke-muslimske deler av den tidligere Sovjetunionen har nå det høyeste alkoholforbruket per innbygger, men Latin-Amerika ligger ikke langt bak. I tillegg har en del U-land i vekst, som Kina og Thailand, vist en økning i forbruket av alkohol som vekker bekymring ettersom alkoholbruk der synes å være konsentrert i en mindre del av befolkningen.

Figur 3. Registrert og uregistrert alkoholforbruk per person over 14 år i enkelte europeiske land i 1999. Kilde: ECAS.

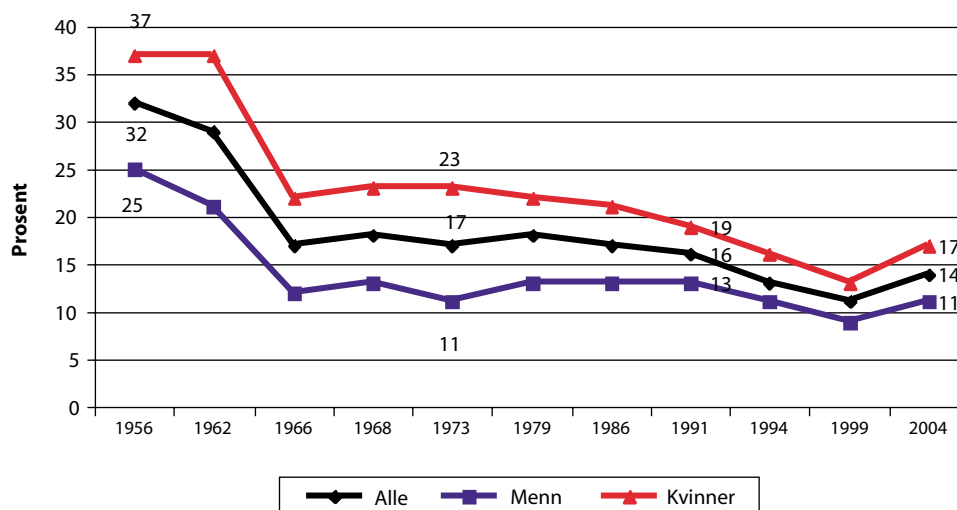


I europeisk sammenheng ligger Norge svært lavt også etter at det er gjort anslag over uregistrert forbruk. Nye tall fra WHO² viser at så vel alkoholkonsumet som de alkoholrelaterte skadene i Europa øker. Europeerne drikker gjennomsnittlig dobbelt så mye alkohol som i verden for øvrig. Det gjennomsnittlige konsumet i Vest-Europa var i 2002 på 12,9 liter ren alkohol i året. I Russland og i de omkringliggende statene var konsumet på 13,9 liter, mens det totale konsum på verdensbasis er på gjennomsnittlig 5,8 liter ren alkohol per person.

3.1.4. Hvor mange drikker alkohol?

Det blir stadig færre avholdende i Norge, noe som etter 1970 og framover først og fremst skyldes nedgangen i andelen kvinner som ikke drikker. I dag drikker en nesten like stor andel av kvinnene som av mennene.

Figur 4. Prosentandel avholdende i perioden 1956-2004.³ Kilde: SIRUS



2 Pressemelding fra Statens Folkhälsoinstitut etter alkoholmøte i WHO's Europaregion i Sverige i april 2005

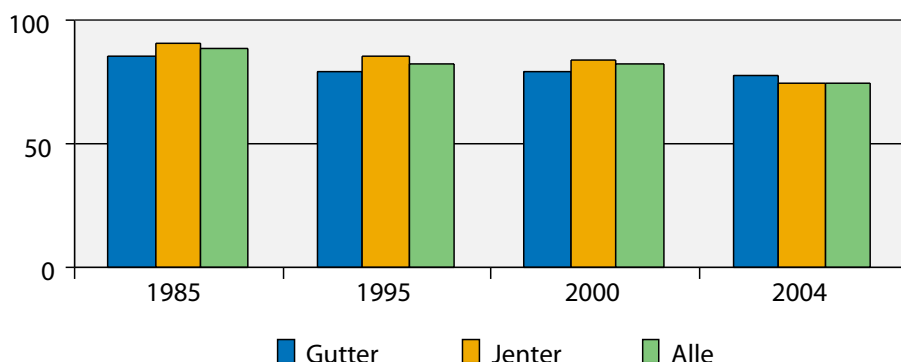
3 For årene 1956-1973 aldersgruppen 18 år og over, for 1979 og senere aldersgruppen 15 år og over.

Utviklingen er tilsvarende i ungdomsgruppen. Mens det i 1956 var 31 prosent av ungdom i alderen 18 til 20 år som ikke drakk alkohol, er den tilsvarende andelen nå godt under 10 prosent.

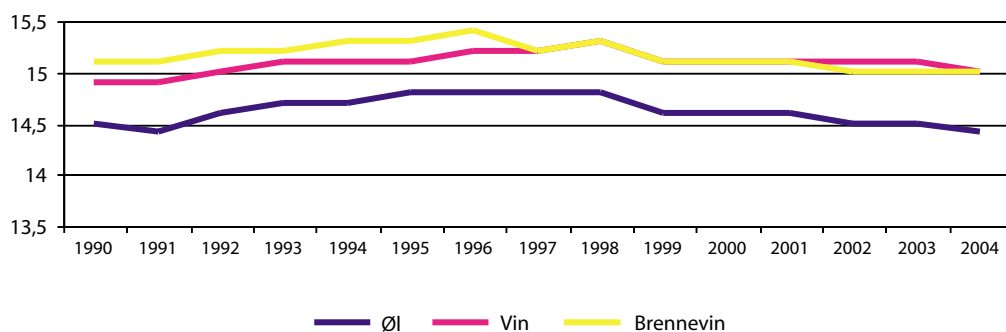
Her kan det imidlertid spores en interessant tendens hvis vi ser på utviklingen gjennom siste 20-års periode for Oslo. I 1985 oppga i underkant av 90 prosent av ungdom i aldersgruppa 15-20 år i hovedstaden at de hadde drukket alkohol noen gang. I 1995 og i 2000 var andelen falt til 82 prosent og i 2004 ytterligere til 75 prosent. Det ser altså ut til at det er blitt en lavere andel unge i Oslo som sier at de noen gang har drukket alkohol. Tilsvarende reduksjon har ikke funnet sted i landet som helhet, og reduksjonen i Oslo skyldes trolig den økte andelen av ungdom med innvandrerbakgrunn der.

Figur 5. Prosentandel av ungdom i Oslo i alderen 15-20 år som har drukket alkohol noen gang.

Kilde: SIRUS



Figur 6. Gjennomsnittlig alder for første gangs bruk av så mye som en flaske øl, en desiliter vin, eller en kvart desiliter brennevin i aldersgruppa 15-20 år. Kilde: SIRUS



Debutalderen i aldersgruppa 15-20 år har vært relativt stabil det siste tiåret for de ulike drikkesortene (figur 6).

3.1.5. Utviklingen i drikkemønstrene

I SIRUS' femårige intervjuundersøkelser i voksenalderen og i de årlige ungdomsundersøkelsene spørres det om man har følt seg tydelig beruset siste år.

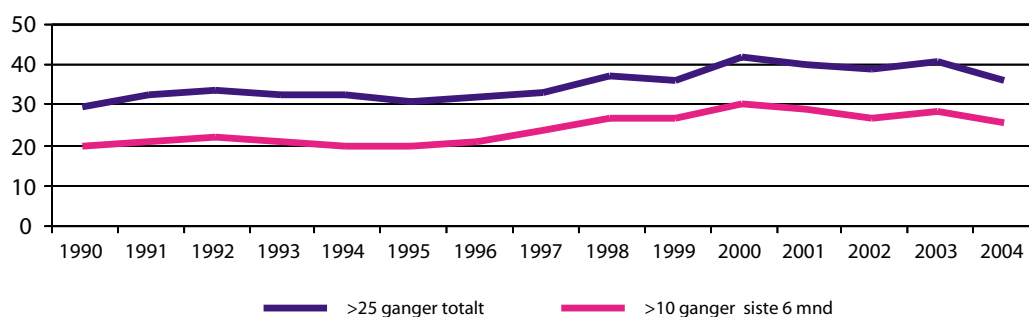
Veksten i det norske alkoholkonsumet i de senere årene skyldes først og fremst en kraftig økning i vinforbruket, hvilket har gitt grobunn for en utbredt forestilling om at nordmenn har blitt mer "kontinentale" i drikkevanene. I noen grad kan det være korrekt. Realiteten er imidlertid fortsatt at det norske drikkemønsteret komparativt sett er preget av kraftig beruselse (fyll),

både blant de som drikker mye og lite, og at det er få endringer i andelen av befolkningen som oppgir at de har drukket seg beruset. Dette er et drikkemønster som gir høy forekomst av akutte og alvorlige alkoholskader. Når vi ser på tallene fra de årlige ungdomsundersøkelsene, er det mye som tyder på at det skadelige drikkemønsteret fremdeles ligger fast.

Tabell 1. Beruselsesfrekvens (15 år+). Kilde: SIRUS

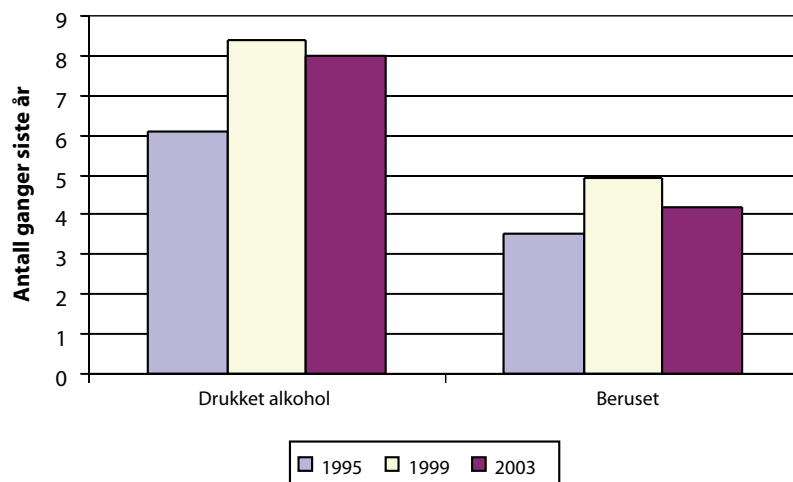
	1991	1994	1999	2004
Andel som har vært beruset siste år	43	40	41	44
Antall ganger de i gjennomsnitt var beruset siste år	10,8	11,5	10,0	12,5

Figur 7. Prosentandel i aldersgruppa 15 -20 år som oppgir at de har vært beruset mer enn 25 ganger i livet og mer enn 10 ganger siste 6 måneder. Kilde: SIRUS



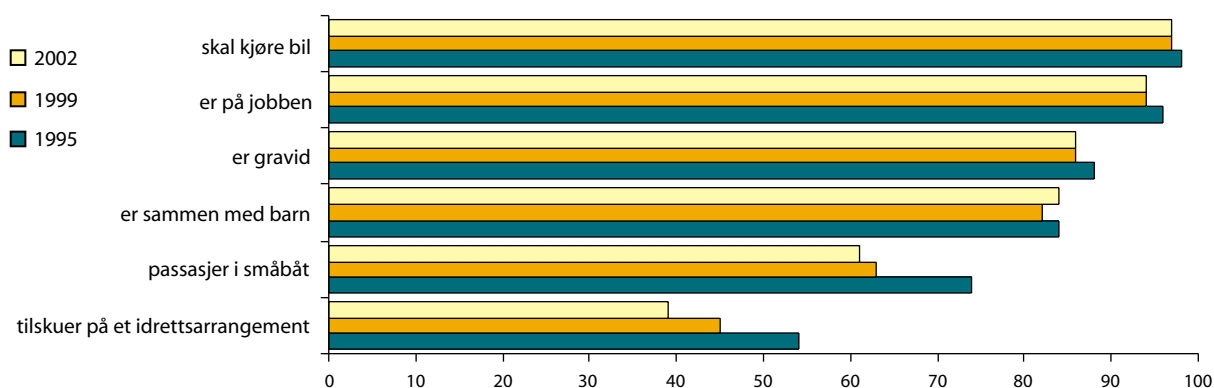
ESPAD-undersøkelsen inneholder også data om beruselse. Figuren nedenfor viser gjennomsnittlig antall ganger 15-16 åringene oppgir å ha drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder, sammenlignet med det gjennomsnittlige antall ganger de oppgir å ha vært beruset. Grovt sett kan vi si at de har vært beruset omtrent halvdelen av gangene de har drukket alkohol. Det samme mønsteret fremkommer når vi ser på antall drikketilfeller og beruselse i løpet av siste 30 dager.

Figur 8. Gjennomsnittlig antall ganger drukket alkohol og gjennomsnittlig antall ganger vært beruset i løpet av siste 12 måneder (aldersgruppa 15-16 år) Kilde: SIRUS



Det kan også være interessant å se på i hvilke situasjoner det ikke drikkes alkohol. Her har vi ingen forbrukstall, men MMI gjennomfører på oppdrag fra AlkoKutt med jevne mellomrom en representativ spørreundersøkelse i befolkningen om deres holdning til alkoholbruk i gitte situasjoner. Disse undersøkelsene viser at det er en høy oppslutning om alkoholfrie soner som i trafikken, i arbeidslivet, når man er gravid eller når man er sammen med barn. Det er likevel verdt å merke seg den klare nedgangen i folks holdning til det å drikke alkohol når man er passasjer i småbåt eller når man er tilskuer på et idrettsarrangement.

Figur 9. Holdningen til å la være å drikke alkohol i gitte situasjoner. Kilde: MMI/AlkoKutt.



3.2. Narkotika

3.2.1. Narkotikabruk i befolkningen

I 2004 gjennomførte SIRUS en intervjuundersøkelse om bruk av alkohol og andre rusmidler i et landsrepresentativt utvalg av den norske befolkning, hvor respondentene ble bedt om å svare skriftlig og anonymt på spørsmål om bruk av narkotika. Det ble gjort en lignende undersøkelse i 1991 med et mer begrenset utvalg av spørsmål vedrørende bruk av narkotika. Innenfor aldersgruppen 15-64 år økte andelen som noen gang hadde brukt cannabis fra 9,6 prosent i 1991 til 16,2 prosent i 2004. Andelen som oppga at de hadde brukt cannabis i løpet av det siste året økte fra 3,0 prosent til 4,6 prosent. I 2004 var det innenfor samme aldersgruppe 3,6 prosent som oppga at de noen gang hadde brukt amfetamin, 1,8 prosent ecstasy, 2,7 prosent kokain og 0,7 prosent heroin. Endringen i cannabisbruken er relativt stor siden 1991, men det er stort sett små endringer for alle stoffene siden den forrige undersøkelsen i 1999.

3.2.2. Injisierende rusmiddelmissbruk

I 1999 anslo SIRUS antall aktive injiserende rusmiddelmissbrukere til mellom 9 000 og 12 000. Dette anslaget er senere blitt justert til 11 000-15 000. Anslaget innbefatter både de som tar heroin og de som injiserer amfetamin. På bakgrunn av den metoden som benyttes, vil det være mulig å foreta årlige anslag over antall personer som injiserer narkotika.

SIRUS jobber for tiden med å utarbeide nye metoder for å beregne antall injiserende rusmiddelmissbrukere.

En annen kilde som kan belyse omfanget og utviklingen av injiserende rusmiddelmissbruk, er antall sprøyter som deles ut eller selges til denne gruppen fra apotek. Det foreligger imidlertid ikke pålitelige landsomfattende opplysninger om hvor mange sprøyter dette dreier seg om på årsbasis. Tabell 2 viser antall sprøyter som er delt ut fra Rusmiddeletaten i Oslo.

Tabell 2. Antall sprøyter gitt ut fra Rusmiddeletaten i Oslo.

Kilde: Rusmiddeletaten, Oslo kommune

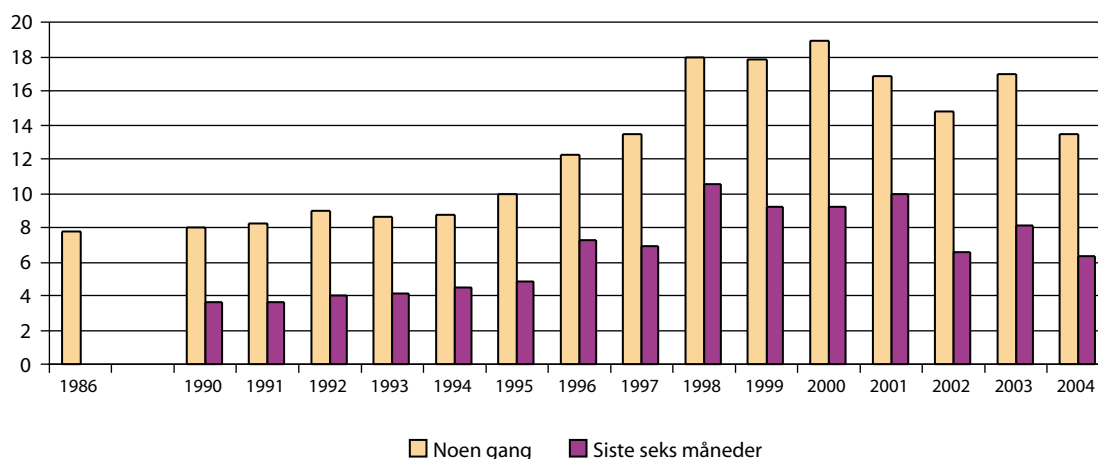
	Totalt	Gjennomsnitt per dag
1996	1 145 120	3 137
1997	1 549 779	4 246
1998	1 896 653	5 197
1999	1 719 140	4 710
2000	1 870 194	5 124
2001	Ca 1 800 000	Ca 5 000
2002	Ca 2 000 000	Ca 5 500
2003	Ca 1 800 000	Ca 5 000
2004	Ca 2 000 000	Ca 5 500

3.2.3. Narkotikabruk blant ungdom

Cannabis

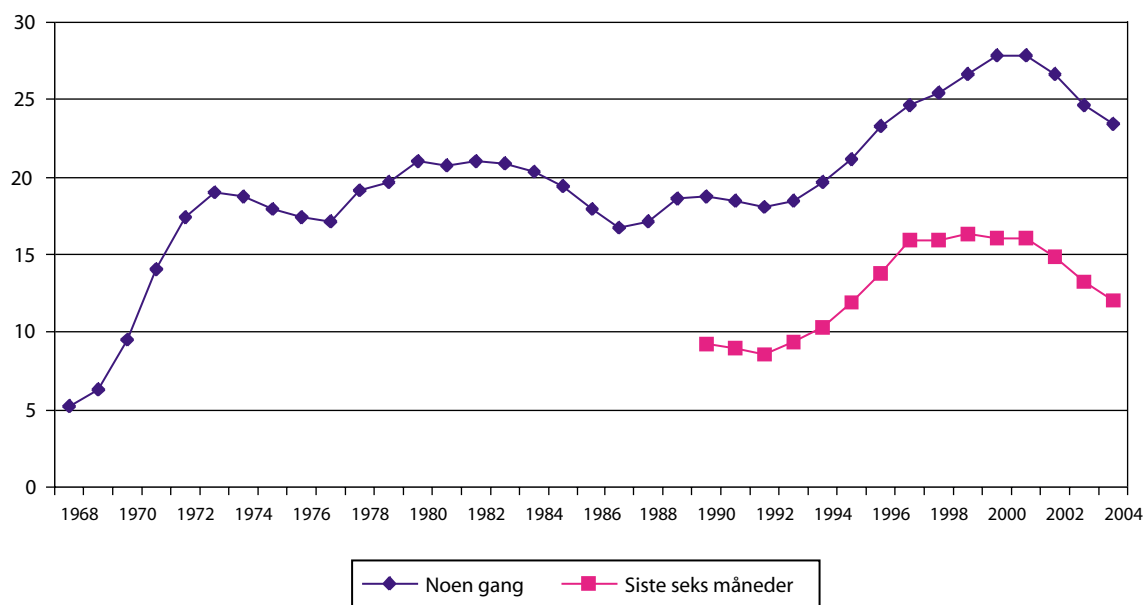
SIRUS' 2004-undersøkelse viser ingen store endringer i bruken av illegale stoffer. Som i de senere år, er det mindre forskjell enn tidligere mellom andelen unge på landsbasis og unge i Oslo som oppgir å ha brukt ulike stoffer. SIRUS' årlige ungdomsundersøkelse i aldersgruppa 15-20 år viser at mens andelen på landsbasis som oppgir at de har brukt cannabis noen gang og i løpet av siste seks måneder, har vært henholdsvis omkring 13-17 prosent og 6-8 prosent i de siste tre årene, har de tilsvarende andelenene hvis en bare ser på ungdom i Oslo, vært omkring 23-26 prosent og 12-15 prosent.

Figur 10. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder 1986 - 2004. Kilde: SIRUS



Figur 11. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder, 1968 - 2004 (treårig glidende gjennomsnitt).

Kilde: SIRUS

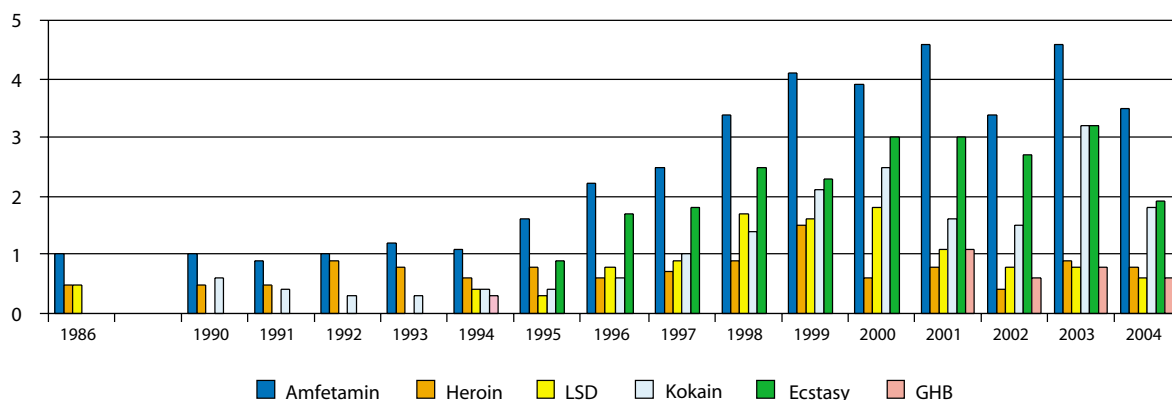


Ungdomsundersøkelsene viser at mens det skjedde en relativt dramatisk økning fra 1995 fram til tusenårsskiftet i andelen som oppga at de hadde brukt cannabis, har andelen i de seinere år vært stabil eller gått noe ned, både når det gjelder andelen som rapporterer at de har brukt cannabis noen gang, og i løpet av de siste 6 måneder. Den samme tendensen bekreftes i ESPAD-undersøkelsen.

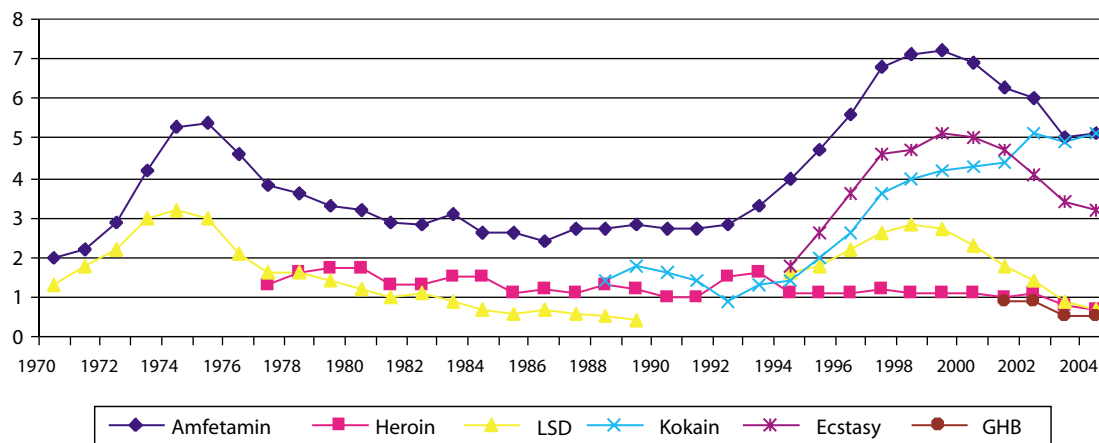
Andre narkotiske stoffer

Når det gjelder andelen som oppgir at de har brukt andre stoffer, viser ungdomsundersøkelsen at det stort sett har vært en utflating eller nedgang i de siste par år. Eksempelvis har andelen 15-20 åringer på landsbasis som oppgir at de noen gang har brukt ecstasy, holdt seg på omkring 2-3 prosent mens andelen var 3-4 prosent i Oslo. Dette er illustrert i figurene 12 og 13 under.

Figur 12. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1986 - 2003. Kilde: SIRUS



Figur 13. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer 1970 - 2003 (treårig glidende gjennomsnitt). Kilde: SIRUS



ESPAD-undersøkelsen viser også at det for andre narkotiske stoffer har vært en nedgang fra 1999 til 2003. Tallene er imidlertid små og må tolkes med forsiktighet. Det er 1-2 prosent som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin, ecstasy, kokain eller heroin. For bruk av legemidler som f. eks Valium, Rohypnol og Mogadon uten forskrivning av lege, var andelen som oppga at de noen gang hadde brukt dette 2,7 prosent i 1995, 3,5 prosent i 1999 og 2,5 prosent i 2003.

3.2.4. Tilgjengelighet

Hva gjelder tilgjengelighet av illegale rusmidler, ser situasjonen ut til å ha vært relativt stabil i de senere årene, målt gjennom spørsmål om hvorvidt de unge er blitt tilbudt ulike stoffer. Andelen 15-20 åringer på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt cannabis, har vært omkring 40 prosent i den siste 5-årsperioden, mens andelen som mener at de vil kunne klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager hvis de skulle ønske det, har vært omkring 60-65 prosent. Likeledes har andelen på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt henholdsvis amfetamin og ecstasy ligget på omkring 13-17 og 9-14 prosent.

For 15-20 åringer i Oslo har andelen som har oppgitt at de er blitt tilbudt cannabis ligget på omkring 50-55 prosent, at de skulle klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager omkring 70 prosent, mens andelen som oppgir at de er blitt tilbudt henholdsvis amfetamin eller ecstasy har ligget på omkring 20 prosent og 12-17 prosent.

Undersøkelsen fra 2004 bekrefter ellers tendensen fra de senere år om at andelen som uttrykker en positiv holdning til narkotika, ikke lenger øker. De siste to-tre år har omkring 10 prosent av 15-20 åringer på landsbasis, og 13 prosent i Oslo gitt uttrykk for at de synes at cannabis bør kunne selges fritt her i landet.

3.2.5. Narkotikasituasjonen i kommunene

SIRUS har gjennom flere år foretatt undersøkelser av narkotikasituasjonen i utvalgte kommuner. Fra 2002 ble undersøkelsen utvidet til å gjelde alle landets kommuner. Undersøkelsen foregår ved at det blir sendt spørreskjema til helse- og sosialetaten, utekontakt i kommuner der dette finnes, og politietaten. Svarprosenten i undersøkelsen er gjennomgående høy ved at det i 2003 foreligger informasjon fra helse- og sosialetat for 90 prosent av kommunene. Fra politiet er svarprosenten 93 prosent.

Alle ble bedt om å gi et anslag over antall brukere av narkotiske stoffer i kommunen, hvorvidt det var observert endringer i tilgangen på stoffer og prioriteringen av narkotikarettet arbeid i etatene i løpet av året.

Hovedkonklusjonene for 2002 og 2003 kan summeres i tre punkter:

1. Økningen i narkotikamisbruket avtar og/eller situasjonen vurderes som stabil. Andelen kommuner som rapporterer om en økning i antall misbrukere i forhold til året før minker for nesten alle stoffer. Hovedtyngden av kommunene oppgir at det ikke har skjedd noen endring fra året før. Reduksjonen i andelen kommuner som oppgir en økning i narkotikabruk er størst for ecstasy og opiat er og for amfetamin, ecstasy og beroligende midler.
2. En økende andel kommuner rapporterer at stoffer trolig ikke finnes eller ikke er observert. Dette gjelder kokain, opiat er, løsemidler og ecstasy. Kokain er det stoffet som vanligst blir rapportert som ikke å bli brukt i kommunene, mens cannabis blir rapportert å bli brukt i nesten alle kommuner.
3. Politiet og helse- og sosialetatene vurderer tendensene i utviklingen ganske likt for de fleste stoffer.

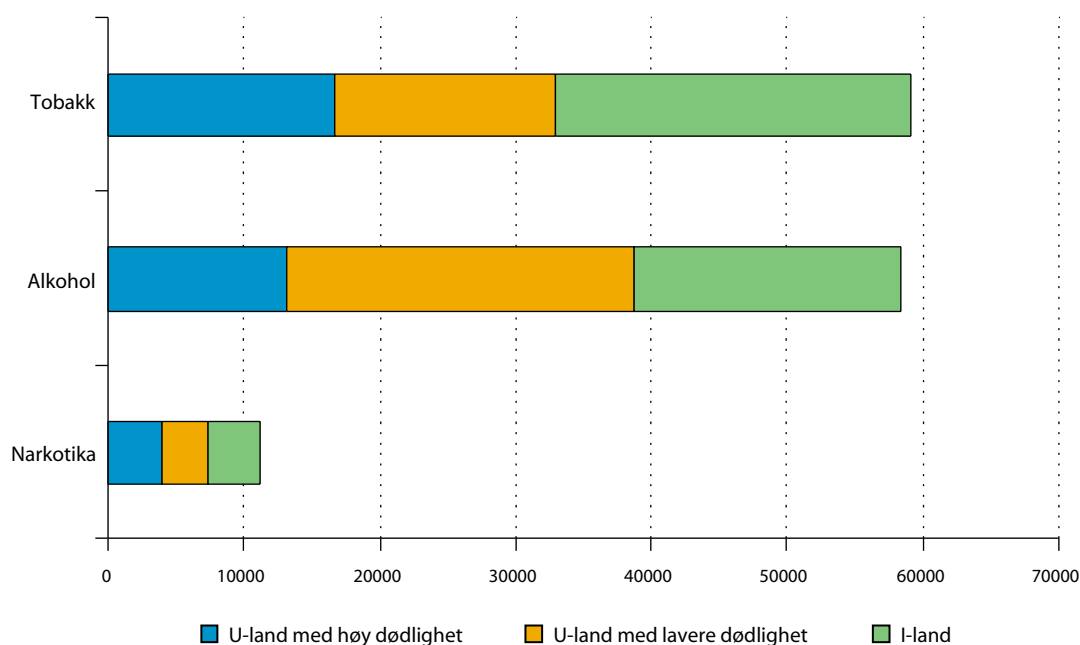
I enkelte tilfeller vil forskjellen mellom de to årene kunne skyldes at det er et ulikt utvalg av kommuner som har svart på skjemaet i 2002 og 2003. Men en analyse av de etater som har besvart spørsmålene i begge årene viser at tendensen er den samme også i denne gruppen.

3.3. Sosiale og helsemessige skader av rusmiddelmisbruk

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) døde 1,8 millioner mennesker av alkoholrelaterte skader og 223 000 mennesker av narkotikarelaterte årsaker på verdensbasis i år 2000. Nye tall fra WHO slår fast at 600 000 mennesker døde av alkohol i Europa i 2002. Dette representerer en økning i alkoholrelatert dødelighet med 15 prosent sammenlignet med 2000. Alkoholrelaterte dødsfall og uførhet står for 4,0 prosent av den totale globale sykdomsbyrden, og ulovlig bruk av narkotika står for 0,8 prosent. På verdensbasis forårsaker alkohol omtrent like mye helsetap (i form av tapte leveår) som tobakk, og alkohol var den femte viktigste av 26 risikofaktorer som ble undersøkt. I industrilandene var alkohol den tredje største og narkotika den åttende største risikofaktoren.

I utviklingsland med lavere dødelighet, slik som Kina og Brasil, var alkohol den største risikofaktoren. WHO konkluderer med at det er en årsakssammenheng mellom alkohol og over 60 ulike skade- og sykdomstyper. De aller fleste sammenhengene er negative på sykdomsbyrden, og det er funnet en positiv sammenheng *bare* mellom alkohol og hjerte-karsykdommer, slag og diabetes, og da *bare* for spesielle grupper og ikke for hele befolkningen.

Figur 14. Sykdomsbyrden i verden av tobakk, alkohol og narkotika målt i tapte leveår (i tusen).
Kilde: WHO



En måte å dele inn rusmiddelrelaterte skader på, er å knytte disse til dimensjonene akutte (den enkelte rusepisode) og kroniske (langvarig, høyt forbruk) på den ene siden, og direkte (forgiftning) og indirekte (atferdsendringer) på den andre.

Tabell 3. En inndeling av rusmiddelrelaterte skader etter fire kategorier.

	Direkte	Indirekte
Akutte	Rus, forgiftning	Ulykker, skader, vold
Kroniske	Utvikling av avhengighet, redusert immunforsvar, leverskader, nevrologiske skader, hiv, osv	Sosiale problemer, økonomiske problemer, samlivsproblemer, psykiske problemer, osv

I tillegg skiller man gjerne mellom skader som rammer rusmiddelbrukeren selv, og skader som rammer andre. Det er gjerne de indirekte skadene (både knyttet til akutt rus og kronisk misbruk) som kan ramme andre enn rusmiddelbrukeren (f. eks ektefelle, barn, tilfeldige medtrafikanter). Statusrapporten bygger her i stor grad på NOU 2003: 4: Forskning på rusmiddelfeltet og det vises til denne for en mer utdypende gjennomgang av de sosiale- og helsemessige skadene av rusmiddelbruken.

Det statistiske tallmaterialet er ikke godt nok. Særlig gjelder dette skader som rammer de pårørende. Her har vi ingen gode statistiske opplysninger, til tross for at dette, sammen med skader som rammer tredjeperson, er det viktigste grunnlaget for å kunne legitimere rusmiddelpolitiske tiltak.

Heller ikke de uheldige følgene for samfunnet som helhet har vi gode opplysninger om, kanskje med et lite unntak for ressursbruken i behandlingssektoren. Arbeids- og sosialdepartementet har derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet og SIRUS om å se på mulige forbedringer av registreringssystemene for rusmiddelrelaterte skader.

3.3.1. Dødsfall og ulykker

I SSBs dødsårsaksstatistikk angis det antall dødsfall for ulike sykdomskategorier hvor alkohol og narkotika er hovedårsak til dødsfallet. I tillegg kommer en rekke sykdommer og brå dødsfall (ulykker, selvmord og drap) hvor beruselse har vært en årsak eller medvirkende faktor. Tabellen under viser det totale antall dødsfall som skyldes alkohol.

Alkohol

Tabell 4. Antall dødsfall som skyldes alkohol. Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)⁴

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Alkohol i alt	442	435	408	413	401	378	424	422
Alkoholavhengighet	181	165	149	167	154	173	149	156
Leverskader	184	189	186	172	185	149	177	168
Psykiske lidelser	33	40	27	32	35	32	45	12
Alkoholforgiftning	18	10	20	11	11	9	23	61
Annet	26	31	26	31	16	15	30	25

Det er langt flere menn enn kvinner som dør av alkohol, og hovedtyngden befinner seg i alderen 50-64 år. I tillegg kan det være grunn til å hevde at antall dødsfall hvor alkohol oppgis å være dødsårsak, er utsatt for en betydelig underrapportering. Det synes å være store variasjoner i legers evne og vilje til å registrere alkoholens betydning ved dødsfall og sykdom. Det betyr at de tall en finner i helsestatistikken er minimumstall, og at mørketallene er betydelige.

Vi har per i dag ikke et godt nok grunnlag for å avgjøre hvor mange dødsfall og ulykker som totalt sett skyldes alkohol- og/eller narkotikabruk i Norge, men det er igangsatt et arbeid for å bedre statistikkgrunnlaget. I tabellen ovenfor inngår ikke dødsfall som skyldes ulykker, drap og mord. Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet fordelingen av dødsfall som skyldes alkohol etter dødsårsakskategori. Der framgår det at 38 prosent av dødsfallene som skyldes alkohol kan kategoriseres under psykiatriske sykdommer, 27 prosent er ulykker (og drap), 13 prosent er selvmord, 7 prosent er kreftsykdommer, 7 prosent er hjerte-karsykdommer og 8 prosent er andre sykdommer (i hovedsak levercirrhose).

De fleste skader og ulykker som er forbundet med alkohol skjer ikke som en følge av langvarig bruk, men som følge av alkoholpåvirkning og beruselse. Dette skyldes at det norske drikke-mønsteret, både blant dem som drikker mye og blant dem som drikker lite, er preget av at beruselse forekommer relativt hyppig.

Narkotika

Fram til 2001 fant det sted en relativt dramatisk økning i narkotikarelaterte dødsfall, da politiet registrerte 338 slike dødsfall. Ser vi på de siste tre årene under ett, har antallet igjen gått ned. Årsakene til nedgangen er flere og sammensatte. Økningen i antall misbrukere som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og satsing på lavterskel helsetilbud antas å ha hatt en vesentlig betydning. Økningen fra 2003 til 2004 antas å ha sammenheng med at det i perioder var sterk heroin på markedet. Det er alminnelig antatt at heroin er det mest utslagsgivende stoffet ved overdoser, om enn oftest i kombinasjon med andre rusmidler/legemidler.

⁴ Etter anbefaling fra WHO er alle akutte forgiftningsdødsfall (F10-F19) med fjerdesiffer 0 flyttet fra kapittel V, Psykiske lidelser og adferdsproblemer til kapittel XX, Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall i ICD-10. Av samme grunn er mange pneumonidødsfall kodet på en annen måte enn i tidligere årganger, jfr. DS 30/3-05, Dødsårsaker 2003.

Tabell 5. Narkotikadødsfall i Norge. Tallene bygger på innrapporterte dødsfall fra landets politikamre. Kilde: Kriminalpolitisenralen.

	Oslo	Utenfor Oslo	Menn	Kvinner	Totalt
1996	104	81	159	26	185
1997	95	82	149	28	177
1998	134	136	226	44	270
1999	104	116	181	39	220
2000	131	196	264	63	327
2001	109	229	286	52	338
2002	79	131	166	44	210
2003	53	119	134	38	172
2004	83	140	168	55	223

I takt med økningen i foreskrevet mengde metadon, er det registrert en økning i antall dødsfall hvor det er gjort funn av metadon. En undersøkelse gjort ved Nasjonalt folkehelseinstitutt konkluderer med at det kan være en sammenheng mellom cannabisbruk og plutselig hjertedød. Konklusjonen er gjort på grunnlag av seks tilfeller av akutt hjertedød med påvist THC-konsentrasjon (THC= virkestoffet i cannabis).

Helsedepartementet ga i 2003 Folkehelseinstituttet i oppgave å etablere et nytt nasjonalt register for å følge utviklingen i overdosedødsfallene. Det skal utarbeides definisjoner på narkotikadødsfall og kriterier for inndeling i underkategorier, og registeret skal være sammenlignbart med andre lands overdosestatistikker. EMCDDAs kriterier for klassifisering av narkotikadødsfall vil bli lagt til grunn for arbeidet⁵.

3.3.2. Avhengighet og sykdom

Det finnes ikke noe tall på hvor mange som er alkoholavhengige i Norge. Imidlertid kan vi, på bakgrunn av kunnskap om sammenhengen mellom gjennomsnittsfbruket av alkohol og antall som drikker over en viss gjennomsnittlig mengde per dag, beregne antall stordrikkere. Definisjonen av en stordrikk kan variere. Vi vil her regne en person som i gjennomsnitt drikker 10 cl ren alkohol per dag (dvs. en alkoholmengde svarende til 0,25 liter brennevin eller vel ei hel flaske vin eller vel 2 liter pilsnerøl) eller mer, for en stordrikk. Det anslås at rundt 60 000 personer drakk så mye her i landet i 2001.

Det vil være feil å si at alle disse er avhengige av alkohol, men blant dem som i gjennomsnitt har et daglig forbruk på 10 cl ren alkohol eller mer, vil en rekke ha problemer med sitt høye alkoholforbruk. Det vil på den annen side også være mange som har betydelige problemer med sitt alkoholforbruk, som drikker mindre enn dette. Tilsvarende har vi ingen oversikt over hvor mange som kan karakteriseres som avhengige av narkotika. Men en antar at det er mellom 11 000 og 15 000 sprøytemisbrukere. Anslaget innbefatter både de som injiserer heroin og de som injiserer amfetamin.

Bruk og misbruk av rusmidler medfører økt risiko for ulike somatiske og psykiske sykdommer. Det er grunn til å tro at personer som i utgangspunktet har psykiske lidelser, har økt risiko for å utvikle en problematisk bruk av rusmidler.

På bakgrunn av en kartleggingsundersøkelse rettet mot psykiatriske avdelinger, poliklinikker og ungdomsteam samt ruspoliklinikker og kommuner, er det gjort anslag over hvor mange

5 EMCDDA er det europeiske overvåkningssenteret for narkotika og narkotikamisbruk

pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og vedvarende alvorlig rusmiddelmisbruk som har behov for behandlingstiltak. Denne gruppen går under betegnelsen pasienter med dobbeltdiagnose, og ble i 1998-1999 anslått til 4 000 personer. To tredjedeler var menn. Misbruk av alkohol og narkotika var likt fordelt på begge kjønn. Kartleggingen viste at det var en klar tendens til at pasienter med psykoser misbrakte cannabis og amfetamin, mens pasienter med stemningslidelser misbrakte alkohol. Pasienter med personlighetsforstyrrelser var overrepresentert blant opiatmisbrukere.

Et høyt alkoholforbruk over tid fører til økt sykkelighet. Foruten psykiske lidelser, er de mest vanlige sykdommene ved et høyt alkoholforbruk magesår, leversykdommer, blodtrykksykdommer, hjerte/karsykdommer og enkelte kreftformer. Blant injiserende rusmiddelmisbrukere er en vanlig komplikasjon infeksjoner i forbindelse med sår. Felles for alkohol- og narkotikamisbrukere er svekket helsetilstand og redusert immunforsvar som fører til økt sykkelighet. Vi vet imidlertid generelt for lite om omfang og fordeling av kroniske lidelser blant rusmiddelmisbrukere i Norge, og hvilke behov for helsetjenester rusmiddelmisbrukere har. SINTEF Helse gjorde i 2003 på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet to undersøkelser om helsetilstanden og helsetjenestene til tunge rusmiddelmisbrukere⁶.

3.3.3. Alkohol- og narkotikakriminalitet

De mest alvorlige kriminelle handlinger i forbindelse med bruk av alkohol og andre rusmidler, er legemsbeskadigelse og voldsepisoder. Fram til 1981 noterte politiet om de siktede ved ulike forbrytelser var påvirket av alkohol eller andre rusmidler i gjerningsøyeblikket, men siden da er det ikke blitt ført slik statistikk. Årsaken til at en la ned statistikken var at informasjon om rusmiddelpåvirkning ikke ble innhentet i alle tilfeller pga praktiske vanskeligheter med å finne ut om utøveren var påvirket.

Alkohol

En stor del av den registrerte alkoholrelaterte kriminaliteten, skyldes forsøk på å skaffe seg sprit på illegalt vis. Dette forsøker man på to måter; enten ved å produsere den selv, eller ved å smugle den inn fra utlandet. Etter 1990 inngår reaksjoner knyttet til smugling av alkohol i totaltallet for reaksjoner som følge av tolloven, og kan derfor ikke følges spesielt. Antall reaksjoner med bakgrunn i hjemmebrenning registreres ennå, og de har i siste halvdel av 1990-tallet vist en merkbar nedgang, fra 544 i 1994 til 215 i 1999 og 81 i 2002. Det er imidlertid grunn til å tro at dette like mye gjenspeiler en mer liberal praksis fra politiets side, som en reell nedgang i denne typen forseelser. Når det gjelder andre forseelser mot alkoholloven, som f. eks ulovlig omsetting, så økte antallet slike forseelser betydelig på 1990-tallet.

Alvorligere tilfeller av smugling og hjemmeproduksjon for videresalg regnes som forbrytelser mot alkoholloven. Det finnes ingen gode data for utviklingen i antallet forbrytelser mot alkoholloven.

En av de vanligste forseelsene i forbindelse med bruk av alkohol, er promillekjøring. Ser vi utviklingen i antall reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler, viser denne en merkbar nedgang på 1990-tallet. I 1990 var det 23 slike forseelser pr 10 000 innbygger over 18 år. I 2002 var antallet redusert til 12. Regnet i antall saker gikk antallet ned fra 7 402 i 1990, til 4 162 i 2002.

En annen vanlig forseelse i forbindelse med bruk av alkohol, er forseelser mot løsgjengerloven, og da særlig ordensforstyrrelser i beruset tilstand. Antallet slike forseelser har steget fra 2 280 i 1990 til 3 001 i 2002.

6 "Helsetilstand hos tunge rusmiddelmisbrukere" (SINTEF Unimed) 2003.

"Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere" (SINTEF Unimed) 2003.

Narkotika

Det er grunn til å tro at en relativt stor andel av den totale vinningskriminaliteten begås av rusmiddelmisbrukere som ledd i finansiering av eget misbruk. Ettersom kriminalstatistikken er organisert ut fra de enkelte lovbrudd, gir den ikke informasjon om hvor stor andel av eksempelvis tyveri og skadeverk som kan knyttes til stoffmisbrukere. De foreliggende kriminalitetsindikatorerne mht narkotika er således begrenset til det som relaterer seg til brudd på narkotikalovgivningen, dvs. straffeloven § 162 og legemiddeloven § 31-2. Utviklingen i årene 1996-2003 er gjengitt i tabellene nedenfor.

Tabell 6. Antall reaksjoner ved narkotikalovbrudd. Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

	Straffeloven § 162	Legemiddeloven	Totalt
1996	2 716	1 765	4 481
1997	2 858	1 472	4 330
1998	3 932	3 039	6 971
1999	4 648	3 525	8 173
2000	4 451	3 893	8 344
2001	7 456	7 314	14 770
2002	5 738	6 072	11 810
2003	6 310	5 874	12 184

Tabell 7. Antall siktede for narkotikaforbrytelser. Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

	Straffeloven § 162	Legemiddeloven	Totalt
1996	2 878	1 577	4 455
1997	3 424	1 764	5 188
1998	4 056	2 430	6 486
1999	4 891	3 111	8 002
2000	5 539	3 651	9 190
2001	6 287	4 459	10 746

Ved innføringen av politireformen har det vært gjort endringer i politiets IT-systemer. Dette har medført at datagrunnlaget divergerer fra tidligere år, noe som har forsinket statistikkproduksjonen på området. Tallene for 2002 og 2003 vil foreligge i løpet av 2. kvartal 2005.

3.3.4. Sosiale problemer

Med rusmiddelrelaterte sosiale problemer menes her problemer som rusmiddelbruken påfører ektefelle, barn, øvrig familie, venner og kolleger og tilfældige ofre. I tillegg kommer problemer for brukeren selv. Det kan blant annet dreie seg om økonomiske problemer, problemer knyttet til bolig eller problemer knyttet til omsorg for barn. En vil også erfare sosiale problemer som følge av at en har havnet i klammeri med politiet, eller at en ikke er i stand til å utføre jobben på en skikkelig måte.

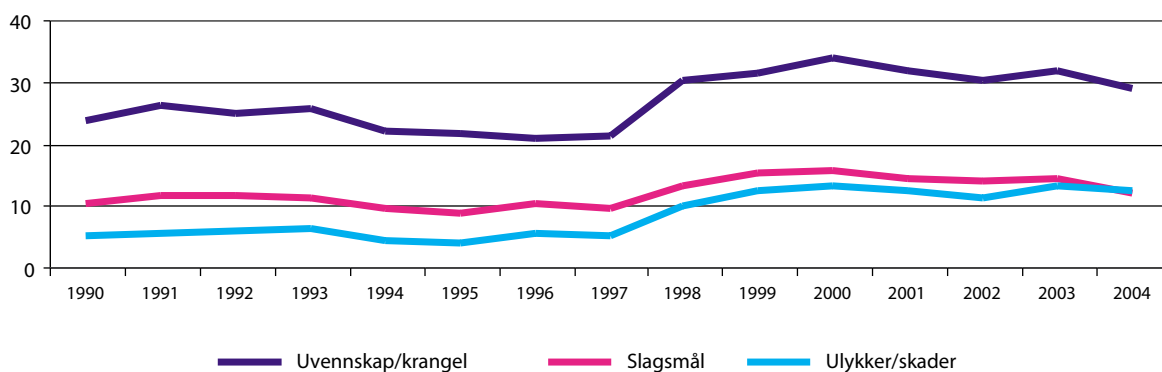
I forbindelse med SIRUS' femårige undersøkelser av den norske befolkningens rusmiddelvaner, har det i de senere år vært spurt om man har opplevd å komme i krangel eller slagsmål som følge av sitt alkoholbruk. Tallene er basert på studier hvert femte år, men det er likevel usikkert om denne type data er egnet til å inngå i et system av indikatorer som fortløpende kan si noe om sosiale skader som følge av rusmiddelmisbruk.

Tabell 8. Andel av dem som har drukket alkohol siste år som har kommet i krangel eller slagsmål (15 år +). Tallene er oppgitt i prosent. Kilde: SIRUS

	1991	1994	1999	2004
Andel som har kommet i krangel	11,8	10,3	9,1	11,0
Andel som har kommet i slagsmål	3,5	2,7	3,4	3,8

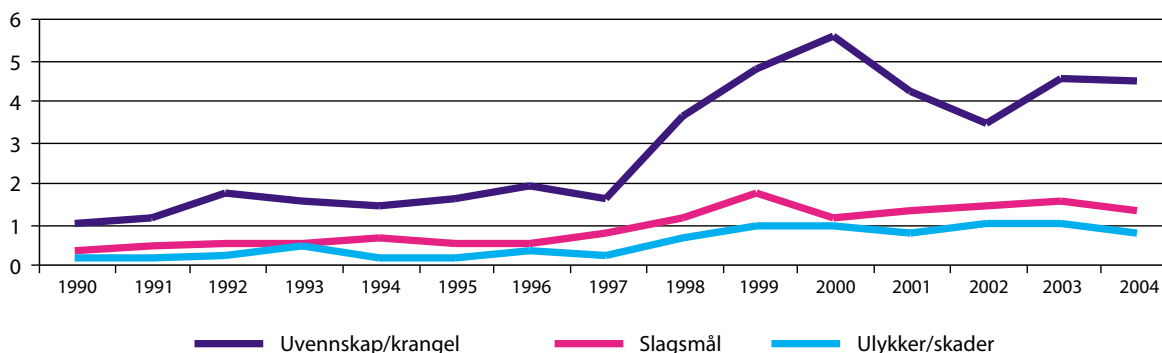
De årlige spørreskjemaundersøkelsene om bruk av rusmidler i aldersgruppen 15-20 år, inneholder spørsmål om hvorvidt de unge har kommet i ulike vanskeligheter på grunn av at de har drukket for mye alkohol eller fordi de har brukt narkotika. Figurene 15 og 16 viser andelen som oppgir å ha kommet i krangel, slagsmål eller ulykker på grunn av at de har brukt narkotika eller har drukket for mye alkohol.

Figur 15. Andel i prosent av ungdom i alderen 15-20 år som har kommet i vanskeligheter fordi de har drukket for mye alkohol, Norge. Kilde: SIRUS



Som vi ser var det en økning i siste halvdel av 1990-tallet i andelen unge i aldersgruppen 15-20 år som oppga at de hadde opplevd uvennskap og krangel på grunn av at de hadde drukket alkohol. Det var også en økning i andelen som oppga å ha vært i slagsmål eller hadde opplevd skader/ulykker på grunn av at de hadde drukket. Tilsvarende var det en økning i andelen unge som hadde opplevd tilsvarende problemer på grunn av at de hadde brukt narkotika. Økningene må sees i sammenheng med at det var en økning i så vel rapportert gjennomsnittlig alkoholforbruk og andel som oppga å ha brukt ulike narkotiske stoffer i samme periode.

Figur 16. Andel i prosent av ungdom i alderen 15-20 år som har kommet i vanskeligheter fordi de har brukt narkotika, Norge. Kilde: SIRUS



4. DE RUSMIDDELPOLITISKE VIRKEMIDLENE

4.1. Organisering og samordning – endringer i 2004

Rusmiddelpolitikken berører flere sektorer og flere politikkområder. De rusmiddelpolitiske virkemidlene favner bredt, fra primærforebygging i den ene enden, til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og skadereduksjon i den andre.

Rusmiddelproblemene er sammensatte og krever innsats på tvers av departements- og etatsgrensene. Arbeids- og sosialministeren har et særskilt ansvar for koordinering av innsatsen. Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) ble opprettet 1. oktober 2004. Det ble samtidig opprettet et Helse- og omsorgsdepartement (HOD). Dette medførte enkelte endringer i oppgave- og ansvarsfordelingen på departementsnivå. ASD har ansvaret for å koordinere rusmiddelpolitikken, samt ansvar for alkoholloven, vinmonopolloven, AS Vinmonopolet og SIRUS.

Helse- og omsorgsdepartementet har det nasjonale ansvaret for hele behandlingskjeden for rusmiddelmisbrukere. Dette innebærer et ansvar for tjenestetilbudet og et samlet tiltaksapparat, slik det blant annet er beskrevet i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. HOD har med dette det nasjonale ansvaret for oppfølging av rusmiddelmisbrukere både i kommunene og helseforetakene. Videre har HOD eieransvaret for de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har etatsstyringsansvaret for Sosial- og helsedirektoratet, men også Arbeids- og sosialdepartementet har faglig styring overfor direktoratet på aktuelle fagområder.

I tillegg til Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet, Justis- og politidepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Utenriksdepartementet ansvar på områder som er viktige i arbeidet mot rusmiddelproblemer.

Politidirektoratet og Toll- og avgiftsdirektoratet har sentrale roller med hensyn til å hindre ulovlig innførsel og omsetning av alkohol og narkotika. Politiet har også en viktig rolle i det forebyggende opplysningsarbeidet, blant annet i skolene, og ved å gripe inn overfor narkotikamisbruk blant unge.

Sosial- og helsedirektoratet er Regjeringens fremste helse- og sosialfaglige rådgiver. Som fagorgan skal direktoratet følge med situasjonen i helse- og sosialtjenesten og gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor overordnet myndighet og til tjenestene. Direktoratet har som en viktig oppgave å sikre at vedtatt politikk iverksettes på helse- og sosialområdet og etter de retningslinjer som departementet fastsetter. Direktoratet er ansvarlig for å koordinere den nasjonale forebyggingsstrategien. Politidirektoratet, Toll- og avgiftsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir/Bufetat) er viktige samarbeidspartnere.

Fylkesmannen er Regjeringens representant i fylket og skal arbeide for at Stortingets og Regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir fulgt opp. Fylkesmannen har et ansvar for å følge opp arbeidet med rusmiddelmisbrukere i kommunene blant annet gjennom veiledning og kom-

petanseheving. Fylkesmannen behandler også klager på enkeltvedtak etter sosialtjenesteloven, herunder vedtak om tiltak for rusmiddelmisbrukere. Fylkesmannen skal, på oppdrag fra Statens helsetilsyn, føre tilsyn med helsetjenesten (kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten) til rusmiddelmisbrukere. Tilsyn føres etter systemrevisjonsmetoden og kan foregå som en planlagt aktivitet (planlagt tilsyn), som reaksjon på hendelser (hendelsesbasert tilsyn) og med et overordnet perspektiv (områdeovervåking).

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål er viktige aktører i gjennomføringen av rusmiddelpolitikken på regionalt og lokalt nivå. Sentrene samarbeider med kommunene i sin region, og bistår med etterutdanning, råd og veiledning til førstelinjepersonell, samt stimulerer til utvikling av forebyggende tiltak. I tillegg skal de bidra til videreutvikling av de tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudene. Hvert av de syv kompetansesentrene har sitt nasjonale spisskompetanseområde:

- Nord-norsk kompetansesenter rus ved Nordlandsklinikken: Rusforebygging i skolen (nytt fra 2005)
- Midt-Norsk kompetansesenter: Yngre misbrukere
- Bergensklippene: Kvinner og rus
- Rogaland A- senter: Rusmiddelproblematikk i familier med barn i skolealder, arbeidsliv og rus
- Borgestadsklinikken: Gravide rusmiddelmisbrukere og familier med små barn
- Rusmiddeletatens kompetansesenter: Ungdom og nye misbruksmønstre
- Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål: Rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser, spilleavhengighet

Sosial- og helsedirektoratet tildelte i 2004 i alt drøyt 62 millioner kroner til de syv kompetansesentrene på rusfeltet. Tilskuddet skal dekke utgifter til drift og tiltaksutvikling.

Kompetansesentrene samarbeider gjennom en norgesnettfunksjon som er lagt til Sosial- og helsedirektoratet. Norgesnettfunksjonen skal ivareta styrings- og samordningsbehovet.

I samråd med Helsedepartementet ba Sosialdepartementet i 2003 Sosial- og helsedirektoratet om å foreta en utredning av framtidige funksjoner og organisering av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Helse- og omsorgsdepartementet vil med bakgrunn i rapporten, bruke 2005 til å vurdere framtidig plassering av de oppgavene som er lagt til de regionale kompetansesentrene. I dette arbeidet vil de behov spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren har for kompetanse på rusfeltet, herunder kompetansebehov knyttet til samordning, bli vurdert.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, herunder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. De fem regionale helseforetakene (RHF), har ansvar for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste til befolkningen i sine respektive regioner, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, herunder også legemiddelassistert rehabilitering.

Gjennom bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene blir dette "sørge for" ansvaret nærmere konkretisert. De fem regionale helseforetakene er Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. De regionale helseforetakene har også et ansvar for å samarbeide med kommunene om utarbeidelse av individuell plan og sørge for forsvarlige utskrivningsrutiner. I brev av 1.oktober 2004 til de regionale helseforetakene presiserer HOD kravet om implementering av individuelle planer

og at virksomhetene skal ha forsvarlige rutiner for utskrivning av pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk⁷.

Den kommunale sosialtjenesten har et helhetlig ansvar for rusmiddelmisbrukere. Sosialtjenesten i kommunene gir råd, veiledning eller bidrar til å sette i verk andre hjelpetiltak mot rusmiddelmisbruk. Når det ikke er tilstrekkelig med hjelpetiltak i kommunal regi er det kommunen, ved fastlegen eller sosialtjenesten, som er henvisende instans til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Sosialtjenesten skal også ved ventetid til behandling, om nødvendig, sørge for midlertidige tiltak. Kommunene har også ansvar for nødvendig oppfølging under og etter institusjonsopphold, herunder ansvar for å medvirke til fremskaffelse av boliger til vanskeligstilte. Individuell plan er et viktig redskap i arbeidet for å sikre helhetlige tjenester for rusmiddelmisbrukere (se 5.3.2). Som en oppfølging av nevnte brev til de regionale helseforetakene vedrørende individuell plan, ble tilsvarende brev også sendt til landets kommuner.⁸

Mange frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner spiller en vesentlig rolle, både i det forebyggende arbeidet og på behandlingssiden. Regjeringen er opptatt av å legge til rette for frivillige organisasjoner og mener det er viktig at samarbeidet mellom det offentlige og frivillige organisasjoner er godt og at rolle- og ansvarsfordelingen er klar. Det gis blant annet tilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider med forebygging og/ eller behandling av rusmiddelproblemer. Det er Sosial- og helsedirektoratet som forvalter tilskuddsordningene på rusfeltet (se 4.3.3).

4.2. Forskning, utvikling og dokumentasjon

Regjeringen bestemte allerede i utformingen av Semerklæringen (2001) at forskningsbasert kunnskap skal ligge til grunn for rusmiddelpolitikken. Forskning alene vil imidlertid ikke kunne styre tiltak og programmer på området, dertil kommer erfaringsbasert kunnskap og verdivalg. Dette kapitlet presenterer noen av aktørene og noe av forskningen som har funnet sted på rusmiddelfeltet i 2004, men utgjør på ingen måte en uttømmende oversikt.

4.2.1. Forskerkommisjonens rapport

Kommisjonen avga sin rapport NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet i februar 2003⁹. Rapporten er en kunnskapsoppsummering av forskningen på rusmiddelfeltet. Den peker på hvilke områder det er gjort relativt mye forskning, og områder hvor forskning gjenstår. Et hovedtrekk i rapporten synes å være at de klareste effektene er funnet i tilknytning til behandlingstiltak. På forebyggingssiden har det vært vanskeligere å dokumentere effekt av enkeltprogrammer. Som varslet i St.prp.nr. 1 (2004-2005) har Arbeids- og sosialdepartementet pekt på at det er behov for å styrke rusmiddelforskningen og at departementet arbeider med en plan for dette.

7 Brev til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 1. oktober 2004: "Krav om implementering av individuelle planer og forsvarlige rutiner for utskrivning av pasienter i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk"

8 Brev til landets kommuner fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 26. november 2004: "Implementering av individuelle planer i kommunene."

9 NOU 2003: 4 Forskning på Rusmiddelfeltet
(<http://www.dep.no/sos/norsk/publ/utredninger/NOU/044001-020002/dok-bn.html>)

4.2.2. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) skal ved sin forskning fremskaffe kunnskap som kan danne grunnlag for planlegging og gjennomføring av rusmiddelpolitiske tiltak, samt bidra til langsiktig kompetanseoppbygging innen rusmiddelforskningen. Instituttet har også ansvar for dokumentasjon og formidling av rusmiddelrelatert kunnskap. I tillegg skal instituttet ha en samlet oversikt over forbruksutviklingen på alkohol- og narkotikaområdet, oversikt over forebyggende tiltak og behandlingstiltak, produsere statistiske oversikter over feltet, rapportere og formidle informasjon nasjonalt og internasjonalt om rusmiddelsituasjonen, samt ha ansvaret for å ivareta kontaktfunksjonen for Norges deltakelse i EUs narkotikaovervåkningscenter i Lisboa (EMCDDA).

Instituttets virksomhet faller innunder følgende fem hovedområder:

- Rusmiddelmarkedet
- Rusmiddelbruk og rusmiddelkultur
- Konsekvenser av rusmiddelbruk
- Forebyggende tiltak
- Behandling og omsorg

Av konkrete oppdrag nevnes at SIRUS blant annet skal evaluere Sosial- og helsedirektoratets regionprosjekter, forsøk med sprøyterom og tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo Sentrum, "Plata-planen" (se 5.3.3, 5.3.6 og 5.3.7).

I 2004 ga Barne- og familiedepartementet midler til SIRUS som har fått i oppdrag å skaffe kunnskap om hvilke tilbud barn av rusmiddelmissbrukere mottar, samt skaffe større kunnskap om hvordan barn som er med sine foreldre i rusbehandling ivaretas. Rapporten vil foreligge høsten 2005.

SIRUS gir hvert år ut rapporten Rusmidler i Norge. Den er en statistisk oversikt over ulike sider ved alkohol- og narkotikasituasjonen i Norge. SIRUS internettbaserte dokumentasjons- og kunnskapsformidlingsprosjekter er omtalt i punkt 4.2.5.

Det vises for øvrig til årsmelding for virksomheten, se www.sirus.no.

4.2.3. Rusmiddelforskning utenfor SIRUS

Flere departementer har gått sammen om å opprette Senter for studier av problemadferd og innovativ praksis ved Universitetet i Oslo (Atferdssenteret). Senteret var i full drift fra 2003. Atferdssenterets målsetting er å styrke kunnskap og kompetanse når det gjelder arbeid med atferdsproblemer blant barn og unge. Senteret skal blant annet implementere og drive med opplæring og videreutvikling av nye metoder i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer. Videre skal det drive tiltaksforskning knyttet til evaluering og utvikling av nye metoder, samt forskning om utbredelse og utvikling av atferdsproblemer. Senteret skal også stimulere til tverrfaglig forskning på dette området, og styrke forbindelsen mellom forskning og praksis. I tillegg skal senteret drive opplæring, veiledning og undervisning, samt ha et nasjonalt nettverksansvar for forskere og miljøer som arbeider med forskning og kompetanseutvikling i arbeidet med atferdsvansker hos barn og unge. Senteret har også fått tilskudd fra USA ved NIDA (narkotikaforskning), for å studere implementeringen av foreldretrening (PMTO) i Norge.

Det foregår forskning på rusmiddelproblemer ved flere forskningsinstitusjoner, universiteter og høyskoler i Norge. Programmet Helse og Samfunn (2001-2005) under Norges Forskningsråd omfatter også rusmiddelforskning. Programmet skal søke å styrke og utvikle forskningsmiljøer på feltet.

Ettersom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere fra 2004 er blitt en del av spesialisthelsetjenesten, er dette området blitt integrert i den forskningsvirksomhet som foregår i regi av de regionale helseforetakene. Denne forskningen omhandler blant annet forskning på behandlingsresultater og på kvalitetsforbedringer. Det presiseres i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2005 at det er behov for økt satsing, samt tiltak for å styrke forskning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Universitetet i Oslo, seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, får hvert år midler til klinisk forskningsvirksomhet. Seksjonen forsker blant annet på bruk av metadon og andre legemidler og virkemidler i behandling. Seksjonen arbeider også med alkoholproblemer og medikament-avhengighet med særlig fokus på kliniske problemstillinger.

Folkehelseinstituttet ved Divisjon for retts toksikologi og rusmiddelforskning har en egen avdeling for rusmiddelforskning. Avdelingen skal drive forskning på biologiske mekanismer bak rusmiddelavhengighet, bistå ved utprøving av nye behandlingsmetoder mot avhengighet og forske på biomedisinske effekter av rusmiddelbruk.

4.2.4. Forskning initiert av statlige myndigheter i 2004

Det har i løpet av 2004 blitt utgitt flere forskningsrapporter som er viktige for rusmiddelfeltet. Det ble blant annet foretatt en "Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol"¹⁰. Hovedkonklusjonene viser at alkohol står for samfunnsmessige kostnader i størrelsesorden 18-20 milliarder kroner. På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har SINTEF Helse gjort en undersøkelse av tjenestene til rusmiddelmisbrukere før rusreformen ble innført. Funnene viser bl.a. et udekket behov i forhold til bolig, arbeid og samordning av tjenester.

Det har i 2004 vært foretatt en nasjonal evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. Evalueringen er foretatt av AIM Research Based Consulting og Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO (LAR-rapporten). Det er utarbeidet to hovedrapporter og flere delrapporter, samtlige kan lastes ned fra Sosial- og helsedirektoratets hjemmeside www.shdir.no. Sosial- og helsedirektoratet har oversendt en tilrådning om oppfølging av evalueringen til Helse- og omsorgsdepartementet.

ESPAD-undersøkelsen er en oversikt over bruk av alkohol og narkotika blant 15-16 åringer i 35 europeiske land. EMCDDA, gir årlig ut en tilstandsrapport om narkotikasituasjonen i den europeiske union og Norge.

4.2.5. Dokumentasjon

Både forskning og erfaring tilsier at det forebyggende arbeidet er mest effektivt når det er tilpasset lokale forhold. Forebyggingsarbeidet baserer seg derfor i stor grad på lokale aktører som hjem, skole, helse- og sosialsektoren, samt frivillig sektor. Kommunene er sentrale aktører i forebyggingen. For at kommunene skal ha tilgang på kunnskap om ulike forebyggingsmetoder er det utviklet en nasjonal database, forebygging.no. Databasen, som drives av kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken, er en kunnskapsbase og en interaktiv arena for forebygging og helsefremmende arbeid. Tjenesten utvikles gjennom et bredt samarbeid mellom fagmiljøer i Norge, herunder Sosial- og helsedirektoratet, SIRUS og de regionale kompetansesentrene.

I tilknytning til forebygging.no er det utviklet en egen tiltaksbase, forebyggingstiltak.no. Databasen drives av Sosial- og helsedirektoratet, SIRUS og kompetansesentrene i tillegg til redaksjonen ved forebygging.no. Tiltaksbasen er et hjelpemiddel for kommuner og frivillige

10 "Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol", Roar Gjelsvik, Rokkansenteret/HEB (2004).

organisasjoner i planlegging og evaluering av forebyggings tiltak. Den synliggjør tiltak med dokumentert effekt og formidler kunnskap på forebyggingsfeltet.

Sosial- og helsedirektoratet driver også en erfaringsdatabase, tiltak.no, som tar sikte på å gi en samlet informasjon og erfaringsformidling for tiltak, forsøk og utviklingsspørsmål som direkte eller indirekte omhandler sosialtjenesten. Sammen med Aetat og Trygdeetaten skal det fokuseres spesielt på arbeidet med samordningsforsøkene som skjer i de tre velferdsetatene.

For å gi en bedre oversikt over behandlingstilbudet, alternative behandlingsmetoder og aktører i behandlingsapparatet er det opprettet en database for behandlingstiltak, rustiltak.no. Den inneholder en oversikt over behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere, og er ment som en hjelp til rusmiddelmissbrukere selv, pårørende og ansatte i hjelpeapparatet. Henvisnings- og søknadsprosedyrer er oppgitt for hvert tiltak. Nettstedet er utarbeidet og drives av SIRUS i samarbeid med tiltak for rusmiddelmissbrukere over hele landet. Det er en del av det nasjonale dokumentasjonssystemet innen behandling og omsorg for rusmiddelmissbrukere og gir en landsdekkende oversikt over behandlingsrettede tiltak. Det er i 2004 utarbeidet en rapport om Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Rapporten gir en presentasjon av systemet, informasjon om kartleggingssystemet, samt presenterer nettstedet og statistikk innhentet fra landets tiltak i 2001 og 2002.

Det er behov for å bedre kvaliteten i dokumentasjonssystemene på rusfeltet. Sosial- og helsedirektoratet har derfor i samarbeid med SIRUS, SSB, Sintef Helse og KITH (kompetansesenter for IT i helsesektoren) startet opp arbeidet med å lage en strategi for framtidig rapporteringssystem. Når det gjelder dagens registrering på rusfeltet skal dette harmoniseres med tilsvarende rapportering innen spesialisthelsetjenesten samtidig som det må sikres god samordning med kommunenes rapportering på feltet.

4.2.6. Styrking av kompetanse

Regjeringen har de senere årene satset betydelig på å videreutvikle den kommunale sosialtjenestens kompetanse, blant annet for å kunne gjøre godt faglig arbeid med rusmiddelmissbrukere. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål har som en av sine viktige oppgaver å gi etterutdanning til personell i førstelinjen. Ved 11 universiteter og høyskoler er det etablert videreutdanningstilbud i rus for sosial- og helsepersonell.

De regionale helseforetakene skal bidra til økt kvalitet i behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, herunder beskrive og videreutvikle innholdet i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet. Sentralt i den sammenhengen er fokus på at rusmiddelmissbrukere gis et helhetlig tilbud fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten, samtidig som samhandling med den kommunale helse- og sosialtjenesten ivaretas. Videre skal de regionale helseforetakene øke satsningen for å styrke forskning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer (UiO) har bl.a. kurs i rusmedisin for leger og psykologer som består av basiskurs med moduler for basalkunnskap og behandling. Pr. 2004 har nær 500 leger og psykologer deltatt på kursene.

Fylkesmannen har, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål, ansvaret for gjennomføring av opplæringstiltak rettet mot arbeid med tunge rusmiddelmissbrukere i kommunene. Formålet er å heve kunnskapen og styrke kompetansen blant kommunalt ansatte og å styrke det kommunale hjelpetilbudet overfor tunge rusmiddelmissbrukere, herunder de som får tilbud om legemiddelassistert rehabilitering. Opplæringen fokuserer for det første på rusmidler, somatiske og psykiske følgetilstander, misbruksmønstre og medika-

mentbehandling. For det andre fokuseres det på samordning og samhandling, herunder samarbeid med spesialisthelsetjenestene og individuell plan, og for det tredje på helhetlig og kontinuerlig oppfølgingsarbeid. Opplæringen gjennomføres i form av kurs, konferanser, faglige fora, lokale utviklingsprosjekter og samarbeid med høyskoler.

Politidistriktene har i 2004 gjennomført det første seminaret for å heve kompetansen blant personell som kommer i kontakt med mindreårige og voksne med rusmiddelproblemer, herunder de spesielle utfordringene som er knyttet til personer som også har erfaring med kjønns-handel/prostitusjon. Målgruppen for dette seminaret var ledere, jurister og etterforskere.

4.3. Forebygging av rusmiddelproblemer

Effektiv forebygging av rusmiddelproblemer er lønnsomt, både for den enkelte, familien, lokal-miljøet og for samfunnet som helhet. Forebygging skal først og fremst forhindre at rusmiddelproblemer oppstår eller utvikler seg, men vi snakker også om forebygging når det settes i verk tiltak overfor personer i risikosoner, og for å hindre tilbakefall etter endt behandling og rehabilitering.

4.3.1. Tiltak for å redusere tilgangen på alkohol

Det er godt dokumentert at de mest effektive virkemidlene i alkoholpolitikken er de som reduserer tilgjengeligheten og øker prisen. Alkoholpolitikken i Norge har vært preget av et sterkt detaljmonopol, høye avgifter og priser, et omfattende system for kontroll med salgs- og skjenkestedene, samt strenge restriksjoner på markedsføring av alkohol. Vårt alkoholpolitiske system er det mest restriktive i Europa, og sammen med Island har vi de høyeste alkoholavgiftene. Det er derfor god grunn til å anta at den alkoholpolitikken som har blitt ført, er en viktig grunn til at alkoholkonsumet i Norge er blant de laveste i den vestlige verden.

Alkoholloven inneholder viktige virkemidler for å begrense tilgangen på og etterspørselen etter alkohol. Alkoholloven regulerer omsetningen av alkoholholdig drikk med det formål i størst mulig grad å begrense de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som et ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer. Kommunene er i loven tillagt ansvaret for den nødvendige oppfølgingen av bevillingsordningene, herunder at regelverket overholdes i samsvar med målene om blant annet god kontroll og strenge reaksjoner på overtredelser av alkoholloven. Arbeids- og sosialdepartementet har i den forbindelse et særskilt ansvar for å sørge for at lovverket fungerer som et godt og effektivt styringsverktøy for kommunene. Sosial- og helsedirektoratet har viktige oppgaver blant annet i tilknytning til effektiv håndheving av reklameforbudet, og for gjennomføring, oppfølging og evaluering av forebyggende tiltak som bidrar til å bedre effektiviteten av og kontrollen med bevillingssystemet. Arbeids- og sosialdepartementet har revidert av alkoholloven med forskrifter (se 5.2.1).

AS Vinmonopolet er gjennom selskapets enerett til detaljsalg av alkohol over 4,75 volumprosent et viktig instrument i alkoholpolitikken. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former uten det kjøpepress som ellers karakteriserer detaljhandel når ordinære privatøkonomiske interesser er drivkraften. Selskapet bidrar på denne måten til å begrense alkoholkonsumet og derigjennom også alkoholens skadevirkninger.

På nasjonalt nivå er det en relativt utbredt oppfatning at hensynet til sosiale - og helsemessige konsekvenser av alkohol må veies opp mot nærings-, handels- og konsumentinteresser. Fra internasjonalt hold vil det være slik at økt globalisering, internasjonale handelsavtaler og forpliktelser kan begrense de nasjonale rammene for regulering og kontroll som alkoholpolitiske virkemidler. De tradisjonelle virkemidlene i den norske alkoholpolitikken kan derfor sies å være

under press. Eksempelvis kan nevnes at det i 2004 ble satt fokus på forholdet mellom EØS-avtalen og alkoholovens forbud mot reklame for alkoholholdig drikk. Spørsmålet ble, på anmodning av Markedsrådet, behandlet i EFTA-domstolen, som 25. februar 2005 avga en rådgivende uttalelse. Etter uttalelsen er det klart at reklameforbudet for vin ikke er EØS-stridig. EFTA-domstolen uttaler videre at spørsmålet om hvorvidt forbudet mot reklame for øl og brennevin er forenlig med EØS-retten, må endelig avgjøres av norske domstoler. Dette fordi løsningen blant annet avhenger av en vurdering av norske forhold, en vurdering som EFTA-domstolen mener at norske domstoler er nærmere til å foreta enn EFTA-domstolen selv. Se for øvrig punkt 5.4.1 om arbeidet for å motvirke presset mot de tradisjonelle virkemidlene i den norske alkoholpolitikken.

4.3.2. Tiltak for å redusere tilgangen på narkotika

Det er et sentralt narkotikapolitisk mål å redusere tilgangen på ulovlige narkotiske stoffer og å motvirke narkotikamisbruk, eksperimentering og rekruttering, særlig blant barn og unge. Justisdepartementet har bestemt at innsatsen mot narkotika særlig skal settes inn for å forebygge at ungdom bruker narkotika og avdekke og straffeforfølge bakmenn og organiserte kriminelle miljøer. Politiet prioriterer innsatsen for å avdekke og etterforske personer som står bak ulovlig narkotikaomsetning, samt bekjempelse av profittmotivert narkotikarelatert kriminalitet. Innsatsen rettes særlig inn mot store saker. Beslagstallene viser da også at beslaglagt mengde narkotika har økt til tross for at det i 2004 har vært gjort færre beslag. Videre er det et mål å opprettholde forbudet mot produksjon, innførsel, omsetning, salg og bruk av ulovlige narkotiske stoff. Politiet og tollmyndighetene står overfor stadig nye utfordringer når det gjelder avdekking, etterforskning, oppklaring og retteføring av narkotikaforbrytelser. Nye rusmidler kommer på markedet, nye metoder tas i bruk for å innføre stoffene ulovlig og innførselsveiene skifter. Ikke minst er det nødvendig å oppdage og avsløre grupper som driver stort innen ulovlig transport og innførsel, samt hvilken type narkotika som dominerer. Nye illegale rusmidler utvikles og settes i produksjon og bruken rammer nye grupper. Alt dette krever stadig ny kunnskap og oppdatert informasjon, og fører til at politi- og tollmyndighetene har en utfordring i å ligge i forkant av utviklingen. Ikke minst gjelder det utviklingen av det ulovlige markedet for syntetiske stoffer. Mye av informasjonen skaffer politiet og tollmyndighetene seg gjennom eget arbeid og i samarbeid med andre etater og organisasjoner. Internasjonalt er man opptatt av endringene innen det ulovlige narkotikamarkedet. Til tross for lovbestemmelser og økte tollbeslag øker tilgjengeligheten av narkotika, og den sprer seg geografisk. For å redusere tilgangen på narkotika kreves både økt mobilisering lokalt og økt internasjonalt samarbeid.

Det er grunn til å tro at unge som bruker illegale rusmidler, som for eksempel ecstasy, ikke alltid er seg bevisst at bruken er ulovlig og dermed straffbar. Det å øke oppdagelsesrisikoen for "rekreasjonsmisbrukere", kan derfor være et viktig virkemiddel for å få unge som allerede bruker stoff til å slutte. Det vil også kunne føre til at færre unge tar sjansen på å prøve.

4.3.3. Tiltak for å redusere etterspørsel etter alkohol og narkotika

Aldersgrenser, alkoholavgifter, reklameforbud, samt ulike kontrolltiltak er virkemidler som tar sikte på å redusere etterspørselen etter alkohol. Andre viktige tiltak på dette området er opplysnings- og holdningsskapende arbeid og miljøtiltak. Flere departementer støtter frivillige organisasjoner og prosjekter som blant annet har som mål å redusere etterspørselen etter rusmidler. Støtten gis som driftsstøtte eller støtte til prosjekter og tiltak.

Tilskudd til forebygging av rusmiddelproblemer

Felles for mange av forebyggingstiltakene på rusfeltet er at de utføres av frivillige organisasjoner. For å finansiere det frivillige forebyggingsarbeidet tildeles det tilskudd. Tilskuddene for-

deles etter søknad og søknadsfristen er 1. november. Mer informasjon om kunngjøringer og regelverk for tilskuddsordningene finnes på Sosial- og helsedirektoratets nettsider. Det er også utarbeidet en egen veileder for planlegging og evaluering av forebyggende arbeid, som skal være til hjelp for de som planlegger tiltak.

I 2004 fordelte tilskuddene seg som følger:

Tabell 9. Oversikt over tilskudd på rusfeltet 2004. Kilde: Sosial- og helsedirektoratet.

Type tilskudd	2003	2004
Tilskudd til alkoholfrie serverings- og overnattingssteder	3 736 000	
Tilskudd til NSRM ¹¹	5 480 000	4 730 000
Samarbeidsavtaler- programmer evalueringer	9 415 000	16 496 260
Frivillige og stiftelser som utfører arbeid for svakere stilte grupper	38 380 000	46 920 000
Driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner	15 373 000	19 470 000
Prosjektilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner	19 680 000	32 805 998
Driftstilskudd til AKAN og AlkoKutt	11 200 000	
Sum tilskudd 2003	103 264 000	119 422 258

Driftstilskuddet til AKAN og Alkokutt er i 2004 tatt inn under Samarbeidsavtaler, programmer og evalueringer. Det ble til sammen utbetalt omlag 12,1 mill. kroner til disse organisasjonene i 2004. Tilskuddet til alkoholfrie serverings- og overnattingssteder faller i 2004 inn under tilskudd til NSRM. Tilskuddsordningene er blitt vesentlig endret slik at det er vanskelig å gjøre sammenligninger fra ett år til det neste. Som vi ser har det funnet sted en økning i det samlede tilskuddet, fra i overkant av 103 mill i 2003 til drøye 119 mill i 2004. For 2005 er det budsjettert med 130,9 millioner kroner til samme formål.

Regelverket for tilskudd til prosjekter og tiltak ble endret fra og med 2004. Tilskuddet til drift av rusmiddelpolitiske organisasjoner er ikke endret. Omleggingen kommer som et resultat av en evaluering av tilskuddsordningene.¹² Formålet med omleggingen er å styrke frivillig rusmiddel-forebyggende arbeid på nasjonalt nivå. Det vil fortrinnsvis bli gitt tilskudd til prosjekter og tiltak som kan sannsynliggjøre rusmiddelforebyggende effekt, og som har evaluerbare mål. Endringene har ført til mer målrettet bruk av prosjektilskuddsmidlene.

Tiltak rettet mot barn og ungdom

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse "...sammen om psykisk helse" favner en rekke tiltak rettet mot rusforebygging, tidlig intervensjon samt tiltak mot risikoutsatte barn og unge.

Barne- og familiedepartementet har over lengre tid arbeidet med å implementere familie- og nærmiljøbaserte metoder for behandling av alvorlige adferdsproblemer. Rusmiddelmisbruk er ofte en del av problembildet.

Foreldretrening (PMTO) er en behandlingsmetode rettet mot barn i alderen 4-12 år. Metoden har til hensikt å endre fastlåste negative mønstre. Opplæring i metoden startet i Norge i 1999. Tilbudet om foreldretrening gis av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) eller psykisk helsevern for barn og unge. Metoden evalueres i Norge, og de foreløpige resultatene er svært

¹¹ Norsk senter for Rusfri Miljøutvikling

¹² Evalueringen ble foretatt av NOR Consulting i 2002.

lovende. En reduksjon i adferdsproblemer kan være forebyggende i forhold til utvikling av rusmiddelproblemer senere i livet.

Multisystemisk terapi (MST) er en behandlingsmetode rettet mot ungdom i alderen 12-18 år. Metoden innebærer tett oppfølging av den enkelte ungdom, familie og nærmiljø. Behandlingen gis gjennom de fem regionene i barnevernet og familievernnet. Opplæringen kom i gang i 1998, og foreløpige evalueringsresultater er positive. Forskning på begge metodene fra USA viser en betydelig reduksjon av adferdsproblemer, innbefattet rusmiddelproblemer, både hjemme og på skolen.

Barne- og familiedepartementet gir tilskudd til det sentrale arbeidet i landsomfattende barne- og ungdomsorganisasjoner. Formålet er å legge til rette for barn og ungdoms deltakelse. Tilskuddet var i 2004 på 63 millioner kroner, og for 2005 er det økt til 63,3 millioner kroner. I tillegg støtter Barne- og familiedepartementet driften av Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner, Ungdom & Fritid og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjons Ungdom. Støtten var i 2004 på om lag 7 millioner kroner, mens støtten i 2005 er økt til 7,5 millioner kroner.

Frifond - frivillig lokalt barne- og ungdomsarbeid er en støtteordning som gir penger til lokale aktiviteter arrangert for, om og med ungdom. Aktiviteten som mottar tilskudd må være demokratisk oppbygd og ha et allmennnyttig siktemål. Samlet sett ble det tildelt i overkant av 122 millioner kroner til Frifond i 2004. I 2005 er tildelingen på 135 millioner kroner.

Som et ledd i arbeidet med å bedre oppvekstmiljøet, ble det høsten 1998 igangsatt et "Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljøet". Målet er å styrke og videreutvikle de lokale oppvekstmiljøene gjennom et bredt samarbeid mellom offentlige og frivillige krefter. Innsatsen mot blant annet rus i barne- og ungdomsmiljøene skal styrkes. I 2004 deltok åtte kommuner i arbeidet. Kommunene deltar for en treårs periode. For å bidra til kreative og stimulerende ungdomsmiljø som gir ungdom tro på en fremtid lokalt, gir Barne- og familiedepartementet også tilskudd til lokale ungdomssatsinger på kultur- og fritidsområdet i distriktskommuner. Midlene lyses ut blant distriktskommuner med nedgang i folketallet. Det ble i 2004 bevilget i overkant av 5 millioner kroner til begge formålene. I 2005 er det valgt ut ti nye kommuner til deltakelse i Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljøet, og det er samlet bevilget vel 5,3 millioner kroner til de to ordningene.

Barne- og familiedepartementet forvalter tilskuddsordningen "Ungdomstiltak i større bysamfunn". Ordningen er et virkemiddel for å bedre oppvekst- og levekår for ungdom i større bysamfunn, og retter seg mot unge med spesielle behov i alderen 12 til 25 år. Tiltak og prosjekter som arbeider for å forebygge uønsket sosial adferd, deriblant rusmiddelmisbruk, prioriteres. Kommunale etater og instanser, bydeler, frivillige organisasjoner, ungdomsgrupper og private organisasjoner kan motta støtte til arbeid mot rusmiddelmisbruk og til rusfrie aktiviteter og treffsteder. Ordningen var i 2004 på om lag 23,5 millioner kroner. I 2005 er bevilgningen på over 34 millioner kroner, hvorav 15,5 millioner benyttes til tiltak rettet mot barn og unge som er berørt av fattigdomsproblemer. 23 større bysamfunn omfattes av ordningen i 2005.

Uteseksjonen i Oslo har mottatt støtte til arbeid blant ungdom i tilknytning til partymiljøene gjennom prosjektet Future, og Rusmiddeletaten i Oslo har mottatt straksmidler til det rus- og voldsbelastede "Eika-miljøet". Det er også gitt støtte til prosjektet "Tur-retur", samarbeidsprosjekt mot sentrumspendling av unge mellom Oslo og Drammen i regi av Senter for rusforebygging i Drammen. Målet med prosjektet har vært å hindre at unge trekker til negative miljøer i hovedstaden, heriblant belastede rusmiljøer.

Barne- og familiedepartementet gav også i 2004 midler til PAG-stiftelsen (det tidligere Wandasenteret) som skal bistå lokale initiativtakere som ønsker å lage et tilbud til barn og unge med rusmiddelmisbrukende familiemedlemmer.

Forebyggingstiltak i skolene

Skolen er en viktig arena for forebyggende arbeid. I skolen kommer man i kontakt med samtlige barn og ungdom mellom 6 og 16 år og med deres foreldre. Videregående opplæring omfatter en stor del av ungdom i alderen 16-19 år.

Rusmiddelundervisningen er forankret i læreplanene og er integrert i ordinær undervisning. Målet er at aktivt forebyggende arbeid i grunnskolen og videregående opplæring skal motvirke eksperimentering med og bruk av rusmidler.

Tiltak som gjennomføres i skolen, tar sikte på å gi barn og unge faktiske kunnskaper om alkohol og narkotika, skape et bevisst forhold til rusmidler og ta avstand fra rusmiddelmisbruk. Tiltakene skal også ta sikte på å utsette bruk av rusmidler blant barn og unge. I arbeidet brukes varierte metoder som tar sikte på å påvirke elevenes holdninger og adferd.

Det forebyggende arbeidet for å hindre rusmiddelmisbruk skal være en del av et langsiktig, helhetlig og systematisk arbeid om problematferd som involverer hele skolen.

Utdanningsdirektoratet har utarbeidet en helhetlig plan for lærings- og oppvekstmiljøet 2002 – 2005: "Et trygt og stimulerende lærings- og oppvekstmiljø". Planen har følgende tre sentrale utgangspunkt for innsatsen:

- planmessig og systematisk innsats som sikrer alle et godt læringsmiljø
- forebyggende tiltak
- håndtering av særlige problemområder

Utdanningsdirektoratet arbeider med å videreføre den helhetlige strategien for lærings- og oppvekstmiljøet. Arbeidet med forebygging av rusmiddelmisbruk vil være en del av strategien.

Utdanningsdirektoratet har utarbeidet to hefter: "Alvorlige atferdsvansker - om forebygging og mestring i skolen". Heftene er veiledninger for skoleeier, skolens ledelse og for skolen og lærere i arbeid med barn som befinner seg i risikozonen, blant annet i forhold til rusmiddelmisbruk. I tilstandsrapport for 2003 rapporteres det om at en stor andel av de skolene som allerede har iverksatt tiltak, har iverksatt flere tiltak. Det gjelder tiltak for å redusere problematferd, håndtere antisosial atferd, styrke sosiale ferdigheter og utvikle sosial kompetanse. Skolene melder om at det er iverksatt en rekke tiltak i tråd med heftene. Disse tiltakene er i stor grad iverksatt før veiledningsmateriellet ble gjort tilgjengelig for skolene, men materiellet kan være en støtte i gjennomføring av tiltakene.

I 2004 har Utdanningsdirektoratet iverksatt to evalueringsoppdrag om atferdsprosjektene i Hamar, Stange og Vestby kommune for å få forskningsbasert kunnskap om hvordan veiledningsmateriellet er tatt i bruk i skolen. Hensikten med prosjektene er primært å redusere og forebygge atferdsproblemer i grunnskolen. For å klare dette er det et viktig mål å øke lærernes kompetanse i å analysere og håndtere atferdsproblemer i skolen.

Det er særlig viktig å involvere foreldrene og andre foresatte for å forebygge at barn og ungdom bruker narkotika. Politiet skal engasjere seg i ungdomsskolen ved å ha informasjonsmøter med elever, foreldre og lærere om rusmiddelmisbruk. I møtene skal det tverretatlige samarbeidet mellom politi, skole, barnevern, foreldre, samt de frivillige organisasjonene fremheves. Målet er å gi foreldrene en orientering om lokal narkotikasituasjon og hvordan de selv kan spille en aktiv rolle for å forebygge rusmiddelmisbruk.

I Norge har det vært benyttet undervisningsmaterieell som er utviklet av Sosial- og helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Flere aktører, blant andre MOT og Lions Quest, har utviklet skoleprogrammer som tar sikte på å forebygge og håndtere

problemadferd, herunder bruk av rusmidler. Av tiltak som har vært i skolene kan nevnes klasseromsundervisning med politi, sosialarbeidere og tidligere rusmiddelmissbrukere.

Felles for skoleprogrammene og tiltakene som settes i verk i skolene er at de først og fremst påvirker faktiske kunnskaper om alkohol og narkotika, mens det er vanskelig å finne noen effekt på adferd. Om lag 90 prosent av skolene benytter et eller flere skoleprogrammer. I tillegg kommer andre tiltak som skolene har benyttet for å forebygge alvorlige adferdsvansker og bidra til utvikling av sosialkompetanse.

Det er igangsatt et arbeid med å utvikle en kunnskapsplattform for rusmiddelundervisning i skolene (se 5.2.5).

Tiltak i regi av politiet

I St.prp. nr 1 (2004-2005) for Justisdepartementet går det frem at politiet, i samarbeid med andre offentlige etater og frivillige organisasjoner, skal prioritere det forebyggende arbeidet for å begrense bruk av narkotika. Det heter videre at det skal legges særlig vekt på tiltak for å redusere tilbud av narkotika, og tiltak for å styrke innsatsen for å redusere etterspørselen for å begrense rekrutteringen til brukermiljøene. Videre legger politiet vekt på forebyggende tiltak som skal hindre eksperimentering og tidlig debut med rusmidler. Forebygging av rusmiddelmissbruk er en sentral del av arbeidet for å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge. Samarbeidet mellom hjem og skole kan være avgjørende, likeså samarbeidet mellom skolen og politiet. Den enkelte lovbrøyer har krav på rettferdig og forutsigbar behandling fra samfunnet, uansett alder. Når den som bryter loven er mellom 15 og 18 år er det særskilte regler i straffeloven. Det har i lang tid vært behov for å utvikle både regler, gode rutiner og gode tiltak for å reagere på og begrense kriminelle handlinger begått av barn og unge under 18 år. Barn under 15 år kan etter 2003 ilegges oppholdsforbud på steder der politiet vurderer at det er høy risiko for at lovbrudd begås.

Justisdepartementet har revisjon av straffeloven under arbeid. En odelstingsproposisjon om dette (Ot.prp. nr. 90 (2003 – 2004) Om lov om straff) er utarbeidet og oversendt Stortinget for behandling. Lovgivning angående narkotikakriminalitet er inkludert i dette arbeidet. Odelstinget behandlet justiskomiteens Innst. O. nr. 72 (2004 - 2005) om straffeloven den 11. april 2005.

Videre har Justisdepartementet utarbeidet regler for politiets gjennomføring av bekymringsamtaler med barn og unge, spesielt med sikte på å involvere foreldre når det oppdages lovbrudd eller annen risikoatferd hos barn under 15 år. Politiets bekymringssamtale med ungdom som utviser atferd som erfaringsmessig medfører stor risiko for lovbrudd og negativ utvikling, er et viktig virkemiddel. Politiet etterforsker også lovbrudd som er begått av ungdommer under den kriminelle lavalder.

Det er viktig at de unge konfronteres med sine handlinger. I denne sammenheng brukes mekling som et viktig virkemiddel i for å ivareta interessene til barn og unge som er havnet i en vanskelig situasjon, og gi mulighet for å løse konflikter eller "gjøre opp" et feilgrep på en rask og konstruktiv måte. Det er også utviklet regler for bruk av ungdomskontrakter for unge over 15 år.

Tiltak i arbeidslivet

Arbeidsplassen er en annen sentral arena for forebygging av rusmiddelproblemer. Arbeidslivet er et godt eksempel på en rusmiddelfri sone som det er stor oppslutning om i Norge. I arbeidslivet vil det være mulig å oppdage voksne med moderate alkoholproblemer på et relativt tidlig tidspunkt, og vi vet at det er mulig, med relativt enkle virkemidler, å snu en uheldig utvikling.

Forebygging av rusmiddelproblemer på arbeidsplassen har tradisjonelt sett i stor grad vært i regi av AKAN, trepartssamarbeidet mellom staten, NHO og LO. AKAN har utviklet et informasjonsopplegg og en individuell rådgivningsmodell som er viktige verktøy for å forebygge og håndtere rusmiddelproblemer i tilknytning til arbeidsplassene.

Arbeidslivet har endret seg mye de seinere årene, både hva gjelder arbeidets art, form og innhold. Regjeringen anser at arbeidslivet fortsatt skal være en viktig arena for tidlig å identifisere og intervensjon overfor alkohol- og narkotikamisbruk. Metodene bør utvikles og tilpasses slik at de på en tilfredsstillende måte møter utfordringene til "det nye arbeidslivet".

Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har nylig foretatt en evaluering av AKAN. Den viser at AKAN som oftest griper inn først når et rusmiddelproblem er oppstått, og at modellen da fungerer bra. Når det gjelder forebygging og tidlig intervensjon overfor rusmiddelproblemer kan det i flg. evalueringen gjøres mer.

4.4. Rådgiving og behandling til rusmiddelmisbrukere og pårørende

På nettstedet rustiltak.no utarbeider SIRUS en årlig statistikk over ulike data samlet inn fra behandlings- og omsorgstiltak. Data som presenteres her er for 2003, 2002 og 2001. Alle registrerte tiltak får forespørsel om å rapportere. Det var i 2003 registrert i alt 208 ulike behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmisbrukere, hvorav 176 rapporterte. Dataene omfatter behandlings- og omsorgstiltak uavhengig av om de er fylkeskommunale eller har avtale med kommune eller fylkeskommune (før rusreformen). Med bakgrunn i rusreformen er datainnsamlingen i endring. Totalt antall brukere/pasienter i døgntiltak ble i 2003 rapportert til å være 18 408 mot 18 121 i 2002. Tiltakene hadde i alt 336 ulike avdelinger eller tilbud, 85 av disse var rene omsorgstilbud. Totalt antall plasser var i 2003 4 222 mot 3 869 i 2002 og 3 600 i 2001.

Den største gruppen i disse tiltakene (43 prosent) var i alderen 25-40 år. Kjønnfordelingen var ca 65 prosent menn og 35 prosent kvinner. Det var en økning i andelen kvinner sammenlignet med tidligere år (30 prosent i 2002 og 31 prosent i 2001). 47 prosent av tiltakene hadde hovedsakelig brukere/pasienter med narkotikamisbruk, 20 prosent hadde brukere/pasienter med hovedsakelig alkoholmisbruk og 32 prosent hadde omtrent like mange med alkohol- som med narkotikamisbruk.

4.4.1. Råd og veiledning

Sosialtjenesten i kommunene har ansvar for å gi råd, veiledning og hjelp slik at den enkelte kan komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Det skal også gis råd, veiledning og hjelp til vedkommendes familie. Fastlegene har likeledes et viktig ansvar for å forebygge, identifisere og behandle misbruk av rusmidler.

I tillegg er det etablert flere ulike rådgivningstelefoner og nettsteder, som eksempel rustelefonen.no, motstoff.no, (pårørende av rusmiddelmisbrukere) dopingtelefonen.no, hjelpelinjen.no (spilleproblemer), klaraklok.no (informasjon til ungdom), mentalhelse.no og kirkens-sos.no.

4.4.2. Oppsøkende arbeid

Oppsøkende barne- og ungdomsarbeid oppsto i Norge i 1969 med Uteseksjonen i Oslo. Målet var å få kontakt med unge i risikosituasjoner på et tidligst mulig tidspunkt og formidle alternative beskjeftigelses- eller hjelpetilbud til dem. Siden den gang har en rekke kommuner etablert utekontakter. De varierer med hensyn til målgrupper. Noen har fokus på forebyggende barne- og ungdomsarbeid, andre på yngre og/eller eldre rusmiddelmisbrukere. Det er også opprettet oppsøkende enheter som i større grad skal avdekke nødssituasjoner, videreformidle til hjelpetil-

bud og følge opp ved fare for overdoser. Disse tjenestene foretar også hjemmebesøk og tilbyr transport hjem eller til avrusningsstasjoner. Oppsøkende ungdomsarbeid er en viktig metode i arbeidet for å nå risikogrupper.

4.4.3. Behandling uten bruk av legemidler

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Medikamentfri behandling er den mest brukte behandlingstilnærmingen i Norge. Behandlingen varierer fra psykoterapeutiske metoder til enklere og mer ideologisk baserte tilnærminger, for eksempel basert på kristne grunnprinsipper, eller på en kombinasjon av disse. Behandlingen retter seg mot både alkohol- og narkotikamisbruk. Etter at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk ble en del av spesialisthelsetjenesten, er det lagt til rette for en bedre samordning av den samlede spesialisthelsetjenestens tjenester overfor rusmiddelmisbrukere, i særlig grad tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dette er også omtalt i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene i 2005.

I St. prp. nr. 1 (2004-2005) for Helse- og omsorgsdepartementet er det under kap. 732 – Regionale helseforetak – presisert at de regionale helseforetakene skal prioritere oppfølgingen av rusreformen.

4.4.4. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering for narkotikamisbrukere ble etablert som et landsdekkende tilbud i 1998. Behandlingsformen, slik den er regulert i Norge, forutsetter et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten¹³. Innsøkingen til behandlingen har vært langt høyere enn først beregnet, og kapasiteten har vært under betydelig press både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (LAR-sentrene) (se også 5.3.1).

4.4.5. Rus og psykiske lidelser

Sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er godt dokumentert. Rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser er i en særlig vanskelig situasjon og har behov for helhetlige og koordinerte hjelpetiltak fra flere instanser og nivå. Det polikliniske psykiatriske tilbudet består av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, sosialmedisinske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker gir tilbud til barn og unge under 18 år. Det er omlag 70 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og 100 voksenpsykiatriske poliklinikker i hele landet. Enkelte voksenpsykiatriske har tilsatt personell som spesielt arbeider med rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser.

Psykiatriske ungdomsteam arbeider særskilt med ungdom og unge voksne mellom 15 og 30 år som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det er 34 psykiatriske ungdomsteam i landet. En målsetning er at hjelpetilbudet til denne gruppen skal styrkes gjennom rusreformen, ved at behandling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser begge er en del av spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Utvikling av tiltak for denne gruppen vil videre skje som en del av "Opptappingsplanen for psykisk helse". Det er blant annet behov for kompetansehevende tiltak, både innen rusmiddelbehandling og psykisk helsevern. Gjennom opptappingsplanen er det gjennomført regionale utdanningsprogram for økt kompetanse på kombinasjonen rus og psykiske lidelser. Tilskudd til etter- og videreutdanning på dette feltet videreføres.

13 Rundskrivene I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003

4.4.6. Behandling av innsatte og domfelte med rusmiddelproblemer

Til enhver tid er det om lag 1800 rusmiddelmisbrukere i fengsel. Den landsomfattende undersøkelsen "Levekår blant innsatte" (2004) dokumenterer at 60 prosent av de som settes i fengsel har et rusproblem¹⁴. Hovedtyngden av disse brukte opiater eller sentralstimulerende midler nesten daglig før innsettelsen. De fleste innsatte rusmiddelmisbrukere har en kronisk sykdom og mange har psykiske lidelser. Et flertall av "gjengangerne" i fengsel er rusmiddelmisbrukere. Undersøkelsen dokumenterer den sterke sammenhengen mellom narkotikamisbruk og kriminalitet og synliggjør behovet for å styrke rehabiliteringen av innsatte rusmiddelmisbrukere. Andelen innsatte som sitter i fengsel for brudd på narkotikalovgivningen har vært økende. I 2001 var om lag 30 prosent av de som til enhver tid sitter i norske fengsler dømt for ulike typer narkotikalovbrudd. Utover dette er en del domfelte dømt for narkotikarelaterte forbrytelser som har direkte sammenheng med rusmiddelmisbruk, for eksempel tyveri og vinningskriminalitet begått for å finansiere stoffmisbruk. Dette fanges ikke opp av statistikken.

Kriminalomsorgen har i flere år tilbudt soningsopplegg spesielt rettet mot innsatte med rusmiddelproblemer. Det tilbys ulike programmer som tar opp forhold knyttet til den domfeltes rusmiddelproblem. I de senere årene er det gjennomført canadiske rusmestringsprogram i en del fengsler, kalt "Rusprogram i fengsel" (RIF). Disse blir fulgt opp i friomsorgen, blant annet med programmet "Mitt valg", hvor målet er å redusere tilbakefall.

Domfelte har rett til spesialisthelsetjenester på linje med andre. Soning etter § 12 i straffegjennomføringsloven er et viktig tilbud for innsatte med behov for opphold i behandlings- eller omsorgsinstitusjon. I 2004 ble det gjennomført 28 537 døgn i § 12 straffegjennomføring, mot 34 402 i 2003 og 35 397 i 2002. Nedgangen skyldes for en stor del at de tidligere hybelhusene i friomsorgen, som i hovedsak var § 12- institusjoner, ble omgjort til fengsel med lavere sikkerhetsnivå. Tallene gjelder både rehabilitering i rusbehandlingsinstitusjon og andre institusjoner, men en stor andel av disse innsatte er rusmiddelmisbrukere. Justisdepartementet ønsker å øke antallet § 12 straffegjennomføringsdøgn for rusmiddelmisbrukere, særlig i institusjoner under de regionale helseforetakene. Dette må skje i nær dialog mellom kriminalomsorgen og helse- og sosialtjenesten, (se 5.3.9).

4.4.7. Kommunenes oppfølging av rusmiddelmisbrukere

Kommunene har ansvaret for å følge opp rusmiddelmisbrukere både før, under og etter behandling. Tiden etter behandling er en kritisk fase for mange rusmiddelmisbrukere. Sosialtjenesten i kommunene skal sikre en god inkludering av rusmiddelmisbrukere i ordinære samfunnsaktiviteter. Dette innebærer blant annet å forhindre at sosial angst, ensomhet, vanskeligheter med etablering av rusfrie nettverk og innpass på arbeids- og boligmarkedet skal begrense motivasjonen for og muligheten til vellykket rehabilitering. Her skal vitale faktorer som bolig, nødvendig bistand i bolig, helsehjelp, arbeid/skolegang og en meningsfull fritid falle på plass.

Rusmiddelmisbrukere har ofte vanskelig for å nyttiggjøre seg generelle støtte- og bistandsordninger. Dette krever et utstrakt samarbeid mellom ulike instanser i kommunen og mellom kommunen og frivillige bidragsyttere. I noen tilfeller vil også kontakten med spesialisthelsetjenesten måtte opprettholdes. Individuelle planer er et viktig redskap for at kommunene skal lykkes i dette arbeidet.

Helsetilsynet foretok i 2004 et landsomfattende tilsyn med hvordan kommunene gir rusmiddelmisbrukere råd og veiledning, støttetiltak og midlertidig husvære, samt oppfølging under og etter behandling i institusjon. Rapportene fra tilsynene foreligger nå og peker på at rusmiddel-

14 FAFO (2004) "Levekår blant innsatte".

misbrukere i mange kommuner ikke får de sosiale tjenester de har behov for og rett til, og at oppfølging av rusmiddelmisbrukere som er under behandling også er mangelfull i flere kommuner. Statlige myndigheter er opptatt av å bedre kvaliteten i tjenestene til rusmiddelmisbrukere. Sosial- og helsedirektoratet igangsatte derfor i 2003, et arbeid med å utvikle en nasjonal nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten til rusmiddelmisbrukere. Rapporten fra arbeidsgruppen som har utarbeidet forslag til denne strategien ble oversendt helse- og omsorgsdepartementet i februar 2005 (se 5.3.4).

5. RUSMIDDELPOLITIKKEN I 2004

5.1 Handlingsplan mot Rusmiddelproblemer (2003-2005)

Handlingsplanen er Regjeringens policydokument for et langsiktig og målrettet arbeid for å redusere rusmiddelproblemene. Den tydeliggjør Regjeringens mål for rusmiddelpolitikken. Visjonen er frihet fra rusmiddelproblemer. Overordnet mål er å oppnå en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk. Dette gjelder både på individ og på samfunnsnivå. Handlingsplanen er en plan for hele rusmiddelfeltet. Den omhandler både forebygging og behandling av alkohol- og narkotikaproblemer, samt omsorg og skadereduksjon. I tillegg utdyper planen hvilke tiltak Regjeringen mener det er spesielt viktig å satse på for å nå de ulike målene. Planen legger således grunnlaget for en helhetlig rusmiddelpolitikk.

Planen er i 2005 inne i sitt siste år, og det har derfor vært viktig å foreta en vurdering av sterke og svake sider ved den rusmiddelpolitiske innsatsen i handlingsplanperioden til nå. Regjeringen har bestemt at det skal utarbeides en ny handlingsplan mot rusmiddelproblemer for perioden 2006-2008. Målet om en betydelig reduksjon av de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk må fastholdes, samtidig som vi må justere virkemidler og prioriteringer dersom endringer i misbrukssituasjonen tilsier det. Arbeidet med den nye handlingsplanen skjer i samarbeid med de mest berørte departementene. Regjeringen vil legge den fram om kort tid.

5.1.1. Oppfølging av handlingsplanen

Arbeids- og sosialdepartementet har det overordnede ansvaret for å følge opp handlingsplanen. Flere aktører har imidlertid ansvar for å påse at tiltakene iverksettes og gjennomføres innenfor sine områder og på sitt forvaltningsnivå.

En sentral dimensjon i handlingsplanen har vært å få til et mer systematisk samarbeid om utformingen av rusmiddelpolitikken på departementsnivå. Oppfølgingen har derfor vært forankret i en interdepartemental arbeidsgruppe. Dette samarbeidet er også videreført i utarbeidelsen av ny handlingsplan. Handlingsplanen er tiltaksorientert og beskriver hvilke tiltak som anses å være gode virkemidler for å nå politiske mål. Det gis i denne statusrapporten en oversikt over status og fremdrift for aktuelle tiltak og prosjekter. Handlingsplanen legger videre vekt på at det skal sikres gode analyser av virkningene av politikken. Regjeringens politikk skal være basert på kunnskap, og forskning skal ligge til grunn for kunnskapsutviklingen. I valget mellom ulike helse- og sosialpolitiske virkemidler skal de som virker og som gir best resultater prioriteres. Det oppstår derfor et behov for å analysere effekten av tiltakene. For alle nye tiltak og prosjekter som er startet opp i perioden er det derfor stilt et særskilt krav om evaluering.

5.1.2. Ekspertgrupper for alkohol- og narkotikaspørsmål

Regjeringen ønsker fortløpende råd om konkrete rusmiddelpolitiske utfordringer. I forbindelse med handlingsplanen ble det derfor opprettet to ekspertgrupper for henholdsvis alkohol- og narkotikaspørsmål. Gruppene ble sammensatt ut i fra et ønske om bred representasjon fra eksperter på ulike områder på rusmiddelfeltet. I gruppene sitter derfor både tidligere rusmiddelmisbrukere, representanter for pårørende, kommuner og behandlingsinstitusjoner, kompetansesenter, forskningsmiljøer, frivillige organisasjoner og politiet.

Gruppene skal, i tillegg til å gi Regjeringen råd om konkrete rusmiddelpolitiske utfordringer, evaluere tiltak, foreslå nye og stimulere til kunnskapsutvikling. Ekspertgruppene har hatt tre møter i 2004 og to så langt i 2005. På ett av møtene deltok daværende sosialminister og helseminister. I tillegg har lederne av gruppene hatt ett møte med arbeids- og sosialministeren der de la frem sine innspill og råd om konkrete rusmiddelpolitiske problemstillinger. Daværende sosialminister og helseminister ba ekspertgruppene om å komme med råd knyttet til oppfølgingen av rusreformen, både på spesialisthelsetjenestenivå og når det gjelder den kommunale helse- og sosialsektoren. Gruppene peker på at det synes å være store regionale forskjeller både når det gjelder organisering, retningslinjer og prioriteringer mellom helseforetakene, og at dette utfordrer prinsippet om like pasientrettigheter og likeverdige tilbud for alle. Videre mener gruppene at det bør satses mer på individuell plan og ansvarsgrupper for å sikre integreringen av rusmiddelmissbrukere i lokalsamfunnet.

Ekspertgruppene har i tillegg jobbet med utgangspunkt i forebygging og forskning, hvor de blant flere ting peker på behovet for en helhetlig gjennomgang av rusmiddelfeltet med tanke på en rolleavklaring som ivaretar en funksjonell arbeidsfordeling og en mer effektiv samordning av tiltak. De fremhever videre behovet for at det satses mer på forskning på rusmiddelfeltet, for eksempel ved at det etableres et nytt program for rusmiddelforskning under Norsk forskningsråd (NFR). Arbeids- og sosialministeren ba ekspertgruppene om å bidra med innspill til ny handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Innspillet ble lagt frem på ASDs erfaringskonferanse om Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 som fant sted 2. mars 2005. Her vektla ekspertgruppene at det i neste handlingsplan bør fokuseres mer på voksenrollen og på rusmiddelproblemer i arbeidslivet.

5.2. Mer effektiv forebygging

Til tross for mange igangsatte forebyggingstiltak øker alkoholforbruket og antall ungdommer som har forsøkt narkotiske stoffer er fortsatt på et høyt nivå. Dette bekrefter at effektiv forebygging er vanskelig, og at mange utenforliggende faktorer påvirker bruken av rusmidler. Det er derfor stadig behov for utvikling og utprøving av nye metoder i forebyggingsarbeidet. Virkemidlene som brukes skal være kunnskapsbaserte, og på en kostnadseffektiv måte bidra til å oppnå målene. Det blir viktig å sikre at alle tiltak som gjennomføres av det offentlige eller med offentlig støtte, innfrir gitte kvalitetskriterier. Dette fordrer blant annet at tiltakene evalueres på en måte som gjør at man får klarlagt tiltakenes virkning, både på kort og lang sikt. Klare, felles kriterier skal legges til grunn for evalueringen, herunder en felles oppfatning av hva som er god forebygging. Tiltak som er effektive skal prioriteres fremfor de som ikke er det.

5.2.1. Revisjon av alkoholloven og alkoholovens forskrifter

Arbeids- og sosialdepartementet har revidert alkoholloven og forskriftene til denne, for å sikre at den fortsatt fungerer som et effektivt alkoholpolitisk redskap. Forslag til endringer i alkoholloven ble lagt frem for Stortinget i Ot.prp. nr. 86 (2003-2004). Et bredt flertall i Stortinget sluttet seg til forslagene, se endringslov 17. desember 2004 nr. 86. Arbeids- og sosialdepartementet sendte forslag til forskriftsendringer på høring 1. mars, og endringene trådte i kraft 1. juli 2005.

Flere av endringene vil bidra til å gi kommunene større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid ut fra en vurdering av lokale forhold og behov. Det er også foretatt endringer som vil legge bedre til rette for interkommunalt samarbeid i forvaltningen av alkoholloven. En rekke av endringene vil kunne bedre kommunenes mulighet for å føre effektiv kontroll med at salg og skjenking av alkoholholdig drikk skjer i samsvar med alkoholovens krav.

I flere kommuner har det vært utført vellykkede felles kontroller for flere etater. For eksempel har Oslo kommune i 2004 deltatt i samarbeidet om "Forebyggende Økonomisk Kontroll" (SØK) i restaurantbransjen, et prøveprosjekt igangsatt av Justisdepartementet. Prosjektets deltakere er Næringsetaten, Oslo kemnerkontor, Oslo fylkesskattekontor, Oslo ligningskontor, Oslo og Akershus Tollvesen og Oslo politidistrikt. Innrapporteringene fra SØK-gruppa i 2004 har medført tre inndragninger av skjenkebevilling ut perioden og to tilfeller hvor søker har trukket søknaden som følge av innrapporteringene. En av utfordringene ved slike fellesaksjoner har vært at de ulike etatene ikke har hatt tilgang på samme opplysninger. I forbindelse med alkohollovrevisjonen er det derfor vedtatt at bevillingsmyndighetens kontrolladgang i forhold til utøvelsen av salgs- og skjenkebevillinger utvides til å omfatte tilgang til virksomhetens lokaler og regnskaper og utlevering av vareprøver. Dette vil styrke effektiviteten ved slike kontroller.

Sosial- og helsedirektoratet vil i løpet av kort tid revidere veilederen for kommunal alkoholpolitisk handlingsplan, slik at denne er i tråd med endringene i lovverket.

5.2.2. Håndhevingen av alkohollovens reklameforbud

Fra 1. juli 2003 er det innført en ordning med administrativ reaksjon ved brudd på forbudet for reklame for alkoholholdig drikk. Formålet med ordningen er å gi adgang til å bruke mer effektive sanksjoner for å stanse ulovlig reklame for alkoholholdig drikk. Ved eventuelle overtredelser kan Sosial- og helsedirektoratet pålegge retting av forholdet innen en bestemt frist. Samtidig kan de fastsette tvangsmulkt som vil løpe dersom rettingsfristen oversittes. Tvangsmulkt kan under særlige omstendigheter fastsettes for eventuelle fremtidige overtredelser av reklamebestemmelsene. Vedtak om retting og tvangsmulkt kan påklages til Markedsrådet.

Siden ordningen ble innført, har Sosial- og helsedirektoratet behandlet fire saker hvor det ble sendt ut forhåndsvarsel om vedtak om retting og tvangsmulkt, hvorefter adressaten rettet et påbegynt ulovlig forhold (tre saker) eller ikke påbegynte et planlagt ulovlig forhold (en sak). I tillegg kommer en sak hvor det ble fattet vedtak om retting/tvangsmulkt som siden ble omgjort av Sosial- og helsedirektoratet. Sosial- og helsedirektoratet har fattet vedtak om retting og tvangsmulkt i åtte saker. Alle vedtakene ble klaget inn for Markedsrådet. Av ovennevnte saker ble fire påbegynt i 2003, resten i 2004.

Sosial- og helsedirektoratet opplyser at den nye sanksjonsordningen fungerer godt. Etter direktoratets oppfatning har ordningen stor preventiv virkning, spesielt i forhold til planlagte eller nylig påbegynte ulovlige forhold som skrinlegges etter at direktoratet orienterer om sanksjonsmidlene. Direktoratet opplyser at de aller fleste velger å avstå eller avbryte det planlagte eller påbegynte ulovlige forholdet etter at de har blitt kontaktet og orientert om direktoratets tolkning og mulige sanksjonsmuligheter.

Tallene ovenfor viser at de saker som ikke avgjøres før vedtak fattes, også innklages for Markedsrådet. Markedsrådet har nå fattet vedtak i fire saker, og det er fortsatt noe tidlig å trekke konklusjoner med hensyn til erfaringene med klageordningen. Den foreløpige vurderingen er likevel at ordningen som sådan bidrar til å avklare rettstilstanden, dvs. reklameforbudets rekkevidde. Markedsrådets to vedtak av 21. juni 2005 bidrar til å klargjøre grensene for såkalt indirekte reklame, i disse tilfellene reklame hvor det benyttes navn og liknende som assosieres med alkoholholdig drikk. I vedtak av 22. juni 2005 slår Markedsrådet fast at det norske reklameforbudet ikke er i strid med Norges forpliktelser etter EØS-avtalen.

5.2.3. Regionprosjektet

Som ledd i handlingsplanen deltar ni kommuner (Haugesund, Larvik, Nesodden, Narvik, Os i Hordaland, Herøy, Hareid, Ulstein og Sande i Møre og Romsdal) i et pilotprosjekt som tar sikte på å utvikle mer målrettede og samordnende forebyggende innsatser på kommunalt nivå. Det er en overordnet målsetning at prosjektet skal føre til redusert omfang og skader av rusmiddel-misbruk. Et viktig delmål er å heve debutalderen for alkohol. Prosjektet styres av Sosial- og helsedirektoratet, i tett samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Sosial- og helsedirektoratet har utviklet en oversikt over anbefalte tiltak og intervensjoner (se forebygging.no). Kommunene skal, på bakgrunn av en lokal kartlegging og andre lokale tilpasninger, iverksette tiltak fra denne oversikten. Kommunene på sin side har kartlagt behov og konkretisert innsatsområdene i egne handlingsplaner. Handlingsplanene er politisk behandlet og tilpasset kommunenes øvrige rusforebyggende arbeid. Kommunene har differensierte behov og intervensjonene som er igangsatt varierer derfor fra kommune til kommune. Samordningen omfatter følgende arenaer og tiltaksområder; kartlegginger, familieintervensjoner, skoleprogrammer, tidlig intervensjon, risikoutsatte grupper, frivillige organisasjoner, tverretattlig samarbeid, sviktsoneproblematikk, arbeidsliv og rus og salgs- og skjenkebransjen. Gjennom et tett samarbeid mellom kompetansesenter og kommune skal prosjektet øke den lokale kunnskapen om rus. Opplæringsseminarer, motivasjonssamlinger og samlinger for lokale prosjektkoordinatorer bidrar i betydelig grad til økt interkommunalt samarbeid mellom pilotkommunene. Det er i tillegg etablert et felles nordisk samarbeid på området lokalt rusforebyggingsarbeid. Samarbeidet bidrar til at erfaringer med tiltak og prosjekter utveksles mellom våre nordiske naboland. Regionprosjektet startet opp høsten 2003 og skal avsluttes høsten 2006. Det er derfor for tidlig å knytte konkrete effekter til de igangsatte tiltakene. Pilotkommunene sitter dog på verdifulle erfaringer som andre kommuner kan nyttiggjøre seg av.

Prosjektet evalueres av SIRUS. Evalueringen består av en prosess- og en effektevaluering. Endelig evalueringsrapport vil foreligge våren 2007. På bakgrunn av evalueringene vil det vurderes om det er ønskelig og hensiktsmessig å videreføre modelltenkningen i regionprosjektet også i andre kommuner. Evalueringsmetoder og design er beskrevet på SIRUS hjemmesider. Regionprosjektet har også opprettet egen hjemmeside med oppdatert informasjon over utviklingen i de enkelte kommunene, forebygging.no. Det er bevilget 8 millioner kroner årlig over en tre-årsperiode til prosjektet.

5.2.4. Holdningskampanje mot alkohol

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i 2004, på oppdrag fra det daværende Sosialdepartementet, en holdningskampanje mot alkohol. Målet med kampanjen var å styrke bevisstheten om alkoholskader, øke kunnskapene om effektive virkemidler samt øke kunnskapene om alkoholkultur og drikkemønstre. Kampanjen pågikk i mediene i perioden oktober til november 2004, men aktivt informasjonsarbeid bidro til mye debatt om alkohol i mediene også før kampanjen ble lansert. I tillegg har kampanjen en egen nettside, settegrenser.no som også er aktiv i 2005. På nettsiden ligger interaktive filmer og informasjon om blant annet ungdom og alkohol. Kampanjen er evaluert av SIRUS/ Universitet i Oslo.

Evalueringen tyder på at kampanjen ser ut til å ha bidratt til noe økt forståelse for alkoholpolitiske virkemidler, blant annet for at høye priser på alkohol er med på å begrense alkoholskadene. Det var også noe økt støtte til å begrense tilgjengeligheten av alkohol i løpet av kampanjeperioden. Resultatene tyder videre på at fokuset på foreldres betydning som rollemodeller og grensetter bidro til at flere ble mer tilbakeholdne med å drikke mens barna var til stede, og at de sjeldnere sendte alkohol med egne barn på fest. Dette tyder på at kampanjen nådde fram til folk. Evalueringen viser imidlertid også at bare en av fem hadde lagt merke til annonsene som skulle plassere temaet foreldre, ungdom og alkohol på dagsorden, og bare en prosent hadde besøkt internettsidene. For eventuelle fremtidige kampanjer peker evalueringen på betydningen

av en betydelig eksponering av budskapet i flere mediekanaler og over lang tid. Det anbefales videre en smalere målgruppe, og det pekes i den sammenheng på at målgruppen tenåringsforeldre synes å utgjøre et uutnyttet potensial. I tillegg bør antall råd begrenses og budskapet tydeliggjøres samtidig som det gis spesifikke anvisninger for hvordan målene med kampanjen skal nås. Medieovervåkningsbyrået Observer fulgte informasjonsarbeidet rundt kampanjen og sett på hvilken respons kampanjen fikk i mediene. Observerrapportene viser at kampanjens informasjonsarbeid satte skadevirkningene av alkohol på dagsordenen i forkant av TV-kampanjen, og at kampanjen medførte et solid medietrykk i den uka den ble lansert. Riksmediene spiller en viktig rolle som oppmerksomhetsvekker, mens etermediene sørger for bred profilering. Sosial- og helsedirektoratet klarte å holde trykket på foreldrenes rolle gjennom hele kampanjeperioden.

Arbeidet med å forberede en ny kampanje i 2005 er i gang. Det er bevilget 10 millioner kroner til denne kampanjen.

5.2.5. Kunnskapsplattform for rusmiddelundervisning i skolen

Skolen er en sentral arena for forebygging av rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedirektoratet startet i 2003 et arbeid med å utvikle en kunnskapsplattform for rusmiddelundervisning i skolen.

Bakgrunnen var at det eksisterer mange aktører og mange ulike tiltak på feltet, og effekten av tiltakene var varierende. Dette har ført til en uoversiktlig situasjon for lærerne og skolene, i tillegg til at det gir et usikkert resultat med hensyn til forebyggingseffekten.

Kunnskapsplattformen skal gi norske skoler hjelp til å gjennomføre rusmiddelforebygging som er i samsvar med forskningsbasert kunnskap om virksom forebygging innen 2008. Grad av måloppnåelse skal også vurderes i 2008.

Kunnskapsplattformen vil gi anbefalinger om bruk av effektive strategier og tiltak, samt hvordan disse best mulig kan implementeres. Utviklingen av kunnskapsplattformen skjer i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og er planlagt å være ferdig i 2006.

En del generelle anbefalinger om rusmiddelforebyggende arbeid i skolen er det mulig å identifisere allerede nå.¹⁵ Som en hovedregel bør tiltakene planlegges og organiseres innenfor barn og unges normale oppvekst- og læringsmiljøer. Forskning viser at rene informasjonsbaserte, alternative og opplevelsesbaserte fremgangsmåter ikke alene kan dokumentere forebyggende effekt. Sosiale påvirkningsmodeller, interaksjonsmodeller og sosial-kognitive strategier kan imidlertid vise til positive evalueringsresultater. Det er dokumentert at slike tilnærminger kan påvirke faktorer som har stor betydning for rusmiddelbruk blant barn og unge. De viktigste er verdier, sosiale normer, personlige forpliktelser og mestrings- og resultatforventninger. Forskningsresultatene viser også at relasjonelle variabler bør være i fokus. Videre er multisentrerte og multisystemiske modeller, dvs. modeller som benytter seg av flere strategier og som foregår på flere arenaer samtidig, de mest lovende tilnærmingene når det gjelder å oppnå effekter av det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Det er derfor sentralt at det forebyggende arbeidet i skolen ses i sammenheng med innsatser som gjøres på flere arenaer i kommunen samtidig.

15 Schancke, V (2003) Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis. En kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger. Nord-Norsk kompetansesenter

I et livsløpsperspektiv er det viktig at tiltak iverksettes tidlig. Tiltakene har størst potensiell virkning dersom de iverksettes før det observeres problematferd eller et antisosialt atferdsmønster. Det bør videre tilstrebes at man tenker bredde og helhet når man går i gang med å iverksette tiltakene. Tiltak må utformes og tilpasses den aktuelle målgruppen, og bør rettes mot kontekstuell endring heller enn mot individuell endring. Intensive tiltak og personsentrert planlegging av tiltak synes å være sentrale faktorer i effektivt arbeid med særlig risikoutsatte barn. Mye taler for at interaktive læringsopplegg med ressursorientert tilnærming er den mest lovende innretningen på programmer og tiltak. Når man skal planlegge undervisningen, ser det ut til å være viktigere å ha fokus på korttidseffekter ved bruk av rusmidler, f.eks. tap av kontroll, ulykker, økt risiko for vold og overgrep, enn langsiktige, negative helsekonsekvenser. Faktaundervisning alene, "skremselspropaganda" og stoffsentrerte tilnærminger gir liten, ingen eller negativ effekt. Det bør også unngås å etablere eller foreta radikale "forbedringer" av tiltak, metoder og strategier som er påvist eller som viser seg å ha små, ingen eller skadelige virkninger.

Organiseringen av en helhetlig strategi i skolen er en viktig faktor ved gjennomføringen, og det er viktig at det etableres klare retningslinjer og sanksjoner knyttet til bruk av rusmidler, mobbing og annen antisosial atferd på skolens område. Tiltak som benyttes bør utformes med kritisk fokus på hvilke rammer som vil være realistiske. Det er blant annet viktig at det arbeides ut fra et langsiktig perspektiv og at kontinuitet i arbeidet etterstrebes.

5.2.6. Nasjonal strategi for tidlig intervensjon

Sosial- og helsedirektoratet fikk gjennom handlingsplan mot rusmiddelproblemer ansvaret for å utarbeide et felles program for forebygging og tidlig intervensjon. Endringene på rusmiddelfeltet de senere årene viser at det er svært viktig å fange opp utviklingen mot et høyt rusmiddelforbruk tidlig, overfor den enkelte, i ulike kulturer i arbeidslivet og på ulike utdanningsinstitusjoner. Programmet skal basere seg på erfaringer fra blant annet Rogalandsforsknings forskningsprosjekt om rus og arbeidsliv og Borgestadklinikken rapport om "Primærhelsetjenestens oppgaver i rusmiddelbehandling og forebyggende rusmiddelarbeid". Jo tidligere rusmiddelproblemer avdekkes, jo større sjanse er det for at vi lykkes med å forhindre at misbruket utvikler og befester seg. Det er et uttrykt mål i handlingsplanen å heve kompetansen blant fagpersoner for tidlig å kunne oppdage rusmiddelproblemer og for tidlig å kunne iverksette intervensjoner.

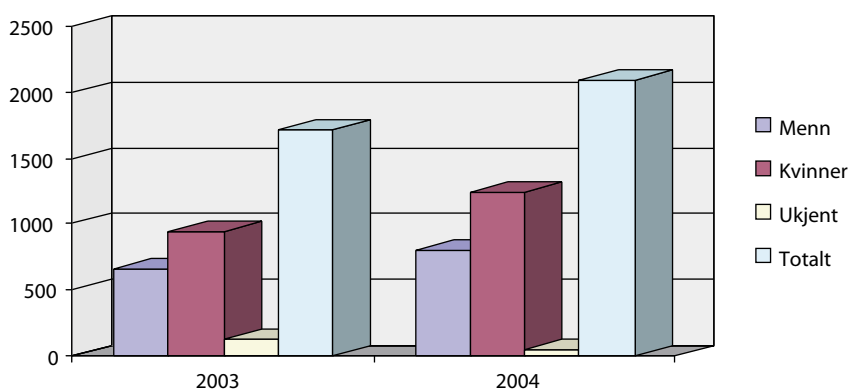
Sosial- og helsedirektoratet skal sammen med kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål utvikle en nasjonal strategi for tidlig intervensjon mot rusmiddelmisbruk. En slik strategi vil ligge tett opp til sekundær- eller selektiv forebygging, men der forebygging er målrettet mot risikogrupper *før* rusmiddelproblem oppstår, vil tidlig intervensjon basere seg på å intervenere i forhold til et opplevd eller observert rusmiddelproblem.

5.2.7. RUStelefonen 08588

RUStelefonen er et tilbud til de som ønsker faktainformasjon og råd om rusmidler og rusmiddelmisbruk, samt råd om behandling av rusmiddelmisbruk. Telefonen har oversikt over behandlingsapparatet, og gir råd og veiledning gjennom "den profesjonelle samtale". Hovedmålgruppen er ungdom som eksperimenterer med rusmidler og deres pårørende. De som ringer inn kan være anonyme og betaler kun lokaltakst uansett hvor i landet han eller hun ringer fra. Tilbudet består av en telefontjeneste med nummer 08588 og en nettside rustelefonen.no. RUStelefonen betjenes fra klokken 13-21 alle dager, og drives av erfarne fagfolk i Uteseksjonen i Rusmiddeletaten Oslo kommune. Tabellen under viser at antall henvendelser i 2003 var 1717, mens dette var steget til 2086 i 2004.

Figur 17. Antall henvendelser til rustelefonen i henholdsvis 2003 og 2004.

Kilde: Rusmiddeletaten i Oslo kommune



RUStelefonen ble evaluert av Universitetet i Oslo våren 2004. Evalueringen omfatter blant annet en beskrivelse av tjenesten, vurdering av måloppnåelse, tilfredshet blant brukerne, samt befolkningens og målgruppens kjennskap til tjenesten¹⁶.

Evalueringen viser at 41 prosent av innringerne var menn, mens 59 prosent var kvinner. Videre var en fjerdedel fra Oslo, mens bare 5 prosent var fra Nord-Norge. Pårørende sto for 36 prosent av henvendelsene, mens bare 18 prosent falt inn under kategorien "ungdom- rusmiddelmisbruker". 4 prosent av samtalene ble betegnet som støtte- og veiledningssamtaler for ungdom. Evalueringen konkluderer med at innringerne var fornøyd med samtalen med RUStelefonens veiledere. De som søkte veiledning var mest fornøyd, mens de som søkte faktainformasjon var mindre fornøyd. En markedsundersøkelse foretatt av MMI viste at 58 prosent i befolkningen hadde kjennskap til RUStelefonen, mens bare 10 prosent ville kontaktet en hjelpetelefon dersom de selv hadde mistanke om at en de var glad i eksperimenterte med rus. 59 prosent mente at det var svært viktig å ha et tilbud på internett, mens 71 prosent svarte at det var svært viktig å ha et telefontilbud.

RUStelefonen er et tre-årig prosjekt og har pågått i perioden 2003-2005. I løpet av 2005 vil Sosial- og helsedirektoratet vurdere videreføring og eventuelle endringer i driften.

5.2.8. Tiltak for å redusere omsetning og bruk av alkohol og narkotika

Justisdepartementet har styrket arbeidet mot hvitvasking av penger, herunder i forbindelse med narkotikaomsetning, gjennom engasjement av spesialråd Eva Joly og prosjektet som ledes av henne. Prosjektet varer ut 2005. Gjennom dette prosjektet har også det internasjonale arbeidet mot økonomisk, organisert kriminalitet, herunder narkotikarelatert kriminalitet, blitt styrket.

Politiet har likeledes styrket innsatsen mot etterretning og avdekking av narkotikakriminalitetens bakmenn. Det er gjort mange store beslag av narkotika i 2004.

¹⁶ Evalueringsrapport RUStelefonen, Humanistsikk prosjektsemester, UiO våren 2004.

For å følge pengestrømmene og utbytte av narkotikakriminalitet utvikles samarbeidet med Økokrim. Det tas sikte på å følge pengespor og angripe utbyttet av narkotikarelatert organisert kriminalitet. Kompetansen styrkes i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet. Videre bidrar prosjektet til å samordne etterforskning av annen alvorlig kriminalitet og narkotikakriminalitet. Denne samordningen er i praksis styrket med omorganiseringen av Rådet for organisert kriminalitet (ROK), og med opprettelsen av spesialenheten Catch som er overført til Nye Kripas fra 1. januar 2005.

Politiet har overvåket det narkotikabelastede miljøet i Oslo sentrum ("Plata") der det var stor omsetning av narkotika. Området framsto etter hvert som et åpent salgs- og omsetningssted for narkotikamisbrukere. Politiet aksjonerte i juni 2004, i samarbeid med Oslo kommune, mot miljøet på "Plata" for å hindre at det skulle framstå som et "fast" tilholdssted for salg og kjøp av narkotika.

Politiet gjennomfører promillekontroller av småbåtførere, særlig i sommerhalvåret. I Ot.prp. nr. 59 (2003 – 2004) Om endringer i straffeloven, straffeprosessloven og sjøloven mv. la Regjeringen fram forslag om en fast promillegrense på 0,2 o/oo til sjøs for mannskap på større båter. Grensen skal gjelde for så vel skipsførere som losere, samt andre som utfører vesentlig tjeneste som for eksempel førstemaskinister og styrmenn. Dette vil gjøre det likt for ferdsel både i lufta, på veiene og til sjøs. Lovendringene trådte i kraft 25. juni 2004.

5.3. Bedre behandlings- og omsorgstilbud

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer påpeker at for å oppnå et bedre behandlingstilbud må behandlingen utgjøre en sammenhengende tiltakskjede hvor foreldre, nærmiljø, frivillige organisasjoner, kommunale, regionale og statlige instanser danner en kjede av tiltak som utfyller hverandre.

Tiltakene kan være på kommunalt nivå, eller være tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk under de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Ofte vil en helhetlig tiltakskjede omfatte tiltak på begge nivå. Behandlingstiltakene skal være gode, effektive og tilpasset den enkeltes behov.

Ulike personer skal møtes med ulike tjenester avhengig av individuelle behov og basert på kunnskap om tiltakenes effekt. Rusmiddelmisbrukere skal møtes med den samme respekt og skal behandles på samme måte som andre.

5.3.1. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder legemiddelassistert rehabilitering

Fra 1. januar 2004 overtok staten, ved de regionale helseforetakene, ansvaret for behandling av rusmiddelmisbrukere (rusreformen). Gjennom denne reformen ble 74 institusjoner overført til staten ved de regionale helseforetakene. Av disse var 42 i privat eie og drift, mens de resterende 32 var offentlige. Disse institusjonene består av både døgninstitusjoner og polikliniske enheter. Før 2004, i forbindelse med sykehusreformen (fra 1. januar 2002), var om lag 30 prosent av tiltaksapparatet allerede overført (psykiatriske poliklinikker, ruspoliklinikker og enkelte døgninstitusjoner).

Det nye ansvaret er definert som "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk" (jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5). Et overordnet mål med rusreformen var å gi et bedre behandlingstilbud bl.a. gjennom å sikre bedre tilgang til nødvendige helse-tjenester. Med rusreformen er i tillegg grunnlaget lagt for bedre utnyttelse av ressursene, samt

at mulighetene for kompetanseoverføring mellom somatikk, psykisk helsevern og rus er styrket. I tillegg til den spesifikke rusbehandlingen er spesialisthelsetjenestens ansvar for å tilby rusmiddelmissbrukere annen helsehjelp ved behov understreket.

Behandlingstiltakene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk ble i 2004 inndelt i fire nivåer, som gjelder innen alle de fem regionale helseforetakene:

Nivå 1: Polikliniske funksjoner og vurderingsenheter, samt dagtilbud

Nivå 2: Avrusning/avgiftning/abstinensbehandling (døgntilbud)

Nivå 3: Døgnbehandling < 6 måneder (hovedsakelig helsereelatert)

Nivå 4: Døgnbehandling > 6 måneder (sosial- og helsefaglig relatert)

I tillegg har RHFene pekt ut institusjoner med plasser for tilbakeholdelse uten eget samtykke (§§ 6-2, 6-2a) og tilbakeholdelse etter eget samtykke (§ 6-3).

De regionale helseforetakene er, gjennom bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet, pålagt å rapportere tertialvis på aktivitet i døgninstitusjoner og poliklinikker for offentlige og private tjenesteytere av behandlingstjenester for rusmiddelmissbrukere.

Ettersom fylkeskommunene ikke hadde en enhetlig måte å registrere ventelister og ventetider ved fylkeskommunale behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere, foreligger det ikke noen sammenlignbare tall for ventelister/ventetider ved gjennomføringen av rusreformen.

Ved endringene i pasientrettighetsloven fra 1. september 2004 gjelder vurderingsfristen på 30 virkedager etter pasientrettighetsloven § 2-2 ved henvisninger til både offentlige og private sykehus, samt spesialistpoliklinikker som inngår i fritt sykehusordningen. Innen denne fristen skal det bl.a. være foretatt en vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Dersom slik rett gis (såkalt rettighetspasient) skal det, fra 1. september 2004, settes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis.

Sosial- og helsedirektoratet vil, i samarbeid med Norsk Pasientregister (NPR), i løpet av 2005 utarbeide et system for ventelisterregistrering som vil være i funksjon fra 2006. Ventelisterregistrering vil da være samordnet med den øvrige ventelisterregistreringen innen spesialisthelsetjenesten. For 2005 vil de regionale helseforetakene avgi tertialrapporteringer om aktivitet og ventelister innen tverrfaglig spesialisert behandling til Helse- og omsorgsdepartementet. De to første tertialene i 2004 viser store variasjoner i ventetidene for hvert av behandlingsnivåene, både innad i og mellom helseregionene. For nivå 1 varierer ventetidene fra 0 til 52 uker og for nivå 2 fra 2 til 12 uker. For nivå 3 er ventetidene fra 0 til 42 uker og for nivå 4 fra 8 til 52 uker. Lengst ventetid er det for pasienter som ikke er gitt rett til nødvendig helsehjelp etter prioriteringsforskriften.

Etter at behandlingsansvaret for rusmiddelmissbrukere ble overført til spesialisthelsetjenesten og endringene i pasientrettighetsloven ble gjennomført, er det grunn til å anta at det har blitt en økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Samtidig har bevilgningene til de regionale helseforetakene økt for å styrke behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere. Gjennom bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2005 er det uttalt at de svakeste gruppene i samfunnet skal gis prioritet, og det vises særlig til behovet for å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelmissbrukere. Det understrekes i dokumentet at denne prioriteringen reelt skal gjenspeiles i ressurs- og budsjettdisponeringen til de regionale helseforetakene i 2005, slik at den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken.

I juli 2004 sendte helse- og omsorgsministeren et strategidokument¹⁷ til de regionale helseforetakene. Dokumentet trekker opp nasjonale perspektiver og strategier for utvikling av behandlingsapparatet til rusmiddelmissbrukere. Noe som særlig understrekes i dokumentet er behovet for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å lykkes i å tilby et faglig godt og helhetlig tilbud til den enkelte. Samarbeid og gode rutiner for samarbeid etter endt behandling er særdeles viktig for rusmiddelmissbrukere.

Stortinget vedtok ved behandling av rusreformen (jf. Ot. prp. nr. 54 (2002-2003), (jf. Innst.O. nr. 4 (2003-2004) og Beslutn. O. nr. 5 (2003-2004)) at rusreformen skulle evalueres. I anmodningsvedtak nr. 131 ber Stortinget om at Regjeringen legger fram en evaluering av rusreformen etter tre års virketid. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å sørge for iverksettelse av en evaluering av rusreformen. Evalueringsrapporten skal foreligge innen utgangen av 2006.

Virksomheten ved sentrene for legemiddelassistert rehabilitering (LAR-sentrene) er etter sitt innhold å anse som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk, og LAR-sentrene er derfor en del av spesialisthelsetjenesten (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er ett av flere aktuelle behandlingstiltak for hardt belastede heroinavhengige under de regionale helseforetakenes ansvarsområde. I 2004 har målet bl.a. vært å øke kapasiteten i tilbudet slik at flere kan bli inkludert. Ved inngangen til 2004 var 2431 pasienter i behandling. Ved årsskiftet 2004/2005 var antallet inkluderte pasienter 3003. Ved samme rapporteringspunkt ventet 276 personer på å få starte opp behandlingen (venteliste), mens 161 personer hadde søkt inntak i behandlingen (søkerliste).

Stortinget har i 2004 og 2005 bevilget ekstra midler til RHFene for ytterligere å øke kapasiteten i LAR.

Tabell 10 gir en oversikt over utviklingen i LAR-tilbudet fra 1998 til 2004.

Tabell 10. Antall pasienter i behandling og i ventesituasjon i Norge i perioden 1998-2003.

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO/MAR Øst

	År i behandling	Antall i ventesituasjon
1998	204	464
1999	719	713
2000	1074	828
2001	1503	649
2002	1984	471
2003	2431	550
2004	3003	437

Fra det landsdekkende LAR-tilbudet ble etablert i 1998 har senteret i Trondheim også hatt det regionale ansvaret for de tre nordligste fylkene. I 2004 startet arbeidet med å etablere et nytt regionalt LAR-senter i Nord-Norge. Det nye senteret, LARiNORD, er lagt til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og kom i drift 1.januar 2005.

¹⁷ Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet (2004)

Arbeidet med en nasjonal evaluering av LAR ble startet opp i 2003 og i november 2004 forelå resultatene. Evalueringen har avdekket at mange LAR-brukere har kommet ut av de belastede rusmiljøene, mange har fått bedre helse, livskvaliteten har blitt bedre, og i tillegg har LAR reddet mange liv. Imidlertid er det ifølge evalueringen et forbedringspotensiale på flere områder, blant annet når det gjelder rehabiliteringstilbudet til mange av brukerne. Betydningen av et helhetlig tilbud med god psykososial og medisinsk oppfølging understrekes. Dette understøttes av internasjonale undersøkelser som viser at substitusjon med et legemiddel i kombinasjon med psykososial oppfølging har bedre effekt enn legemidlet alene. I evalueringsrapportene er det gitt anbefalinger knyttet til den videre utviklingen. Resultatene fra evalueringsrapportene vil bli lagt til grunn for det videre utviklingsarbeidet av tilbudet. På bakgrunn av de foreliggende evalueringsrapportene har Sosial- og helsedirektoratet fått i oppdrag å vurdere gjeldende regelverk og organisering av tilbudet herunder spørsmålet om eventuelle faglige retningslinjer og evt. fremme forslag om endringer overfor Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er en utfordring for kommunene å tilby helhetlige rehabiliteringsopplegg for den enkelte LAR-bruker. Evalueringsrapportene peker imidlertid på at mange kommuner nå har opparbeidet seg viktig kompetanse i forhold til å utarbeide tiltaksplaner (individuelle planer), og å arbeide etter ansvarsgruppemodellen. Imidlertid er dette tidkrevende og ressurskrevende for mange kommuner og med et økende antall pasienter i LAR (nå over 3000) øker naturlig nok også behovet for lokal oppfølging. I 2004 fikk 25 kommuner tilskudd til lokal oppfølging av LAR-brukere. Tjenestene til brukerne skal ta utgangspunkt i en helhetlig sosial- og helsefaglig tiltakskjede for oppfølging slik denne er lagt til grunn i LAR-modellen. Dette inkluderer eksempelvis ulike bo- og omsorgstiltak, råd og veiledning, bistand til etablering av nettverk og relasjonsbygging. I tillegg er det ytt midler til sysselsettingstiltak understøttet av sosialfaglig rehabilitering. Dette er også blant de behovene evalueringsrapportene har avdekket at mange av dagens LAR-brukere har.

Det ble i statsbudsjettet for 2004 satt av 10 mill kroner til i alt 85 tiltaksplasser for personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Tiltaksplassene ble fordelt til Romerike (Skedsmo, Rælingen og Lørenskog), Kristiansand, Bergen og Trondheim. Ved utgangen av desember 2004 var 95 personer registrert i satsingen. Av disse deltok 43 på tiltak, mens de resterende var i en kartleggingsfase eller ventet på tiltak.

5.3.2. Individuelle planer for rusmiddelmissbrukere

Helhetlige tiltakskjeder, slik rusreformen legger opp til, krever god samordning mellom ulike tiltak på lokalt plan, og mellom tiltak på lokalt og statlig plan. Retten til individuell plan ble hjemlet i lov om sosiale tjenester § 4-3a fra 1. januar 2004. Tidligere har denne retten vært hjemlet kun i helselovgivningen. Dette betyr at alle deler av tiltaks- og omsorgsapparatet for rusmiddelmissbrukere nå har plikt overfor personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester til å utarbeide en slik plan. Som en oppfølging av dette, vedtok Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 en felles forskrift med hjemmel i helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Denne forskriften trådte i kraft 1. januar 2005. En felles forskrift om individuell plan vil i større grad bidra til å sikre en bedre samordning av tjenestetilbudet etter helselovene og sosialtjenesteloven, og bidra til en større helhet i tjenestetilbudet til tjenestemottakere som mottar tjenester fra både sosialtjenesten og helsetjenesten. På denne måten vil individuell plan være et viktig redskap for helse- og sosialpersonell ved at den kan styrke samhandlingen mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og det enkelte helseforetak.

5.3.3. Styrking av de kommunale tjenestene til rusmiddelmissbrukere

Når tjenestetilbudet for rusmiddelmissbrukere ble endret som en følge av rusreformen, ble det ønskelig å få større kunnskap om hvordan tjenestetilbudet for denne gruppen hadde fungert - før rusreformen. SINTEF Helse utførte derfor i 2003 en kartlegging av tjenester, tiltak og

behovsdekningen for rusmiddelmissbrukere, slik tjenesteapparatet vurderer det. Rapporten "Rusklienter og tjenester før rusreformen. En tverrsnittundersøkelse" forelå i november 2004. Rapporten peker på at det er størst udekket behov når det gjelder bolig, aktivisering, dagtilbud, tiltak for å komme i arbeid, skole, voksenopplæring og støttekontakt for de som trenger det. Alle disse tiltakene er sentrale i en rehabiliteringsprosess. I tillegg ble det rapportert at samordning og koordinering av tjenester er et område som synes å være for dårlig ivaretatt. Rapporten viste imidlertid også at 80 prosent av konsulentene ved sosialkontorene oppgir at de alltid eller noen ganger utarbeider individuelle planer. På kartleggingstidspunktet var ikke individuell plan pålagt etter sosialtjenesteloven.

Sosialtjenesten, fastlegen og institusjonene oppgir gjensidig at de samarbeider om klienter med rusmiddelproblemer. Koordinering av tiltak var høyest for klienter ved langtids- og omsorgstiltakene.

Jo mer systematisk innsatsen er, jo bedre blir resultatene. 63 prosent av sosialkontorene har utarbeidet en kommunal plan for tiltak rettet spesielt mot rusmiddelmissbrukere.

Flere pågående tiltak er i gang for å styrke kommunenes arbeid med rusmiddelmissbrukere. Som ledd i Regjeringens tiltaksplan mot fattigdom ytes det per desember 2004 tilskudd til 45 kommuner og bydeler for å styrke og utvikle oppfølgingstjenester for å forebygge og bekjempe bostedsløshet (se pkt 5.3.8.). I tillegg jobbes det med å etablere modeller for samhandling mellom behandlingsinstitusjon og sosialtjenesten i kommunene og andre aktuelle tjenester i utskrivningsfasen. I forhold til samarbeid mellom spesialisttjenestene og de kommunale tjenester la Wisløff-utvalget 1. februar 2005 frem sin innstilling NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt innstillingen på høring.

I Samordningsforsøket (samordning av aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten) er det igangsatt utviklingsarbeid i 17 kommuner som skal prøve ut en felles lokal førstelinjetjeneste mellom disse etatene. Erfaringer fra disse forsøkene vil gi viktige innspill til reformen for en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV).

Kommunene er avgjørende for innsatsen overfor rusmiddelmissbrukere. Det gjelder både forebyggende tiltak, støtte-, hjelpe- og behandlingstilbud og nødvendige samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. For å styrke kapasiteten når det gjelder kommunenes innsats overfor rusmiddelmissbrukere er bevilgningen til arbeidet i kommunene styrket med 70,6 millioner kroner i 2005. Siktemålet er å sikre at kommunene bidrar til å innfri rusreformens intensjon om et helhetlig tjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere, og at ressursene i størst mulig grad skal komme rusmiddelmissbrukere til gode i kommuner hvor sosialtjenesten har store utfordringer i arbeidet med rusmiddelmissbrukere.

5.3.4. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring på rusfeltet

Sosial- og helsedirektoratet startet i 2003, på oppdrag fra det daværende Sosialdepartementet, et arbeid knyttet til kvalitetsutvikling av tiltak for rusmiddelmissbrukere. Kvalitetsarbeidet på rusfeltet inngår i direktoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: "... og bedre skal det bli!". Sosial- og helsedirektoratet nedsatte, på oppdrag fra daværende Sosialdepartementet og Helsedepartementet, en arbeidsgruppe som har utarbeidet forslag til nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere. Arbeidsgruppen har også foreslått kvalitetsindikatorer for rusfeltet. Gruppen har i tillegg foreslått områder hvor det er behov for å utarbeide faglige retningslinjer og områder hvor det er behov for å utarbeide veiledere. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide faglige retningslinjer og veiledere på sosial- og helseområdet, og vil ha ansvar for å iverksette arbeid med å utarbeide faglige retningslinjer og veiledere også på rusfeltet. En plan for det videre arbeidet vil bli utarbeidet når gruppens forslag er nærmere vurdert.

5.3.5. Lavterskel helsetiltak

I løpet av de siste tre, fire årene er det, ved hjelp av statlige øremerkede midler, etablert lavterskel helsetiltak (feltpleie) i stadig flere kommuner. Den statlige bevilgningen til formålet har økt, fra 8 millioner kroner i 2001 til tiltak i 11 kommuner, til 43,4 millioner kroner i 2004 til tiltak i 38 kommuner. Tiltakene er rettet mot tungt belastede rusmiddelmisbrukere og omfatter hel-sesjekk, vaksinasjoner, utdeling av brukerutstyr, smittevern, veiledning og oppfølging ved overdoser. Ifølge rapporter fra kommunene har tiltakene lyktes i å nå de mest utslåtte og problem-belastede misbrukerne. Gjennom disse tiltakene er det også avdekket langt større og mer omfattende helseproblemer samt mer utstrakt feil- og underernæring enn forventet (hepatitt, HIV, infeksjoner, kroniske sykdommer, psykiske lidelser, tannhelse- og ernæringsproblemer). Tiltakene representerer viktige innsatsområder i bekjempelsen av narkotikarelaterte dødsfall. Nærmere 1000 personer mottar tjenestene på landsbasis.

Gatehospital

Planleggingen av en spesialisert klinikk for tungt belastede rusmiddelmisbrukere ble påbegynt i 2003 etter inspirasjon fra klinikken Forchhammervej i København. Erfaringene fra lavterskel helsetiltakene, SINTEF-rapporter som har pekt på rusmiddelmisbrukeres dårlige helsetilstand og et gap mellom behov og tjenester, samt Frelsesarmeens rapport "Det verste er å skrive dem ut – til gata", har også motivert arbeidet med etablering av en lavterskel klinikk for tungt belastede rusmiddelmisbrukere. Frelsesarmeen ble, i samarbeid med Oslo kommune, bedt om å planlegge og etablere en spesialisert klinikk for målgruppen. Gatehospitalet, som ble offisielt åpnet 12. januar 2005, skal være et helse- og omsorgstilbud til tungt belastede rusmiddelmisbrukere med store og sammensatte helseproblemer. Tiltaket er et treårig prosjekt fullfinansiert med statlige midler. Gatehospitalet består av en sengepost med ti senger samt noen kriseplaser. Rusmiddelmisbrukere, som ikke trenger ordinær sykehusinnleggelse, gis her omsorg og medisinsk døgnpåpleie ved langvarig sykdom. Tiltaket skal være et supplement til eksisterende helsetjenester.

Etter planen vil erfaringene med lavterskel helsetiltak generelt og etableringen av et Gatehospital spesielt bli nærmere gjennomgått og vurdert. Dette som grunnlag for blant annet å vurdere hvorvidt denne typen tjenester skal videreføres som særskilte tiltak ved siden av og som et supplement til eksisterende helse- og sosialtjenester, eller integreres i etablerte tjenester.

5.3.6. Sprøyterom

Sprøyteromsloven (midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika) og forskrift om den nærmere utformingen av sprøyteromsordningen (forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika sprøyteromsordning) trådte i kraft 17. desember 2004. Loven legger til rette for å gjennomføre en treårig prøveordning for å evaluere virkningene av sprøyterom. I forskriften er det fastsatt regler om den nærmere utformingen av prøveordningen. Formålet med sprøyterom er å legge til rette for å vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika i sprøyterommet. Formålet er videre å bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere, gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmisbrukerne og hjelpeapparatet, bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og redusere antallet overdoser og overdosedødsfall. Målgruppen er tungt belastede heroinmisbrukere over 18 år. Straffriheten i sprøyterommene omfatter bare heroin. I forskriften oppstilles også nærmere krav til tjenestens lokaler, åpningstider, innhold og krav til bemanning. Kommuner som ønsker å etablere sprøyterom, må godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo kommune er godkjent som prøvekommune og åpnet 1. februar 2005 et sprøyterom.

Ordningen skal evalueres av SIRUS. Evalueringen skal avdekke om prøveordningen har oppfylt målsettingene og gi Regjeringen grunnlag for å vurdere om den vil foreslå overfor Stortinget at ordningen skal videreføres i permanent lovgivning og eventuelt hvordan ordningen bør bli permanent.

5.3.7. Styrket innsats mot åpne salgs- og samlingssteder

I ulikt omfang har det etablert seg markedsplasser for omsetning og bruk av narkotika på de fleste større steder i Norge. Det betyr at det både er etterspørsel etter og tilbud av narkotika til tross for at både bruk og salg er ulovlig. Slike markedsplasser får oftest et eget preg, og jo mindre de overvåkes og forstyrres, jo mer narkotika blir omsatt og brukt. Dette er selvsagt en utfordring for ordensmyndighetene, men aller mest berører det den enkelte rusmiddelavhengige og dennes livssituasjon. Til en viss grad berører det også den alminnelige befolkning som kan oppleve usikkerhet og sjenanse, samt at næringsvirksomhet kan bli forstyrret. Selv om områdene er under overvåking og oppsøkes av ulike hjelpeinstanser, kan de også fungere som rekrutteringsarena. Situasjonen har vært mest påfallende på den såkalte Plata i Oslo.

I Handlingsplanen er det et uttrykt mål å bidra til å etablere fullgode alternativer som gjør det mulig å fjerne og motvirke åpne- salgs og samlingssteder for narkotikamisbruk. Arbeids- og sosialdepartementet har på denne bakgrunn, i samarbeid med Oslo kommune, Oslo Politidistrikt og fire andre departementer, utarbeidet og iverksatt en egen "Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum". Formålet har vært å etablere fullgode alternativer for tungt belastede rusmiddelmisbrukere med omfattende problemer og hjelpebehov, og slik kunne splitte opp åpne salgs- og samlingssteder for narkotikamisbruk.

Tiltaksplanen mobiliserer alle omsorgs- og rehabiliteringstiltak i Oslo til forsterket innsats overfor rusmiddelmisbrukerne i kommunen. Det er dessuten etablert et system for å sikre oppfølging og reetablering av rusmiddelmisbrukere som hører hjemme i Oslos nabokommuner.

SIRUS er tildelt oppdraget med å evaluere Tiltaksplanen. Arbeids- og sosialdepartementet har dessuten bidratt med 5 millioner kroner årlig i tre år til tre delprosjekter. I juni 2004 arrangerte departementet en erfaringskonferanse hvor erfaringene så langt ble oppsummert. Her framkom det bl.a. at situasjonen i Oslo er enestående i norsk sammenheng. Det var relativt stor enighet om at en oppsplitting av miljøet var nødvendig. Det er lagt et godt grunnlag, men dette er et langsiktig arbeid og det er nødvendig med fortsatt intensiv innsats. For alle andre byer er det mer avgjørende å forhindre at tilsvarende situasjon får utvikle seg.

I juni iverksatte politiet en aksjon for å splitte miljøet på "Plata". Aksjonen har vært omdiskutert og oppfatningene av hvor vellykket den har vært tilsvarende. Arbeids- og sosialdepartementet avventer SIRUS' evaluering før endelig stilling tas.

Planen følges opp av en egen styringsgruppe bestående av byråd, statssekretærer i de mest berørte departementene og politimesteren i Oslo Politidistrikt. Gruppen får bl.a. forelagt seg fortløpende rapporteringer.

5.3.8. Bedre bolig- og tjenestetilbud – innsats for å forebygge og bekjempe bostedsløshet

Med utgangspunkt i personer som var i kontakt med hjelpeapparatet en bestemt uke i desember 2003 kartla og beregnet Byggforsk omfanget av bostedsløshet i Norge. Kartleggingen og beregningene ble foretatt på samme måte som ved en tidligere undersøkelse i 1996. Denne viser at omfanget av bostedsløshet er redusert med om lag 1000 fra 1996 til 2003. I 1996 ble det kartlagt 6200, i 2003 5200 personer. Den siste kartleggingen viser at omfanget av bostedsløse med rusmiddelproblemer har økt i denne gruppen. Om lag 70 prosent av de bostedsløse hadde rusmiddelproblemer.

Det finnes ikke undersøkelser på omfanget av boligproblemer blant rusmiddelmissbrukere generelt, men flere undersøkelser viser at rusmiddelmissbrukere skiller seg ut som den gruppen som er dårligst stilt i kommunens boligsosiale arbeid. Dette viser også FAFO-rapporten "Den vanskelige fortsettelsen". I denne undersøkelsen har ansatte også vurdert hva som kan gjøres for å sikre en stabil bostituasjon for denne gruppen. Over 60 prosent mener at bedre oppfølgingstjenester i boligene er en forutsetning dersom rusmiddelmissbrukere skal sikres en stabil bostituasjon, men også bedre tilgjengelighet til boligene er en viktig forutsetning for at denne gruppen skal oppnå bedre og mer stabile boforhold.

Prosjekt bostedsløse

Prosjekt bostedsløse har vært et 4-årig utviklingsarbeid i perioden 2001-2004. Prosjektet ble gjennomført som et samarbeid mellom daværende Sosialdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Husbanken og Sosial- og helsedirektoratet. Sju storbykommuner og tre frivillige organisasjoner har deltatt. Formålet har vært å utvikle metoder og modeller for å forebygge bostedsløshet, gi mulighet for utprøving av lokale helhetlige løsninger, skape grunnlag og erfaringer for en nasjonal innsats og formidle erfaringer og kunnskap. Husbanken har hatt prosjektlederansvaret.

31 tiltak for i alt 412 personer, hovedsakelig bostedsløse rusmiddelmissbrukere, er opprettet. Langt flere har fått formidlet en bolig. De fleste tiltakene videreføres etter avslutning av prosjektet. Det er benyttet et bredt spekter av boligløsninger; fra vanlig kommunal utleiebolig eller privat utleiebolig i den ene enden, via samlokaliserte boliger, hybler med fellesareal, bofelleskap/bokollektiv til sykehjemsplasser i den andre.

Det ble i 2004 bevilget 10,5 millioner kroner over Sosialdepartementets budsjett og 6 millioner kroner fra Husbanken til prosjektledelse i kommuner, frivillige organisasjoner og sentral administrasjon. I tillegg kommer bruk av statlige tilskudd til boligfremskaffelse fra Husbanken, og tilskudd til oppfølgingstjenester fra Sosial- og helsedirektoratet. Byggforsk er engasjert for å evaluere prosjektet, og sluttrapport foreligger våren 2005.

Også kommuner som ikke har deltatt i Prosjekt bostedsløse har fått statlige tilskudd til å etablere boligtiltak for rusmiddelmissbrukere og bostedsløshetsprosjekter og tilbyr oppfølgings-tjenester til disse. En del av disse kommunene har kunnet realisere prosjekter som følge av tiltaksplan mot fattigdom.

Tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig

I forbindelse med (St.meld.nr.6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom ble det i 2003 etablert en kommunerettet tilskuddsordning med formål å styrke og utvikle oppfølgingstjenester i bolig. Tilskuddsordningen ble i 2004 styrket med 12 mill kroner til totalt 42 millioner kroner. Per 31. desember 2004 mottok i alt 45 kommuner og bydeler tilskuddsmidler, og anslagsvis over 1 600 personer har i løpet av 2004 mottatt bistand som følge av tiltaket¹⁸.

Strategi "På vei til egen bolig"

Stortinget har i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 23 (2003-2004) Om boligpolitikk, vedtatt å videreføre innsatsen og erfaringene fra Prosjekt bostedsløse gjennom strategien "På vei til egen bolig". Alle kommuner inviteres inn i samarbeidet, og forebygging skal vektlegges noe mer. Strategien definerer konkrete resultatmål som skal nås innen utgangen av 2007.

18 Oslo står for om lag en tredjedel av mottakerne. Ett av de fire tiltakene i Oslo har også mottatt midler gjennom Prosjekt bostedsløse.

Disse er:

- at antall begjæringer om utkastelser reduseres med 50 prosent og antall faktiske utkastelser reduseres med 30 prosent,
- at ingen skal måtte tilbringe tid i midlertidige løsninger ved løslatelse fra fengselsopphold eller utskrivelse fra institusjon,
- at ingen skal tilbys døgnovernatting uten at det er inngått kvalitetsavtaler med hospitsene, og
- at ingen skal oppholde seg mer enn tre måneder i midlertidige botilbud

Rusmiddelmissbrukere har behov for et variert tilbud av boliger og tjenester. Boligmeldingen slår fast at Regjeringen skal legge til rette for at rusmiddelmissbrukere skal sikres tilgang til samme individuelle vurdering som andre grupper. I Husbankens rapporteringssystem er ikke rusmiddelmissbrukere synliggjort som egen målgruppe. Husbanken jobber for å få rettet større oppmerksomhet på målgruppen i de boligpolitiske virkemidlene.

5.3.9. Styrking av behandlingen av innsatte og domfelte

Styrking av samarbeidet mellom helsetjenesten, sosialtjenesten og kriminalomsorgen vil være viktig for å motvirke ny kriminalitet. Det må tilrettelegges for helhetlig behandling, omsorg og oppfølging av innsatte og domfelte med rusmiddelproblemer i fengsel og friomsorg. Det er behov for å bedre tilbudet, samarbeidet og koordineringen mellom disse instansene, særlig ved løslatelse fra fengsel.

Samarbeid mellom kriminalomsorgen, helsetjenesten og sosialtjenesten

Som et ledd i arbeidet med å bedre tilgangen på effektiv rådgivning hjelp og behandling for innsatte og domfelte rusmiddelmissbrukere nedsatte Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i 2004 en arbeidsgruppe. Gruppen skal utarbeide et felles rundskriv om ansvarsfordelingen mellom kriminalomsorgen, helsetjenesten og sosialtjenesten for innsatte og domfelte rusmiddelmissbrukere. Hensikten er at forpliktende og kvalitativt godt samarbeid på sentralt nivå skal følges opp med regionalt og lokalt samarbeid. Dette gjelder særlig innsatte og domfelte som har psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelmissbruk. Fengslene og friomsorgen skal, i samarbeid med helse- og sosialsektoren, legge til rette for at de som har behov for det får vurdert retten til nødvendig helsehjelp. Det skal legges til rette for at de som har rett til og behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder legemiddelassistert behandling, skal få muligheten til å gjennomføre slik behandling også under straffegjennomføring. Rusmiddelmissbrukere med rett til individuell plan må sikres at planen blir gjennomført også under straffegjennomføringen. Etableringen av koordinerende rusteam i alle større fengsler er i gang. Rusteamene skal ha et særlig ansvar for informasjon og koordinering av rusarbeidet i fengslene og ta initiativ til kompetanseutvikling på feltet. I fengslene skal rusprogrammer, miljøarbeid og planarbeid inngå i et helhetlig tilbud til rusmisbrukere. Det skal legges til rette for at antall døgn i §12 straffegjennomføringsinstitusjoner kan økes.

Justisdepartementet har, sammen med flere berørte departementer, igangsatt prøveprosjekter under navnet "SNU unge lovbrytere i tide- et felles ansvar for stat, kommune og lokalsamfunn". Tiltaket skal fokusere på et forpliktende forvaltningssamarbeid både lokalt og sentralt. Herunder skal nevnes tre tiltak som retter seg særlig mot unge rusmiddelmissbrukere. "Ung-firer'n" i Trondheim fengsel, "Stifinneren jr." i Oslo fengsel og "Fra fengsel til kommune; et oppfølgingsprogram for rusmiddelmissbrukere som løslates fra Bergen fengsel". Modellen bygger på et nært og forpliktende samarbeid mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle samarbeidsinstanser. Det etableres ansvarsgrupper og tett oppfølging av deltakerne for å ivareta den enkeltes behov.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

Stortinget behandlet Ot.prp. nr. 81 våren 2005 og det tas sikte på å etablere en forsøksordning med Narkotikaprogram med domstolskontroll i to store bykommuner høsten 2005. Inntak av domfelte rusmiddelmisbrukere vil starte opp ved årsskiftet 2005/2006. Ordningen skal evalueres.

ND tar sikte på å styrke den samlede innsatsen for behandling og hjelp til rusmiddelmisbrukere som vil ut av misbruket. Programmet søker å forbedre de praktiske hjelpe- og behandlingstilbudene for domfelte, belastede rusmiddelmisbrukere, samt forebygge ny kriminalitet.

Med utgangspunkt i foreliggende kunnskap, forskning og erfaring, har arbeidsgruppen beskrevet formålet med, organiseringen av og grunnlaget for en slik ordning. Utgangspunktet skal være narkotikarelatert kriminalitet, og det skal spesielt legges vekt på kriterier for at tunge misbrukere kan få behandlet sakene i ND. Arbeidsgruppen har vurdert grenseoppgangen mot lovbruddstyper som ikke bør gi anledning til behandling av sak i ND, med særlig fokus på alvorlig voldskriminalitet.

Promilleprogram

Betinget dom med promilleprogram i friomsorgen ble landsdekkende fra 2003. I løpet av 2004 ble det iverksatt 418 dommer på promilleprogram. Det vil i 2005 bli avgjort om promilleprogrammet skal fortsette som en selvstendig ordning eller bli en del av samfunnsstraffen i friomsorgen.

5.4. Internasjonalt samarbeid

Rusmiddelpolitikken, både når det gjelder alkohol- og narkotika, er internasjonal i sin karakter. Norge kan ikke føre en alkoholpolitikk uavhengig av hva som skjer i de øvrige europeiske landene, og narkotiske stoffer dyrkes av fattige bønder i utviklingsland. Ulovlig produksjon foregår ofte i de samme landene. Smugling og innførsel skjer langs kjente narkotikatraseer, før narkotikaen havner i Norge. En effektiv alkohol- og narkotikapolitikk krever derfor et omfattende internasjonalt samarbeid. Norge prioriterer dette arbeidet høyt.

5.4.1. Nordisk og internasjonalt alkoholpolitisk samarbeid

Det er et sentralt mål for Norge å bidra til å løfte det alkoholpolitiske arbeidet høyere opp på dagsorden både i nordisk, europeisk og global sammenheng. Norsk alkoholpolitikk er i stor grad preget av situasjonen i Europa for øvrig, og beslutninger som tas på den internasjonale arena får betydning også for den alkoholpolitikken vi fører i Norge. Regjeringen ser det derfor som særdeles viktig at Norge, gjennom samarbeid med likesinnede land, er en aktiv pådriver for å påvirke fremtidens alkoholpolitikk.

For å få dette til samarbeider Norge blant annet med de øvrige nordiske landene innenfor rammene av Nordisk ministerråd (NMR), EU og FN (WHO).

Nordisk ministerråd

Under Nordisk ministerråd finnes et eget ministerråd for helse- og sosiale spørsmål (MR-S). Tilknyttet MR-S finnes en embetsmannsgruppe (EK-S) som saksforbereder møtene i MR-S. I Nordisk ministerrådssammenheng er det MR-/EK-S som har ansvaret for alkoholpolitiske spørsmål.

På de nordiske statsministers møte på Island 7. – 9. august 2004 ble sosial- og helseministrene i Nordisk ministerråd bedt om å utforme et helhetlig opplegg for en felles nordisk holdning til alkoholpolitiske problemstillinger i internasjonale fora. Det ble utformet en nordisk ministererklæring om alkohol som ble vedtatt i oktober 2005. I erklæringen heter det blant annet at økt globalisering og økt internasjonal handel gjør det vanskeligere å opprettholde effektive nasjonale og lokale alkoholpolitiske virkemidler. Dette gir grunn til bekymring for folkehelse og sosiale forhold. Videre heter det at det bør være et stort legitimt handlingsrom til å utforme en selvstendig nasjonal alkoholpolitikk, og at det er et stort behov for mer internasjonalt samarbeid for å redusere de negative konsekvensene av alkohol. En av hovedkonklusjonene i erklæringen er at de nordiske landene skal stå samlet i kravet om å halvere de indikative kvotene for reiseinnførsel og å øke minimumsskattene på alkohol i EU. Et av de sentrale målene i ministererklæringen var at de nordiske landene skulle samarbeide om å sette alkohol høyere på dagsorden i Verdens helseorganisasjon (WHO), ved å sørge for at alkohol kom opp som en selvstendig resolusjon på Verdens helseforsamling (WHA) i mai 2005 (se under).

NAD (Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning) er et nordisk samarbeidsorgan på sosial- og helseområdet (under NMR-S). NAD skal fremme, stimulere og støtte nordisk samfunnsvitenskapelig forskningssamarbeid og samfunnspolitisk viktige alkohol- og narkotikaspørsmål. NAD skal videre fremme og stimulere kontakt og dialog mellom forskere, beslutningstakere og praktikere. Gjennom sin virksomhet skal NAD bidra til å styrke nordisk samarbeid, og et videre samarbeid om rusmiddelpolitiske spørsmål også i nærområdene, i Europa og også i en bredere internasjonal sammenheng. Arbeids- og sosialdepartementet er representert i NADs styre.

EU – EØS

Norge deltar i EUs folkehelseprogram, og dette programmet brukes nå til å finansiere et tre-årig prosjekt til over 12 millioner kroner som kalles "Bridging the gap between science and alcohol policy". Den europeiske paraplyorganisasjonen Eurocare¹⁹ leder prosjektet. Sosial- og helsedirektoratet er med som partner. Målet er både å bygge et nettverk i EU mellom dem som arbeider for en restriktiv alkoholpolitikk, og å utvikle gode metoder for hvordan kunnskap fra forskningsfeltet kan brukes til å utforme en effektiv alkoholpolitikk. I juni 2004 ble det avholdt en stor konferanse i Warszawa. Det skal avholdes sommerskoler der det skal undervises i alkoholpolitikk, og det skal lages en oversikt over den alkoholpolitiske situasjonen nasjonalt.

EUs helseministere ba 5. juni 2001 kommisjonen om å utarbeide et forslag til en alkoholpolitisk strategi basert på sammenhengen mellom totalkonsum og totale skader, og tidlig debutalder og senere forbruksnivå (Council conclusion of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm). Strategien skal foreslå tiltak innen "alle relevante politikkområder" deriblant markedsføring og avgifter. Det er ventet at strategien vil foreligge høsten 2005. Samme dag vedtok EUs helseministere en rekommandasjon om alkohol og barn og unge (Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents). Som oppfølging av rekommandasjonen forbereder kommisjonen en studie av hvilke detaljerte erfaringer som finnes om en effektiv alkoholpolitikk. Norge deltar i en arbeidsgruppe om alkohol og helse under EU-kommisjonens generaldirektorat for helse og forbrukerpolitikk (DG SANCO). Arbeidsgruppen gir blant annet råd til kommisjonen i forbindelse med oppfølgingen av de to dokumentene fra EUs helseministere samt følger opp to vedtak fra EUs ministerråd i 2001, det ene om ungdom og alkohol og det andre om en alkoholstrategi for EU.

¹⁹ Eurocare er en ikke-kommersiell allianse av 56 organisasjoner i 26 europeiske land. Hovedoppgaven til Eurocare er å arbeide mot EUs institusjoner og å utveksle erfaringer på alkoholområdet.

Verdens helseorganisasjon (WHO) er verdens mektigste helseorganisasjon og har stor innflytelse på utformingen av helse- og sosialpolitikken medlemslandene. Det er derfor viktig at organisasjonen viser handlekraft og styrke når det gjelder å bekjempe alkoholproblemer verden over.

Regjeringen har også i 2004 arbeidet for at alkoholspørsmål kommer høyere opp på dagsordenen i WHO. På helseforsamlingen i mai 2004 ble det vedtatt en resolusjon om helsefremmende livsstil (WHA 57.16. Health promotion and healthy lifestyles). Resolusjonen har fokus på helsefremmende arbeid med særlig vekt på å redusere risikofaktorer. Alkohol ble løftet særlig frem. Forut for dette hadde Norge forsøkt å få frem en egen resolusjon på alkohol uten å få nødvendig støtte til dette.

Som den nordiske ministererklæringen fra MR-S slo fast, er det av stor betydning at WHO vedtar en egen resolusjon om alkohol. De nordiske landene tok derfor initiativet til en egen resolusjon om alkohol. Resolusjonen ble vedtatt på helseforsamlingen i mai 2005. Den er et viktig redskap i arbeidet med å redusere alkoholproblemer i medlemslandene, og bidrar til å sikre at verdens mektigste helseorganisasjon prioriterer alkoholarbeidet i fremtiden.

5.4.2. Nordisk og internasjonalt narkotikasamarbeid

Afghanistan er i dag verdens største opiumsprodusent. Den voksende narkotikaøkonomien er en trussel mot en stabil og fredelig utvikling i landet. I tillegg rammer opiumsproduksjonen Norge direkte. Nærmere 90 prosent av heroinen som selges i Norge kommer fra Afghanistan. Smugling og innførsel skjer langs kjente narkotikatraseer. Til Norge kommer stoffene ofte via Balkan og de tidligere østeuropeiske landene. I tillegg til de alvorlige sosioøkonomiske og helsemessige konsekvensene av rusmiddelmisbruk, finansierer narkotikasmuglingen internasjonale organiserte kriminelle nettverk som er en direkte trussel mot rettsstaten.

Siden 2004 har norske myndigheter intensivert sin narkotikainnsats i Afghanistan i samarbeid med afghanske myndigheter og det internasjonale giversamfunnet. Narkotikaøkonomien må bekjempes med et bredt sett av virkemidler over tid. Det er ingen raske og enkle løsninger. Et fungerende rettsvesen og et effektivt narkotikapoliti må bygges opp; folkeopplysning og informasjonskampanjer må gjennomføres. Utrydding av valmueåkre må gå hånd i hånd med at bønder har alternative leveveier. Fra norsk side støttes landsbygdutvikling og alternative leveveiprogrammer for fattige bønder og opplæring av afghansk politi. Det gis også noe støtte til tiltak mot narkotika via frivillige organisasjoner. Fremst i dette arbeidet står organisasjonen FORUT.

Nordisk ministerråd

I Norden er samarbeidet kanalisert gjennom et eget ministerråd for narkotikaspørsmål, MR-narko. Som saksforberedende organ til MR-narko er det opprettet en egen embetsmannskomite (EK-narko). I 2004 hadde Island formannskapet i Nordisk ministerråd og det ble avviklet tre møter i narkotikasektoren; i Riga (EK-narko), Isafjordur (MR-narko) og København (EK-narko). Møtet i Riga var med baltisk deltagelse for å følge opp den såkalte Lund-deklarasjonen om videreutvikling av det nordisk-baltiske narkotikasamarbeidet. Av arbeidet i 2004 kan nevnes at det er innledet et samarbeid med Pompidougruppen (Europarådet) om narkotikaprosjekter. Arbeidet for å fjerne administrative og juridiske grensehindre for samarbeid mellom de nordiske land har fortsatt.

I det nordiske samarbeidet inngår også et operativt samarbeid mellom politiet og tollmyndighetene (PTN). 36 sambandsmenn er utstasjonert i viktige produsent- og/eller transittland. Det at sambandsmennene arbeider for hele Norden har vakt internasjonal oppmerksomhet. Gjennom sambandsmennene og annen felles etterretningsvirksomhet er det rullet opp en rekke store narkotikasaker.

EU – EØS

Norge har siden 1. januar 2001 deltatt i arbeidet til EU's overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er norsk kontaktpunkt, og har ansvaret for å samordne rapporteringen om narkotikasituasjonen her hjemme. De årlige norske rapportene er tilgjengelige på www.sirus.no. Senteret utgir en årlig rapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge, som er tilgjengelig på www.emcdda.eu.int. I regi av EMCDDA finnes også informasjonssystemet EDDRA. EDDRA er en søkbar database som fungerer som en informasjonsbank med opplysninger om ulike tiltak mot narkotika og narkotikarelaterte problemer. Systemet ønsker også å fremme vitenskapsbaserte evalueringsmetoder. Databasen inneholder presentasjoner av prosjekter fra de ulike medlemslandene i EU og Norge.

Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EUs Nordlige Dimensjon, som Norge er part i, skal bl.a. ha fokus på forebygging av omfattende folkehelseproblemer, inklusive HIV/AIDS, bruk av narkotika og skadelige drikkemønstre. Det overordnede målet for partnerskapet er å fremme helse og livskvalitet og hente synergieffekter, samt å intensivere samarbeidet og koordineringen av internasjonale aktiviteter. På møtet i Tallinn i november 2004 var alkohol hovedtema.

Europarådet

Pompidougruppen er Europarådets tverrfaglige samarbeidsgruppe for narkotikaspørsmål på ministernivå. Gruppen har til formål å medvirke til kampen mot narkotikaproblemer med vekt på reduksjon av både tilbud og etterspørsel av narkotika. Det samarbeides med andre regionale og internasjonale organisasjoner. Pompidougruppen er et viktig forum for erfarings- og informasjonsutveksling.

FN

Narkotikaproblemene har i mange år vært på dagsordenen for Generalforsamlingen og ECOSOC (United Nations Economic and Social Council). ECOSOC er det overordnede organet som koordinerer og trekker opp politiske og økonomiske retningslinjer og anbefalinger for blant annet det internasjonale samarbeidet og for medlemslandenes narkotikapolitikk.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) samler FNs operative narkotikaorganer i ett program. Oppgavene er i hovedsak konsentrert om normativ virksomhet knyttet til implementeringen av konvensjonene, operativ virksomhet og konkrete prosjekter i produsent- og transittland, samt virksomhet som pådriver i forhold til andre FN-organer, internasjonale finansinstitusjoner og enkeltland. Norge bidro med 15,5 mill NOK i 2004.

De aller fleste medlemsstatene, inkludert Norge, har ratifisert de tre konvensjonene. Narkotikakommisjonen (CND) er det sentrale policyorganet for narkotikaspørsmål i FN-systemet. Kommisjonen som møtes årlig i Wien overvåker implementeringen av narkotikakonvensjonene på bakgrunn av INCBs rapport og er styre for UNDCP (United Nations Office on Drugs and Crime) sine fondsmidler. Kommisjonen har 53 medlemmer (roterer) og Norge er valgt som medlem av kommisjonen for perioden 2004 – 2007.

6.0. AVSLUTNING – UTFORDRINGER FRAMOVER

Statusrapport om rusmiddelsituasjonen og gjennomgangen av Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003 - 2005 indikerer at mye av det arbeidet som gjøres for å redusere de sosiale og helsemessige skadene ved rusmiddelmisbruk har god effekt. Regjeringen vil derfor også i neste periode føre en politikk etter de linjer som Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003 - 2005 trekker opp. Men gjennomgangen peker også på noen sentrale utfordringer og områder hvor vi må vurdere et noe endret fokus. Dette er bakgrunnen for at Regjeringen har bestemt at det skal utarbeides en ny handlingsplan for perioden 2006 - 2008. I innværende plan har vi hatt fokus på "de yngste og de tyngste". Det kan være at vi i kommende periode må ha fokus på å forhindre at flere rekrutteres til kategorien "de tyngste". Ved å sette inn innsatsen før rusmiddelmisbruket er blitt for belastende sosialt og helsemessig, er det store gevinster å hente, både for den enkelte og for samfunnet som helhet. Samtidig er det slik at vi fortsatt har utfordringer når det gjelder å tilby adekvat og god behandling og rehabilitering for de som har behov for og ønsker det. Dette må også følges opp i kommende planperiode.

Vi kan imidlertid aldri behandle oss ut av de problemene som rusmiddelmisbruk fører med seg. I ny handlingsplan vil vi ta tak i både nasjonale og internasjonale utfordringer på forebyggingsfeltet.

Alkoholforbruket i befolkningen som helhet øker. Det pekes i flere sammenhenger på at arbeidslivet har vært gjennom store endringer de senere årene. Forebygging og tidlig intervensjon i arbeidslivet er tiltak som vil kunne nå mange.

Det er behov for et solid kunnskapsgrunnlag i behandlingsapparatet. Rusmiddelundervisningen, både i grunnutdanningene i helse- og sosialfagene, og videreutdanningen er en viktig premiss for dette. Arbeidet med kvalitetsutvikling og kvalitetssikring av tjenestene til rusmiddelmisbrukere må fortsette.

Det kan vises til gode resultater når det gjelder behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere. Gjennom rusreformen er et godt ramme- og regelverk lagt på plass. Utfordringene framover vil være å legge til rette for helhetlig og kvalitativ god behandling og rehabilitering og oppfølging for den enkelte. Prinsippet om oppfølging på lokalt nivå etter behandling skal ligge til grunn for behandling i spesialisthelsetjenesten.

For spesialisthelsetjenesten vil det være særlige utfordringer knyttet til oppfølgingen av prioriteringsforskriften og arbeidet med å få til en enhetlig praktisering av regelverket. Samordningen av rus og psykiatri, både hva gjelder organisering, fagutvikling, kompetanse og synergieffekter er viktige forutsetninger for et godt fungerende behandlingsapparat.

Utgitt av:
Arbeids- og sosialdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Statens forvaltningstjeneste
Kopi- og distribusjonsservice
Postboks 8169 Dep, 0034 Oslo
E-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no
Telefaks 22 24 27 86

Oppgi publikasjonsnummer: U-0001 B

Forsidefoto: Scanpix/Corbis
Trykk: www.kursiv.no 06/2005 – 1500