



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Statusrapport

Rusmiddelsituasjonen i Norge

Oktober 2006



Innhold

1. FORORD	5
2. SAMMENDRAG	7
2.1. Om statusrapporten	7
2.2. Oversikt over rusmiddelsituasjonen	7
2.3. Oversikt over rusmiddelfeltet – ulike aktørers rolle	8
2.4. Rusmiddelpolitikken i 2005	8
3. RUSMIDDELSITUASJONEN	9
3.1. Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster – alkoholholdig drikk	9
3.1.1. Totalforbruket av alkoholholdig drikk	9
3.1.2. Bruk av alkoholholdig drikk blant ungdom	11
3.1.3. Forbruket av alkoholholdig drikk internasjonalt	12
3.1.4. Hvor mange drikker alkoholholdig drikk?	13
3.1.5. Utviklingen i drikkemønstrene	14
3.2. Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster – narkotika	16
3.2.1. Narkotikabruk i befolkningen	16
3.2.2. Injisierende rusmiddelmisbruk	17
3.2.3. Narkotikabruk blant ungdom	17
<i>Cannabis</i>	17
<i>Andre narkotiske stoffer</i>	18
3.2.4. Tilgjengelighet	19
3.2.5. Narkotikasituasjonen i kommunene	20
3.3. Sosiale og helsemessige skader	20
3.3.1. Dødsfall og ulykker	22
<i>Alkoholholdig drikk</i>	22
<i>Narkotika</i>	22
3.3.2. Avhengighet og sykелighet	23
3.3.3. Alkohol- og narkotikakriminalitet	24
<i>Alkoholholdig drikk</i>	24
<i>Narkotika</i>	25
3.3.4. Sosiale problemer	26
4. OM ORGANISERING, FORSKNING OG DOKUMENTASJON PÅ RUSFELTET	29
4.1. Organisering og samordning – endringer i 2005	29
4.2. Forskning, utvikling og dokumentasjon - aktører og aktuell forskning i 2005	31
4.2.1. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)	31
4.2.2. Rusmiddelforskningsprogram under Norges forskningsråd	32
4.2.3. Annen rusmiddelforskning	32
4.2.4. Dokumentasjon	33
4.2.5. Kvalitetsforbedring på rusfeltet	34
4.2.6. Styrking av kompetanse	34

5.	RUSMIDDELPOLITIKKEN I 2005	36
5.1.	Handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005)	36
5.1.1.	Ekspertgrupper for alkohol- og narkotikaspørsmål	36
5.2.	Forebygging av rusmiddelproblemer – tilgjengelighetsreduserende tiltak	36
5.2.1.	Tiltak for å redusere tilgjengeligheten på alkoholholdig drikk	36
	<i>Revisjon av alkoholloven og alkohollovens forskrifter</i>	37
	<i>Håndhevingen av alkohollovens reklameforbud</i>	38
5.2.2.	Tiltak for å redusere tilgjengeligheten på narkotika	39
5.3.	Forebygging av rusmiddelproblemer – etterspørselsreduserende tiltak	40
5.3.2.	Tiltak rettet mot barn og ungdom	40
	<i>Generelle barne- og ungdomstiltak</i>	40
	<i>Behandlingsmetodene foreldretrening og multisystemisk terapi</i>	41
	<i>MultifunC</i>	42
5.3.3.	Tiltak med skolen som arena	42
5.3.4.	Tiltak i regi av politiet	44
5.3.5.	Tiltak i arbeidslivet	45
5.3.6.	Oppsøkende arbeid	45
5.3.7.	Regionprosjektet	46
5.3.8.	Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan	47
5.3.9.	Holdningskampanje – alkohol	47
5.3.10.	Nasjonal strategi for tidlig intervensjon	47
5.3.11.	RUSTelefonen 08588	48
5.4.	Behandlings- og omsorgstilbud til rusmiddelavhengige	49
5.4.1.	Kommunenes oppfølging av rusmiddelavhengige	49
5.4.2.	Individuelle planer for rusmiddelavhengige	50
5.4.3.	Lavterskel helsetiltak	50
5.4.4.	Satsning på tannhelsetjenester til rusmiddelavhengige	51
5.4.5.	Gatehospital	52
5.4.6.	Sprøyterom	52
5.4.7.	Styrket innsats mot åpne salgs- og samlingssteder	53
5.4.8.	Bedre bolig- og tjenestetilbud – innsats for å forebygge og bekjempe bostedsløshet	53
	<i>Strategi "På vei til egen bolig"</i>	54
	<i>Statens tiltakspris for bostedsløse</i>	54
	<i>Kompetansetilskudd i Husbanken</i>	55
	<i>Tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig</i>	55
	<i>Kommunenettverk og regionale kontaktfora</i>	55
5.4.9.	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder legemiddelassistert rehabilitering	55
5.4.10.	Innsatte og domfelte rusmiddelavhengige	59
	<i>Samarbeid mellom kriminalomsorgen, helsetjenesten og sosialtjenesten</i>	60
	<i>Narkotikaprogram med domstolskontroll</i>	60
	<i>Promilleprogram</i>	61
5.5.	Internasjonalt samarbeid	61
5.5.1.	Nordisk og internasjonalt alkoholpolitisk samarbeid	61
	<i>Nordisk ministerråd</i>	61
	<i>EU/EØS</i>	62
	<i>FN – WHO</i>	62

5.5.2.	Nordisk og internasjonalt narkotikasamarbeid	63
	<i>Nordisk ministerråd</i>	63
	<i>EU/EØS</i>	64
	<i>Europarådet</i>	64
	<i>FN – CND</i>	64
6.	AVSLUTNING – UTFORDRINGER FRAMOVER	66

1. FORORD

Som helse- og omsorgsminister overtok jeg det helhetlige ansvaret for alkohol- og narkotikapolitikken da denne regjeringen tiltrådte. Rusmiddelpolitikken er samtidig sektorovergripende og berører således flere statstrådets sektoransvar. I samarbeid med berørte statsråder vil jeg ferdigstille en opptrappingsplan for rusfeltet høsten 2006. Det er naturlig å bygge videre på mye av det arbeidet som er gjort, og elementer fra tidligere handlingsplaner vil derfor også inngå i regjeringens nye plan. I forbindelse med den nye planen er det imidlertid helt nødvendig å ta flere grep. Kvalitet og kompetanseheving på hele rusfeltet er ett slikt grep.

Det er gledelig at alkoholkonsumet blant ungdom ser ut til å ha gått noe ned. Men totalforbruket av alkohol i den norske befolkningen som helhet øker, og det registrerte forbruket er nå oppe i 6,37 liter ren alkohol per år. Jeg er bekymret for denne utviklingen. Særlig bekymringsfull er den negative utviklingen i alkoholforbruket blant kvinner. 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. Denne regjeringen vil jobbe aktivt for å forebygge at ungdom eksperimenterer med illegale rusmidler og alkohol, og vil legge vekt på et folkehelseperspektiv i tilnærmingen til rusmiddelpolitikken.

I 2005 registrerte vi en gledelig nedgang i antall overdosedødsfall sammenlignet med året før. Tallene for 2004 var 223, mens de i 2005 var sunket til 184. Dette bekrefter forhåpentligvis en nedadgående tendens siden "toppåret" 2001 med 338 overdosedødsfall. Tallet er likevel høyt sammenlignet med andre europeiske land. Det var i 2004 registrert 441 alkoholrelaterte dødsfall, men dette tallet må antas å være betydelig underrapportert. Problemene og skadene knyttet til alkohol og narkotika er store. Det er et klart mål for denne regjeringen at omfanget av disse skadene skal ned. Dette skal vi gjøre ved å føre en politikk som sikrer tilgjengelig og god forebygging, behandling og rehabilitering, samt skadereduksjon. Vi vet at tjenestetilbudene overfor de tyngst belastede rusmiddelavhengige, som legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak, også virker forebyggende på narkotikarelaterte dødsfall.

Vi vet at det ikke bare er den som har et rusmiddelproblem som lider, men også ektefelle, barn, foreldre og tilfeldige ofre. Barn som har foreldre med rusmiddelproblemer er en ekstra sårbar gruppe. Disse barna kan være vanskelig å nå for hjelpeapparatet, særlig når den voksnes problem er vanskelig å avdekke. For foreldre som opplever at barna har et narkotikaproblem oppleves dette som en daglig sorg. Det må derfor også rettes tiltak direkte mot den nærmeste familie av rusmiddelavhengige. Også på samfunnsnivå vet vi at alkohol og narkotika gir omfattende negative omkostninger, ikke bare økonomiske utgifter til helse- og sosialtjenester, men også tapt arbeidsinnsats og velferdstap.

I tillegg til å beskrive rusmiddelsituasjonen i 2005, legges det i årets statusrapport vekt på å få fram en oversikt over tiltak og prosjekter som er iverksatt de senere årene. Flere av tiltakene pågår fortsatt. Rusmiddelpolitikken må og skal ha et langsiktig perspektiv. Tiltak må som oftest være virksomme over lengre tid før vi kan forvente å se resultater.

På forebyggingssiden avsluttes nå et spennende og viktig prosjekt for å samordne og finne fram til de mest egnede og effektive metodene for lokal forebygging. Prosjektet har pågått i ni

prosjektkommuner og regjeringen ønsker å høste erfaringer fra dette prosjektet som landets øvrige kommuner kan dra nytte av.

For å styrke tilbudet til rusmiddelavhengige ble det i 2004 iverksatt et viktig organisatorisk reformarbeid på rusfeltet gjennom rusreformen. Med rusreformen er det lagt til rette for at rusmiddelavhengige får de samme rettigheter til spesialisert behandling som andre pasientgrupper. Et av målene med reformen er å sikre den enkelte rusmiddelavhengige et mer helhetlig behandlingstilbud. Et godt samarbeid mellom de regionale helseforetakene, kommunene og frivillige tjenesteytere er avgjørende. De ulike instansene må sammen planlegge og legge til rette for at den enkelte i ulike faser 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.

Jeg håper årets statusrapport vil være til nytte og inspirasjon for alle som jobber på rusfeltet. Regjeringen vil om kort tidferdigstille opptappingsplanen for rusfeltet. Vi kommer til å bygge videre på erfaringer fra tidligere planer og innspill fra aktørene på rusfeltet, herunder bruker- og interesseorganisasjoner, i arbeidet med å utforme en aktiv, kunnskapsbasert og helhetlig rusmiddelpolitikk. Årets statusrapport er et viktig grunnlagsdokument for den kommende opptappingsplanen.



Sylvia Brustad

2. SAMMENDRAG

2.1. Om statusrapporten

For tredje året på rad utgis en statusrapport om rusmiddelsituasjonen i Norge. Rusmiddelpolitikken er sektorovergripende. I årets utgave presenteres det samlede arbeidet på rusmiddelområdet i 2005. Statusrapporten er delvis en oppfølging av Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Viktige strategier, virkemidler og tiltak er beskrevet, både på forebyggings- og behandlingssiden, og for så vel alkohol- som narkotikapolitikken.

2.2. Oversikt over rusmiddelsituasjonen

Det gis en samlet statistisk oversikt over rusmiddelsituasjonen i kapittel 3. Det presenterer omfang og utvikling i bruk av alkohol og narkotika, og er sammensatt av data fra flere kilder¹. Videre beskrives rusmidlenes utbredelse, bruksmønster, samt hvilke sosiale og helsemessige skader som er forbundet med henholdsvis alkohol- og narkotikamisbruk.

Det totale registrerte alkoholforbruket i 2005 var 6,37 liter ren alkohol per person, en økning fra 6,22 liter i 2004. Den totale privatimporten fra utlandet tilsvarte 12 pst. av den registrerte alkoholomsetningen i Norge. Grensehandelen fra Sverige utgjorde vel 4 pst. Bruk av såkalt smuglersprit ble halvert fra 1999 til 2004. Narkotikamisbruket i befolkningen som helhet og i ungdomsgruppene øker ikke, men er stabilt på et relativt høyt nivå. I 2005 hadde 15 pst. av ungdommene i alderen 15 til 20 år prøvd cannabis, mot 13,4 pst. i 2004 og 17 pst. i 2003.

Gjennomsnittlig debutalder for alkohol er også relativt stabil. Gledelig nok kan vi registrere en svak økning i 2005, sammenlignet med 2004. Debutalderen 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 pst. 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 1985 oppga i underkant av 90 pst. av ungdom her at de hadde drukket alkohol noen gang. I 1995 og i 2000 var andelen falt til 82 pst., og i 2005 til 78 pst. Dette er en interessant utvikling som sannsynligvis skyldes den økte andelen av innvandrerdødsfall 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.

Antallet aktive injiserende rusmiddelavhengige anslås å være stabilt, rundt 11 000–15 000. Antall rapporterte 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, men det har vært en nedgang de senere årene. I 2004 døde 223 personer av overdoser mens dette var falt til 184 i 2005. Det er vanskelig å måle de sosiale problemene som rusmiddelproblemer påfører ektefelle, barn og øvrige familie. Et forsiktig anslag er at ca. 200 000 barn lider under foreldrenes rusmiddelproblemer. Dette er en gruppe som er særlig risikoutsatt for selv å utvikle rusmiddelproblemer.

1 SSB, Kripos, SIRUS, mv.

2.3. Oversikt over rusmiddelfeltet - ulike aktørers rolle

Kapittel 4 gir en oversikt over helheten på rusmiddelfeltet og beskriver statlige, regionale, kommunale og frivillige aktørers rolle. Det helhetlige ansvaret for alkohol- og narkotikapolitikken ble med regjeringsskiftet overført fra det daværende Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justisdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet har alle ansvarsområder som er viktige for rusmiddelpolitikken. HOD har koordineringsansvaret for Regjeringens alkohol- og narkotikapolitikk, og ansvaret for det samlede tiltaksapparatet for rusmiddelavhengige (kommune- og spesialisthelsetjenestenivå). Kapitlet gir også en oversikt over forskning, utvikling og dokumentasjon på rusmiddelområdet.

2.4. Rusmiddelpolitikken i 2005

Kapittel 5 beskriver helheten i virkemiddelapparatet. Videre gjøres det rede for status og fremdrift på tiltak og prosjekter som enten er initiert eller videreført som ledd i Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005. Endringer i alkoholloven og forskriftene til denne, samt håndhevingen av reklameforbudet beskrives. Det samme gjelder holdningskampanjene om alkohol som Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført. Et prosjekt om samordning av lokale forebyggingstiltak er startet opp i ni forsøkskommuner, og erfaringene kan danne grunnlaget for en videre satsing på mer samordnende og effektive forebyggingsmetoder på lokalt plan.

Utviklingen i tilbudet til behandling av rusmiddelavhengige beskrives, og behovet for fokus på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene trekkes særskilt fram. Kapitlet beskriver videre en forsøksordning for straffedømte rusmiddelavhengige, en prøveordning med sprøyterom og innsatsen mot åpne salgs- og samlingssteder for narkotika. Avslutningsvis i kapittel 5 redegjøres det for det internasjonale engasjementet i alkohol- og narkotikapolitikken.

Kapittel 6 peker på noen av utfordringer framover og gir noen anslag til hvordan Regjeringen vil løfte rusmiddelfeltet gjennom en ny opptrappingsplan for rusfeltet.

3. RUSMIDDELSITUASJONEN

3.1. Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster – alkoholholdig drikk

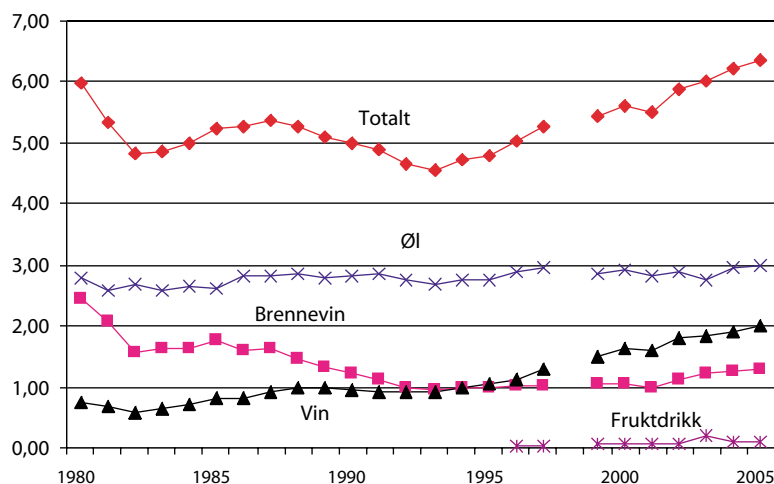
Det er særlig tre aspekter ved alkoholforbruket som er interessant; totalforbruket, hvor mange som drikker og drikkemønstrene. Utbredelsen av storforbruk og forekomsten av alkoholrelatert skade, er i stor grad knyttet til gjennomsnittlig alkoholforbruk per person i den voksne befolkningen. Dessuten påvirkes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

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 vinmonopolutsalg, dagligvarebutikker og skjenkesteder med bevilling for salg av alkoholholdige drikker. Med registrert forbruk mener man den alkoholholdige drikken som omsettes gjennom disse kanalene. I tillegg skaffer imidlertid mange seg alkoholholdige drikker fra andre kilder. De vanligste kildene er tax-free handel, grensehandel, legal og illegal hjemmeproduksjon og smugling. For disse kildene finnes det ingen omsetningstall, men vi har stadig forbedrede estimater. Denne delen av forbruket kalles da også det uregistrerte forbruket. Summen av registrert og uregistrert forbruk utgjør det totale alkoholforbruket.

3.1.1. Totalforbruket av alkoholholdig drikk

Det registrerte forbruket av alkoholholdig drikk i Norge kan fremstilles som i figuren under.

Figur 1. Årlig omsetning av alkoholholdig drikk i Norge per innbygger 15 år og over, målt i ren liter alkohol per person totalt og på ulike alkoholsorter. Kilde: SIRUS/SSB.



Fra 1980 til 1993 sank den registrerte omsetningen av alkohol i Norge fra 5,98 til 4,55 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over. Fra da av har omsetningen vist en økende tendens, og i 2005 var den registrerte omsetningen kommet opp i 6,37 liter. Nedgangen fra 1980 til 1993 skyldes i all hovedsak en nedgang i forbruket av brennevin. Ølkonsumet har vært relativt konstant, mens vinforbruket fortsetter å øke, og har blitt fordoblet i løpet av de ti siste årene. Nedgangen

i forbruket av brennevin stanset opp på midten av 1990-tallet, og det har vært en tendens til økning de siste årene.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har gjennom en årrekke fulgt utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket ved å gjennomføre intervjuer av landsomfattende, representative utvalg av den norske befolkningen om deres forbruk av all slags alkoholholdig drikk, også den de måtte lage selv, kjøpe i utlandet eller kjøpe ulovlig innenlands. Tabell 1 gjengir tallene for årene 1999 og 2004, som er de to siste årene slike intervjuer ble gjennomført.

Tabell 1. Det uregistrerte alkoholmarkedet i 1999 og 2004.

	Cl ren alkohol per innbygger 15 år og eldre		Pst. av alt uregistrert forbruk	
	1999	2004	1999	2004
Alkohol fra utlandet eks. Sverige	52	51	37	41
Grensehandel med Sverige	8	27	6	21
Hjemmelaget vin	30	14	22	11
Sum legalt uregistrert forbruk	90	93	66	73
Hjemmebrent	32	26	23	21
Smuglersprit	16	8	11	6
Sum illegalt uregistrert forbruk	47	34	34	27
Sum uregistrert forbruk	138	127	100	100

Tabell 1 viser at bruken av såkalt smuglersprit er halvert fra 1999 til 2004. Hovedårsaken til dette antas å være den såkalte metanolsaken, som har ført til at interessen for å kjøpe smuglersprit falt.

Ut fra tallene i tabell 1 tilsvarte grensehandelen fra Sverige vel 4 pst. av den registrerte alkoholomsetningen i Norge i 2004, og den totale privatimporten fra utlandet (både tax-free-handel og grensehandel) tilsvarte vel 12 pst. Det har vært en sterk økning i grensehandelen med Sverige mellom 1999 og 2004. 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".

I følge beregninger fra Vin- og brennevinsimportørenes forening var grensehandelen med øl, vin og brennevin på sitt høyeste i 2003. Regnet i ren alkohol var grensehandelen i 2005 i underkant av 90 pst. av volumet i 2003.

Fra og med første halvår 2005 er det kommet i stand en fortløpende overvåkning av utviklingen i det uregistrerte forbruket. Overvåkingen gjennomføres ved hjelp av intervjuundersøkelser, og er et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og SIRUS. Intervjuene foretas i mars og september hvert år, og resultatene publiseres på SIRUS' nettsider RusStat. Tabell 2 gjengir resultatene fra undersøkelsene som er gjort i mars 2005 og 2006.

Tabell 2. Det uregistrerte alkoholmarkedet i mars 2005 og 2006.

Prosentandel som siste måned har:	mars 2005	mars 2006
Drukket øl fra grensehandel (inkl. svensk folkøl)	5	7
Drukket øl fra tax-free	6	5
Drukket hjemmelaget øl	1	0
Drukket vin fra grensehandel	6	7
Drukket vin fra tax-free	10	10
Drukket hjemmelaget vin	4	2
Drukket brennevin fra grensehandel	3	4
Drukket brennevin fra tax-free	12	12
Drukket HB	3	3
Drukket smuglerbrennevin	1	1

Vi ser at det bare er mindre endringer i prosentandelen som hadde grensehandlet alkoholholdige drikker i mars 2005 og mars 2006. Det er heller ingen signifikant endring i andelen som har handlet øl, vin eller brennevin ved tax-free-handel. Tabell 2 bekrefter inntrykket fra tabell 1 om at bruk av hjemmelaget øl nå er et marginalt fenomen, og at hjemmelegging av vin også går tilbake.

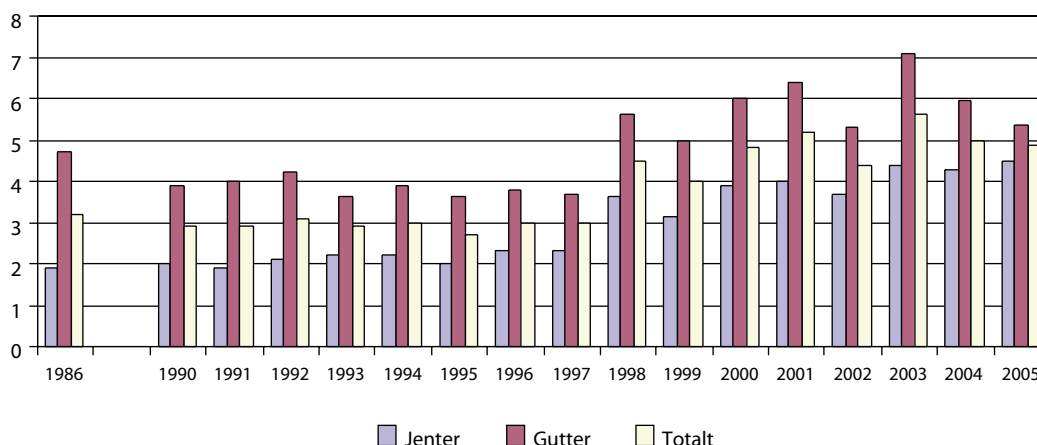
Volumet av øl kjøpt i tax-free økte noe fra mars 2005 til mars 2006, selv om brukerfrekvensene var tilnærmet de samme. Dette kan være en indikasjon på at omleggingen av tax-free-handelen i Norge har ført til et noe større kjøp av øl.

3.1.2. Bruk av alkoholholdig drikk 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 over 30 land, Norge inkludert. Det foreligger nå tre datainnsamlinger 1995, 1999 og 2003. I den norske delen inngår i underkant av 4 000 tiendeklassinger (niendeklassinger i 1995 undersøkelsen). Den siste 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 fram både i de årlige ungdomsundersøkelsene som SIRUS foretar og i den norske delen av ESPAD undersøkelsen. Ungdomsundersøkelsen fra SIRUS viser at det beregnede gjennomsnittlige alkoholforbruket i første halvdel av 1990-tallet i aldersgruppen 15–20 år, økte fra omkring 3 liter ren alkohol per år til omkring 5 liter rundt tusenårsskiftet (figur 2), og har holdt seg på omtrent samme nivå de siste årene.

Figur 2. Beregnet gjennomsnittlig alkoholkonsum målt i liter ren alkohol blant gutter og jenter i alderen 15-20 år i Norge, 1986 – 2005. Kilde: SIRUS.

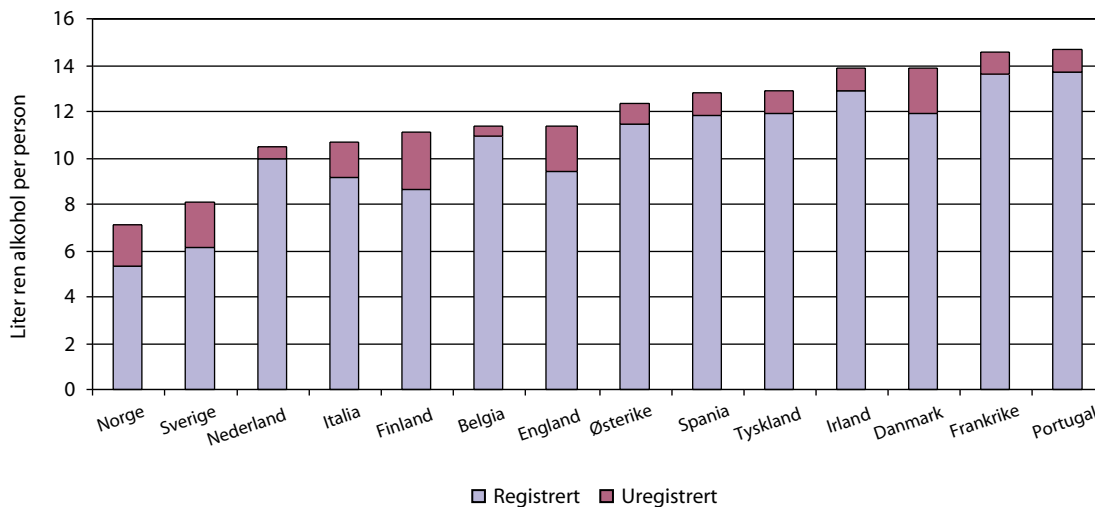


Såkalt "rusbrus" ble tilgjengelig i dagligvarebutikker fra 1. januar 2003, noe som ble gjenstand for stor oppmerksomhet. Det ble særlig fokusert på at det var en alkoholsort innrettet på ungdom. Rusbrus bidro også til økningen i alkoholforbruk blant ungdom i 2003. 1. januar 2004 ble avgiften lagt om slik at alle brennevinsbaserte drikkevarer avgiftsmessig behandles likt. Dette førte til en avgiftsøkning på brennevinsbasert rusbrus, og salget er i ettertid vesentlig redusert. Dette gjenspeiler seg i ungdomsundersøkelsene fra 2004 og 2005 ved at forbruket av rusbrus i aldersgruppa 15–20 år er redusert sammenlignet med 2003. 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 om og i hvilken grad bruk av rusbrus erstatter 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 alkoholholdig drikke. SIRUS ungdomsundersøkelser viser imidlertid at det er liten forskjell mellom gutter og jenter i det beregnede forbruket av rusbrus.

3.1.3. Forbruket av alkoholholdig drikk 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 vekst i alkoholforbruket. Kina og Thailand har vist en økning i forbruket av alkoholholdig drikk som vekker bekymring, ettersom alkoholbruk der synes å være konsentrert til en mindre del av befolkningen.

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



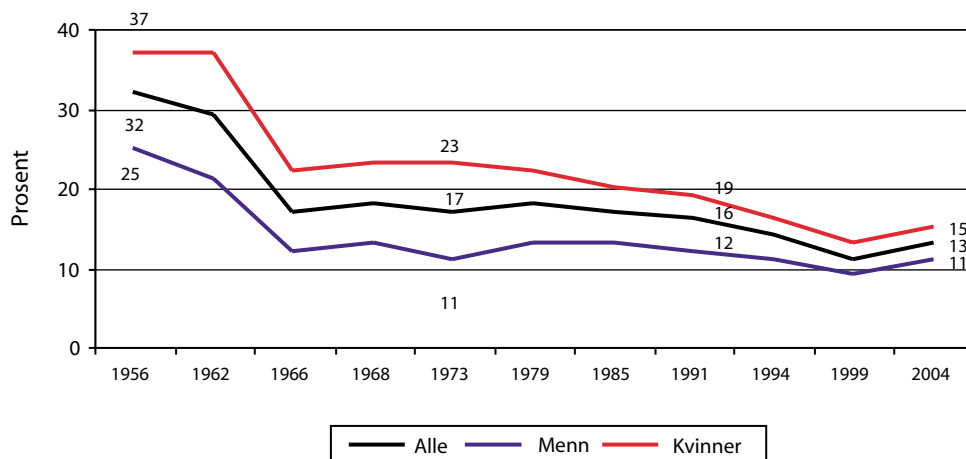
I europeisk sammenheng ligger Norge svært lavt også etter at det er gjort anslag over uregistrert forbruk. Tall fra WHO viser at så vel alkoholkonsumet som de alkoholrelaterte skadene i Europa øker. Europeerne drikker i gjennomsnitt dobbelt så mye som verdens befolkning forøvrig. I de senere årene har salgstallene i Europa vist en liten, generell nedgang i alkoholforbruket, og trendene i tradisjonelle høykonsum- og lavkonsumland nærmer seg hverandre. Det gjennomsnittlige konsumet i Vest-Europa var i 2002 på 12,9 liter ren alkohol per innbygger i året. I Russland og i de omkringliggende statene var forbruket 13,9 liter, mens det totale gjennomsnittforbruket på verdensbasis var 5,8 liter per innbygger.

3.1.4. Hvor mange drikker alkoholholdig drikk?

Det blir stadig færre avholdende i Norge, noe som etter 1970 og framover først og fremst har skyldtes nedgangen i andelen kvinner som ikke drikker. I dag er det nesten like mange kvinner som menn som drikker alkohol.

Figur 4. Andel som ikke hadde drukket siste år etter kjønn. Kilde: SIRUS.

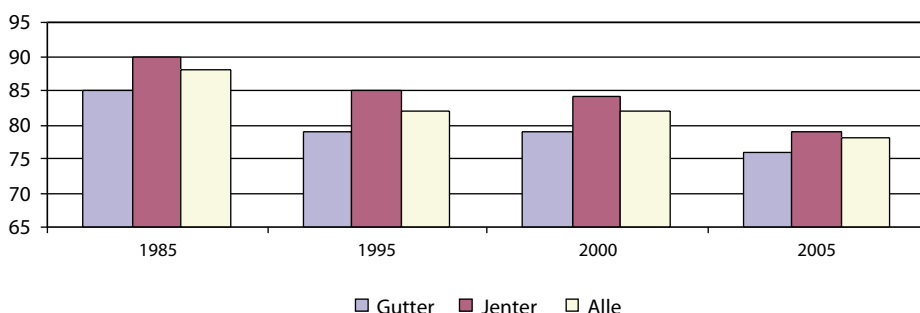
For årene 1956-1973 aldersgruppen 18 år og over, for 1979 og senere aldersgruppen 15 år og over.



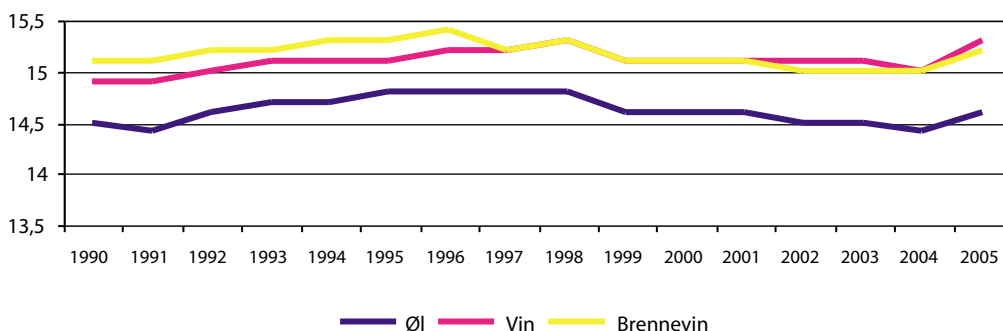
Utviklingen er tilsvarende i ungdomsgruppen. Mens det i 1956 var 31 pst. av ungdom i alderen 18 til 20 år som ikke drakk alkoholholdig drikk, er den tilsvarende andel nå godt under 10 pst.

Her kan det spores en interessant tendens hvis vi ser på utviklingen gjennom den siste 20-års periode for Oslo. I 1985 oppga i underkant av 90 pst. av ungdom i aldersgruppa 15–20 år i hovedstaden at de hadde drukket alkoholholdig drikk noen gang. I 1995 og i 2000 var andelen falt til 82 pst., og i 2005 til 78 pst. Tilsvarende reduksjon har ikke funnet sted i landet som helhet. Reduksjonen i Oslo skyldes trolig den store og økte andelen av innvandrerungdom der. Det antas at dette påvirker konsumet blant etnisk norsk ungdom i positiv retning.

Figur 5. Prosentandel av ungdom i Oslo i alderen 15–20 år som har drukket alkoholholdig drikk 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, Norge. Kilde: SIRUS.



Debutalderen i aldersgruppa 15–20 år har vært relativt stabil det siste tiåret for de ulike sortene alkoholholdig drikk (figur 6).

3.1.5. Utviklingen i drikkemønstrene

Hvert femte år foretar SIRUS intervjuundersøkelser i voksenbefolkningen, samt at de foretar årlige ungdomsundersøkelser.

Veksten i det norske alkoholkonsumet i de senere årene har først og fremst skyldtes en kraftig økning i vinforbruket. Dette har gitt grobunn for en utbredt forestilling om at nordmenn har blitt mer "kontinentale" i drikkevanene. I noen grad kan det være korrekt, men data fra SIRUS sine intervjuundersøkelser viser at realiteten imidlertid fortsatt er at det norske drikkemønsteret komparativt sett er preget av kraftig beruselse (fyll). Dette gjelder både blant de som

drikker mye og lite, og det er få endringer i andelen av befolkningen som oppgir at de har drukket seg beruset. Dette er et drikkemønster som bl.a. gir høy forekomst av akutte og alvorlige alkoholskader.

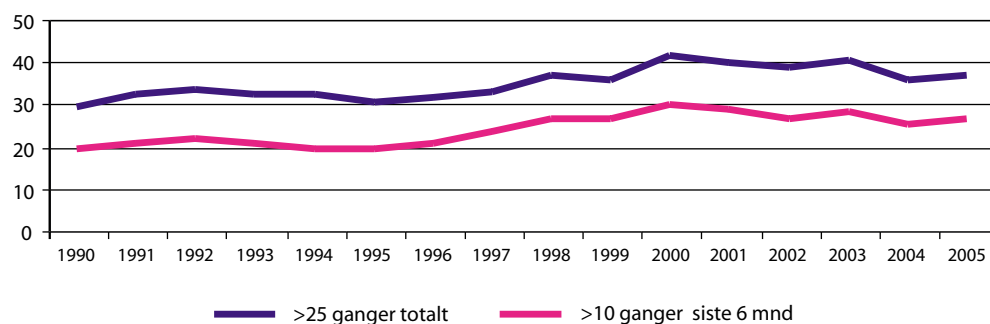
Tabell 3 viser hvor stor andel av de som hadde drukket siste år som oppga at de hadde drukket seg beruset, og hvor ofte de hadde drukket seg beruset. Vi ser at både andelen som har drukket seg beruset og antall ganger de har vært beruset, har holdt seg uendret i perioden 1991-2004.

Tabell 3. Beruselsesfrekvens (15 år og over). Kilde: SIRUS

	1991	1994	1999	2004
Andel som har vært beruset siste år	45	46	46	45
Antall ganger de i gjennomsnitt var beruset siste år	10	11	10	12

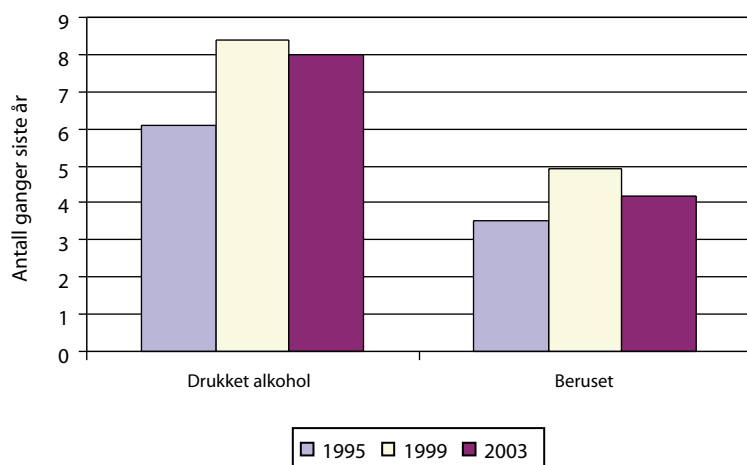
Figur 7 viser hvor stor andel av aldersgruppen 15–20 år som har vært beruset 25 ganger eller mer totalt, og 10 ganger eller mer i løpet av de siste 6 måneder. Tallene tyder på at drikkemønsteret ligger fast også innenfor ungdomsgruppen.

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.



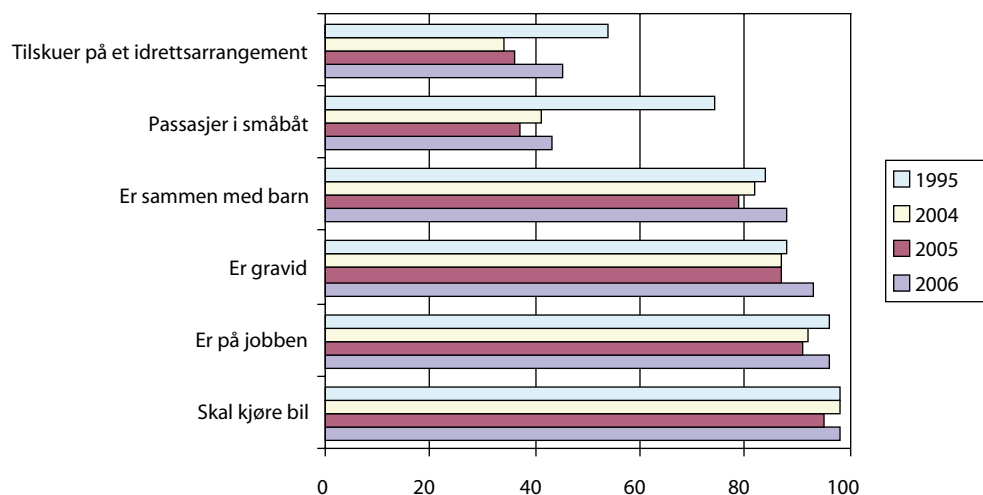
Også ESPAD-undersøkelsen inneholder data om beruselse. Figur 8 viser gjennomsnittlig antall ganger 15 til 16-åringene oppgir å ha drukket alkoholholdig drikk i løpet av de siste 12 måneder, sammenlignet med det gjennomsnittlige antall ganger de oppgir å ha vært beruset. Grovt sett kan vi si at de har vært beruset omtrent halvparten 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 drikket alkoholholdig drikk, og gjennomsnittlig antall ganger vært beruset i løpet av siste 12 måneder (aldersgruppa 15–16 år) Kilde: SIRUS.



Det er også interessant å se på i hvilke situasjoner det ikke drikkes alkoholholdig drikk. 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, og økende, oppslutning om alkoholfrie soner som i trafikken, i arbeidslivet, når man er gravid eller når man er sammen med barn. Oppslutning om det å ikke drikke alkohol når man er passasjer i småbåt eller når man er tilskuer på et idrettsarrangement, har vært synkende, men vi ser nå indikasjoner på en økende oppslutning også her.

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



3.2. Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster – narkotika

3.2.1. Narkotikabruk i befolkningen

I 2004 gjennomførte SIRUS den siste av en serie intervjuundersøkelser om bruk av alkoholholdig drikk og andre rusmidler i et landsrepresentativt utvalg av den norske befolkning. Respondentene ble bedt om å svare skriftlig og anonymt på spørsmål om eget bruk av narkotika. Slike undersøkelser blir foretatt med jevne mellomrom. Innenfor aldersgruppen 15–64 år

har andelen som oppgir at de noen gang hadde brukt cannabis økt, fra 9,6 pst. i 1991 til 16,2 pst. i 2004. Andelen som oppgir at de har brukt cannabis i løpet av det siste året har økt fra 3,0 pst. til 4,6 pst. I 2004 var det innenfor samme aldersgruppe 3,6 pst. som oppga at de noen gang hadde brukt amfetamin, 1,8 pst. ecstasy, 2,7 pst. kokain og 0,7 pst. heroin. Endringen i cannabis-bruken 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 rusmiddelavhengige til å være mellom 9 000 og 12 000. Dette anslaget ble i 2002 justert til mellom 11 000 og 15 000. Anslaget innbefatter både de som injiserer heroin og amfetamin.

SIRUS arbeider med å utvikle nye metoder for å beregne antall injiserende rusmiddelavhengige.

En indikator som kan belyse omfanget og utviklingen av injiserende rusmiddelmissbruk, er antall sprøyter som deles ut eller selges til misbrukere fra apotek. Det foreligger imidlertid ikke pålitelige landsomfattende opplysninger om hvor mange sprøyter dette dreier seg om på årsbasis. Tabell 4 viser antall sprøyter som er delt ut fra Rusmiddeletaten i Oslo.

Tabell 4. Antall sprøyter gitt ut fra Rusmiddeletaten i Oslo. Kilde: Oslo kommune, Rusmiddeletaten.

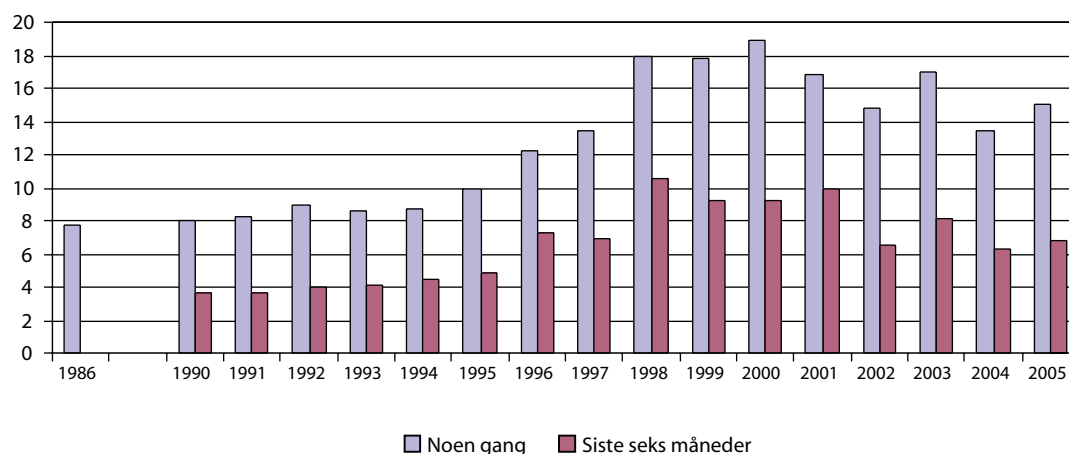
	Totalt	Gjennomsnitt per dag
1996	1 145 120	3 137
1997	1 549 779	4 246
1998	1 896 653	5 197
1999	1 719 140	4 710
2000	1 870 194	5 124
2001	Ca 1 800 000	Ca 5 000
2002	Ca 2 000 000	Ca 5 500
2003	Ca 2 000 000	Ca 5 500
2004	Ca 2 200 000	Ca 6 000
2005	Ca 2 300 000	Ca 6 300

3.2.3. Narkotikabruk blant ungdom

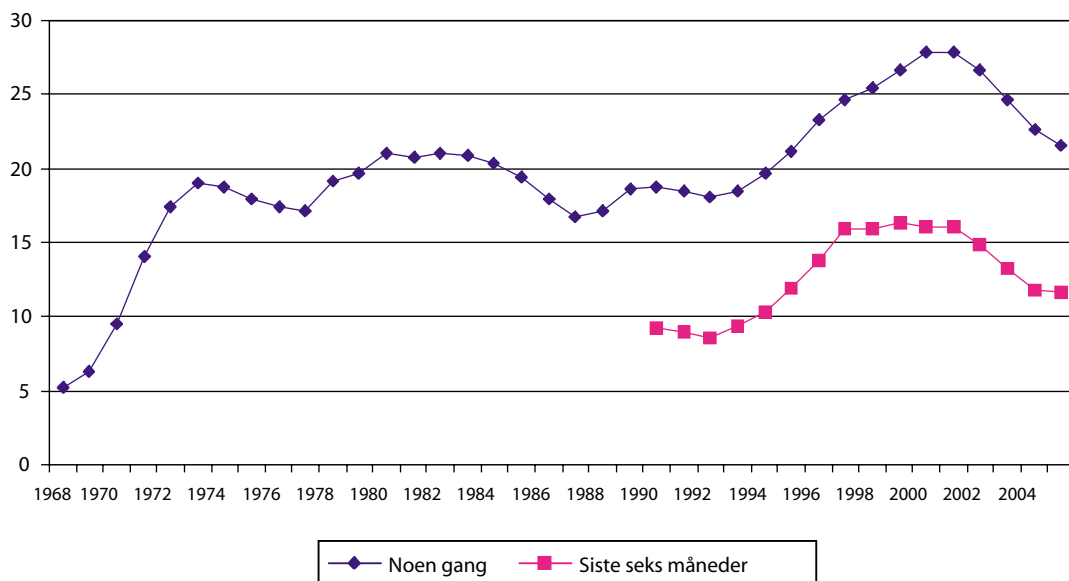
Cannabis

SIRUS sin årlige ungdomsundersøkelse i aldersgruppa 15–20 år, viser at andelen på landsbasis som oppgir at de har brukt cannabis noen gang og i løpet av siste seks måneder, har vært henholdsvis omkring 14–17 pst. og 6–8 pst. de siste par-tre år. De tilsvarende tallene for ungdom kun i Oslo, har vært omkring 22–25 pst. og 12 pst.

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, 1986–2005. 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, 1968–2005 (treårig glidende gjennomsnitt). Kilde: SIRUS.

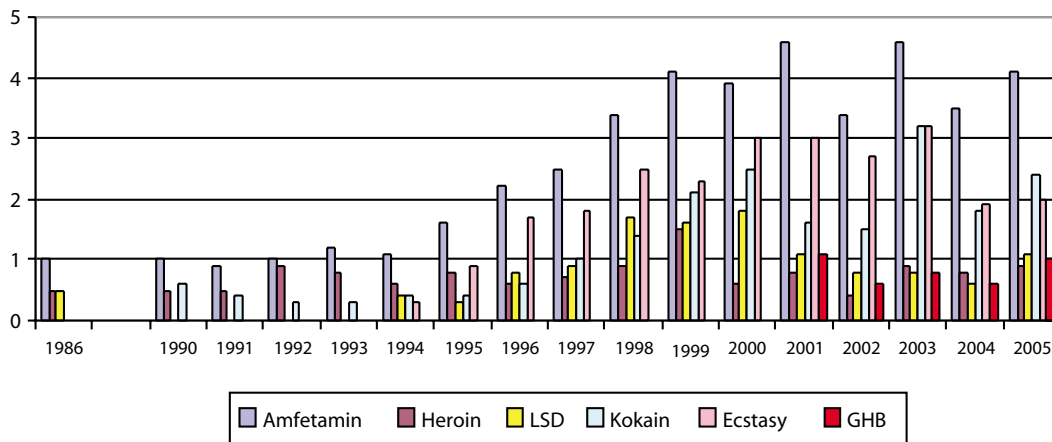


Ungdomsundersøkelsene viser at det skjedde en relativt dramatisk økning fra 1995 fram til tusenårsskiftet i andelen som oppga at de hadde brukt cannabis. Andelen har i de seinere år vært stabil eller gått noe ned, både når det gjelder de som rapporterer at de har brukt cannabis noen gang, og i løpet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

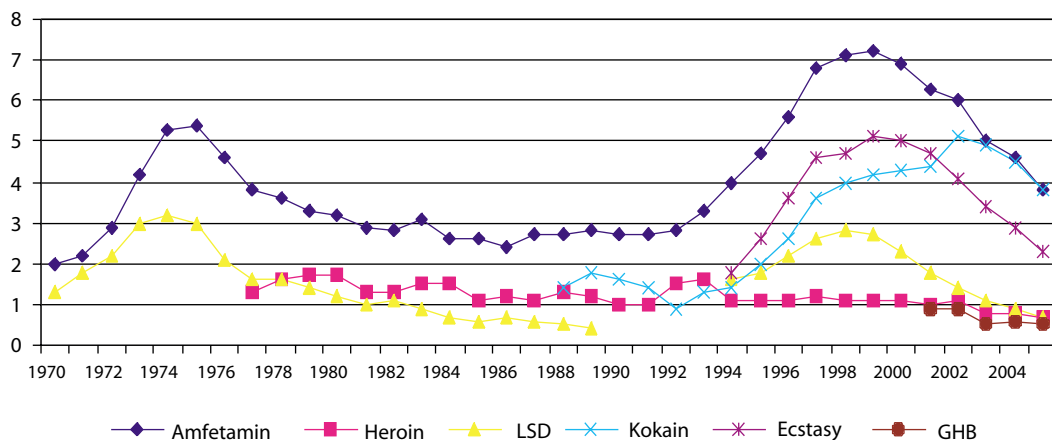
Andre narkotiske stoffer

Når det gjelder andelen som oppgir at de har brukt andre stoffer, viser ungdomsundersøkelsen at det stort sett har vært en utflating eller nedgang de siste par år. Eksempelvis har andelen 15–20-åringene på landsbasis som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin, holdt seg på omkring 4 pst., mens den tilsvarende andel i Oslo er redusert fra omkring 6 pst. til omkring 4 pst. Andelen som oppgir å ha brukt ecstasy på landsbasis har holdt seg på omkring 2–3 pst., mens den tilsvarende andelen i Oslo var 2–4 pst. 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, 1986–2005. 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 har vært en nedgang fra 1999 til 2003. Forskjellene er imidlertid små og må tolkes med forsiktighet. Det er 1–2 pst. som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin, ecstasy, kokain og 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 pst. i 1995, 3,5 pst. i 1999 og 2,5 pst. 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 ungdom er blitt tilbudt ulike stoffer. Andelen 15 til 20-åringer på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt cannabis, har vært omkring 40 pst. i den siste 5-årsperioden. Andelen som mener at de vil kunne klare å skaffe cannabis i løpet av 2 til 3 dager hvis de skulle ønske det, har vært omkring 60–65 pst. Likeledes har andelen på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt henholdsvis amfetamin og ecstasy ligget på omkring 13–17 og 9–13 pst.

For 15 til 20-åringer i Oslo har andelen som har oppgitt at de er blitt tilbudt cannabis ligget omkring 50–55 pst., at de skulle klare å skaffe cannabis i løpet av 2 til 3 dager omkring 65–70 pst., mens andelen som oppgir at de er blitt tilbudt henholdsvis amfetamin eller ecstasy har ligget på omkring 16–20 pst. og 10–17 pst.

Undersøkelsen fra 2005 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 8–10 pst. av 15 til 20-åringer på landsbasis, og 10–13 pst. 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 2004 foreligger informasjon fra helse- og sosialetat for omkring 80 pst. av kommunene, og fra politiet i underkant av 90 pst.

Alle ble bedt om å gi et anslag over antallet 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.

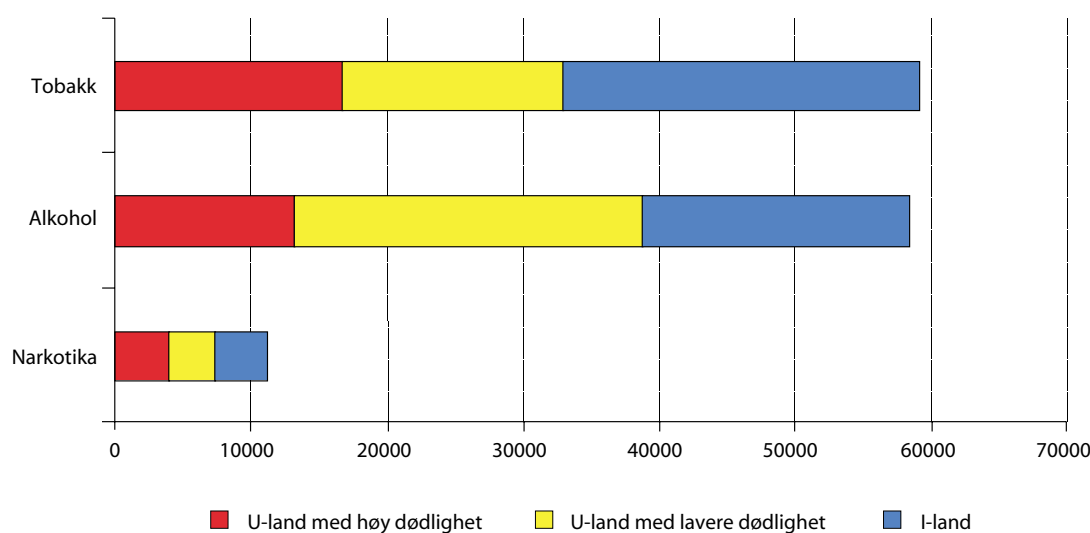
Av 2004-undersøkelsen framgår det at hovedtyngden av kommunene oppga at det ikke har skjedd noen endring i bruken av de ulike stoffene fra 2002 til 2004. Utviklingstrekkene varierer imidlertid noe for de ulike stoffene. For cannabis og amfetamin ser det ut som om veksten flater ut. Når det gjelder ecstasy og opiater fortsetter tendensen fra 2002 og 2003 med reduksjon i rapportert bruk. Selv om de fleste kommuner har en viss forekomst av narkotikamisbruk, ser problemene ut til å være av begrenset omfang i brorparten av disse.

3.3. Sosiale og helsemessige skader

Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått 1,8 mill. mennesker døde av alkoholrelaterte årsaker, og 223 000 mennesker av narkotikarelaterte årsaker på verdensbasis i år 2000. Videre anslår WHO at 600 000 mennesker døde av alkohol i Europa i 2002. På verdensbasis forårsaker alkohol omtrent like mye helsetap (i form av tapte leveår) som tobakk, og alkohol ble av WHO sett på som den femte viktigste av 26 risikofaktorer som ble undersøkt. I industrilandene er alkohol den tredje største og narkotika den åttende største risikofaktor.

I de rikeste utviklingslandene, slik som Kina og Brasil, er alkohol den største risikofaktoren. WHO konkluderer med at det er årsakssammenheng mellom alkohol og over 60 ulike skade- og sykdomstyper.

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



Rusmiddelrelaterte skader kan knyttes 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 5. 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 brukeren selv, og skader som rammer andre. Det er gjerne de indirekte skadene (både knyttet til akutt rus og kronisk misbruk) som rammer andre (f.eks. ektefelle, barn, medtrafikanter). Beskrivelsen ovenfor bygger 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 rusmiddelbruk.

Det er ønskelig med bedre statistisk tallmateriale på sosiale- og helsemessige skader av rusmiddelbruk. Dette gjelder særlig skader som rammer de pårørende.

De uheldige følgene for samfunnet har vi heller ikke gode opplysninger om, kanskje med unntak for ressursbruken i behandlingssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet og SIRUS om å se på mulige forbedringer av registreringssystemene for rusmiddelrelaterte skader. Det er også gjort anslag over de samfunnsøkonomiske kostnadene som rusmiddelbruk fører med seg².

² Rokkansenteret Notatserie i helseøkonomi nr. 07/04

3.3.1. Dødsfall og ulykker

I SSBs dødsårsaksstatistikk angis det antall dødsfall for ulike sykdomskategorier hvor alkoholholdig drikk og narkotika er hovedårsak til dødsfallet jf. tabellen under.

I tillegg kommer en rekke sykdommer og brå dødsfall (ulykker, selvmord og drap) hvor beruselse har vært en årsak eller en medvirkende faktor.

Alkoholholdig drikk

Tabell 6. Antall dødsfall som skyldes alkohol. Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB).

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Alkohol i alt	442	435	408	413	401	378	424	422	441
Alkoholavhengighet	181	165	149	167	154	173	149	156	161
Leverskader	184	189	186	172	185	149	177	168	208
Psykiske lidelser	33	40	27	32	35	32	45	12	10
Alkoholforgiftning	18	10	20	11	11	9	23	61	40
Annet	26	31	26	31	16	15	30	25	22

Det er langt flere menn enn kvinner som dør av alkohol, og hovedtyngden er i alderen 50–64 år. Dødsfall som skyldes alkoholholdig drikk må antas å være utsatt for en betydelig underreportering. Det synes å være store variasjoner i legers evne og vilje til å registrere alkoholens betydning ved dødsfall og sykdom. Dette 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 for eksempel ikke dødsfall som skyldes ulykker, drap og mord. WHO har beregnet fordelingen av dødsfall som skyldes alkoholholdig drikk etter dødsårsakskategori. Der framgår det at 38 pst. av dødsfallene som skyldes alkohol kan kategoriseres under psykiatriske sykdommer, 27 pst. er ulykker (og drap), 13 pst. er selvmord, 7 pst. er kreftsykdommer, 7 pst. er hjerte-karsykdommer og 8 pst. er andre sykdommer (i hovedsak levercirrhose).

De fleste skader og ulykker som er forbundet med alkoholholdig drikk skjer ikke som en følge av langvarig bruk, men som følge av alkoholpåvirkning og beruselse. Dette skyldes at drikke-mønsteret er preget av at beruselse forekommer relativt hyppig.

Narkotika

Fram til 2001 var det en relativt dramatisk økning i overdose dødsfall. Politiet registrerte da 338 slike dødsfall. Ser vi årene fra 2001 til 2005 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 renere heroin på markedet. I 2005 ses igjen en nedgang.

Tabell 7. 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	174	49	223
2005	70	114	146	38	184

Det er alminnelig antatt at heroin er det mest utslagsgivende stoffet ved overdoser, om enn oftest i kombinasjon med andre rusmidler/legemidler. Det er i takt med økningen i forskrevet mengde metadon registrert en økning i antall dødsfall hvor det er gjort funn av metadon i blodet. Dette gjelder for det meste personer som ikke er inkludert i LAR, men har skaffet seg metadon som har lekket til markedet. 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 i blodet³.

Helsedepartementet ga i 2003 Folkehelseinstituttet i oppgave å etablere et nytt nasjonalt register for å følge utviklingen i overdosedødsfallene. Det skal utarbeides definisjoner på overdosedødsfall 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 arbeidet⁴.

3.3.2. Avhengighet og sykелighet

Det finnes ikke tall på hvor mange som er alkoholavhengige i Norge. Imidlertid kan vi på bakgrunn av kunnskap om sammenhengen mellom gjennomsnittsforbruket av alkoholholdig drikk og antall som drikker over en viss gjennomsnittlig mengde per dag, beregne antall stordrikkere. Definisjonen av en stordriker kan variere. Her regnes en person som i gjennomsnitt drikker 10 cl ren alkohol per dag eller mer, for en stordriker⁵. Ut fra et antatt forbruk på 9 liter ren alkohol per alkoholbruker som var 15 år og eldre i 2005, har SIRUS anslått antall stordrikkere til å ligge et sted mellom 66 000 og 122 000 personer.

3 THC er virkestoffet i cannabis

4 EMCDDA er EUs overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk

5 En alkoholmengde svarende til 0,25 liter brennevin eller vel ei hel flaske vin eller vel 2 liter pilsnerøl

Det vil være feil å si at alle disse er avhengige av alkohol, men blant dem som har et gjennomsnittlig 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 drikker mindre enn dette som har betydelige problemer med sitt alkoholforbruk.

Tilsvarende har vi ingen oversikt over hvor mange som kan karakteriseres som avhengige av narkotika. En antar at det er mellom 11 000 og 15 000 sprøytemisbrukere i Norge. 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 også grunn til å tro at personer som i utgangspunktet har psykiske sykdommer, har økt risiko for å utvikle en problematisk bruk av rusmidler.

På bakgrunn av en kartleggingsundersøkelse rettet mot psykiatriske avdelinger, poliklinikker og ungdomsteam, samt rusmiddelpoliklinikker og kommuner, er det gjort anslag for hvor mange pasienter med kombinasjonen psykisk lidelse og rusmiddelproblemer 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. Kartleggingen viste at det var en klar tendens til at pasienter med psykoser misbrukte cannabis og amfetamin, mens pasienter med stemningslidelser misbrukte 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. Sprøytemisbrukere er spesielt risikoutsatt for å utvikle infeksjoner og de har en generell økt sykkelighet. De er utsatt for flere smittsomme sykdommer gjennom bruk av urene sprøyter, og de har en forhøyet risiko for en tidlig død. I tillegg kommer farene ved bruk av alkohol under graviditet som blant annet kan føre til økt dødelighet i mors liv, forsinket psykomotorisk utvikling og adferdsproblemer. Felles for alkohol- og narkotikamisbrukere er generelt svekket helsetilstand og redusert immunforsvar som fører til økt sykkelighet. SINTEF Helse gjorde i 2003 på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet to undersøkelser om helsetilstanden og helsetjenestene til tunge rusmiddelbrukere. Vi vet imidlertid fortsatt for lite om omfang og fordeling av kroniske lidelser blant rusmiddelavhengige i Norge, og hvilke behov for helsetjenester rusmiddelavhengige har.

3.3.3. Alkohol- og narkotikakriminalitet

De mest alvorlige kriminelle handlinger i forbindelse med bruk av alkoholholdig drikk og andre rusmidler, er legemsbeskadigelse og bruk av vold. 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 dette var at slik informasjon ikke ble innhentet i alle tilfeller på grunn av praktiske vanskeligheter med å fastslå om utøveren var påvirket.

Alkoholholdig drikk

En stor del av den registrerte kriminaliteten som er knyttet til alkoholholdig drikk, gjelder forsøk på å skaffe seg sprit på illegalt vis. Dette skjer 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 alkoholholdig drikk 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 45 i 2004. Når det gjelder andre overtredelser av alkoholloven, som f.eks. ulovlig omsetning, så økte antallet slike lovbrudd betydelig på 1990-tallet.

Smugling og hjemmeproduksjon for videresalg regnes som brudd på alkoholloven⁶. Det finnes ikke gode data for utviklingen i antallet lovbrudd mot denne loven.

En av de vanligste overtredelsene i forbindelse med bruk av alkoholholdig drikk er promillekjøring. Også kjøring under påvirkning av illegale rusmidler og enkelte legemidler representerer en fare i veitrafikken. Antall veitrafikksaker med mistanke om alkoholpåvirkning har vært nokså stabilt de siste tre årene. Det var 5 148 slike saker i 2005. Når det gjelder mistanke om bruk av illegale rusmidler og enkelte legemidler kombinert med å føre motorvogn, er det en svak nedgang de siste tre årene. Det var 4 007 slike saker i 2005. Det er grunn til å merke seg at antall veitrafikksaker der det er mistanke om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol, relativt sett er høyt.

Narkotika

Det er grunn til å tro at en relativt stor andel av den totale vinningskriminaliteten begås av rusmiddelavhengige 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 rusmiddelavhengige. De foreliggende kriminalitetsindikatorene m.h.t. narkotika er således begrenset til det som relaterer seg til brudd på narkotikalovgivningen, dvs. straffeloven⁷ og legemiddelloven⁸. Utviklingen i årene 1996 til 2004 er gjengitt i tabellene 8 og 9 nedenfor.

Tabell 8. Antall reaksjoner ved narkotikalovbrudd. Kilde: Kriminalstatistikken, SSB.

	Straffeloven § 162	Legemiddelloven § 31-2	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
2004	6 029	5 684	11 713

6 Lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v.
Heretter kalt alkoholloven

7 Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff. Heretter kalt straffeloven

8 Lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. Heretter kalt legemiddelloven

Tabell 9. 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 innføring av politireformen har det vært gjort endringer i politiets IT-systemer. Dette har medført at datagrunnlaget divergerer fra tidligere år, noe som medfører at statistikkproduksjonen på området er forsinket.

3.3.4. Sosiale problemer

Med rusmiddelrelaterte sosiale problemer menes her problemer som rusmiddelbruken påfører ektefelle og barn, øvrig familie, venner, kolleger og tilfeldige 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 av barn. En kan 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.

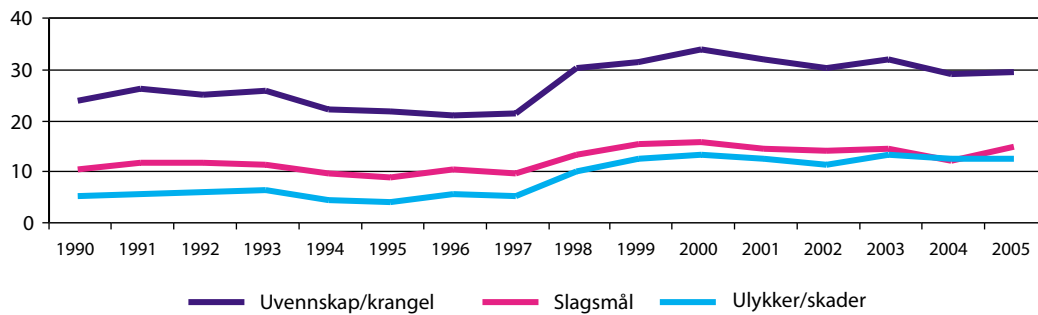
I forbindelse med undersøkelsen SIRUS foretar hvert femte år av den norske befolkningens rusmiddelvaner, har det i de siste år vært spurt om man har opplevd å komme i krangel eller slagsmål som følge av sitt alkoholbruk. Tallene er basert på regelmessige studier, men det er likevel usikkert om denne 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 10. Andel av dem som har drukket alkohol siste år som oppgir at de har kommet i krangel eller slagsmål (15 år og over). 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

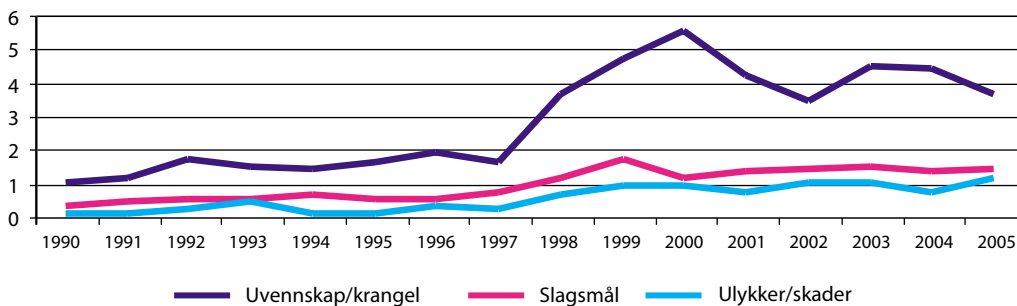
De årlige spørreskjemaundersøkelsene om bruk av rusmidler i aldersgruppen 15–20 år inneholder spørsmål om hvorvidt de unge har kommet i ulike vanskeligheter fordi de har drukket for mye alkohol eller fordi de har brukt narkotika. Figurene 15 og 16 viser andelen som oppgir å ha kommet i krangel, slagsmål 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 oppgir at de har kommet i vanskeligheter fordi de har drukket for mye alkohol. 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 fordi de hadde drukket. Det var også 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 både 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 oppgir å ha kommet i vanskeligheter fordi de har brukt narkotika. Kilde: SIRUS.



4. OM ORGANISERING, FORSKNING OG DOKUMENTASJON PÅ RUSFELTET

4.1. Organisering og samordning – endringer i 2005

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

Rusmiddelproblemene er sammensatte og krever innsats på tvers av departements- og etatsgrensene. Helse- og omsorgsministeren har et særskilt ansvar for koordinering av innsatsen. Ansvaret for koordineringen av alkohol- og narkotikapolitikken ble etter regjeringsskiftet i 2005 flyttet fra det daværende Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Herunder overtok HOD ansvaret for alkoholloven og vinmonopolloven⁹, samt eieransvaret for AS Vinmonopolet og SIRUS.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for behandlingsapparatet for rusmiddelavhengige. Dette innebærer blant annet ansvar for de juridiske rammene for tiltaksapparatet, jf. sosialtjenesteloven¹⁰, kommunehelsetjenesteloven¹¹ og spesialisthelsetjenesteloven¹². Videre har HOD eieransvaret for de regionale helseforetakene, og hovedansvar for etatsstyringen av Sosial- og helsedirektoratet.

I tillegg til Helse- og omsorgsdepartementet har Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Finansdepartementet, Justis- og politidepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kunnskapsdepartementet 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 alkoholholdig drikk 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. Når det gjelder forebygging med skolen som arena har Utdanningsdirektoratet et viktig ansvar.

Sosial- og helsedirektoratet er Regjeringens fremste helse- og sosialfaglige rådgiver. Som fagorgan skal direktoratet følge med situasjonen i helse- og sosialsektoren, 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. Det er også ansvarlig for å koordinere den nasjonale forebyggingsstrategien. Politidirektoratet, Toll- og avgiftsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet er viktige samarbeidspartnere.

Det er de fem regionale helseforetakene som har ansvaret for å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk¹³, herunder ansvar for avrusning, utredning og annen spesialisert behandling. Tjenestetilbudet skal inneholde både sosial- og helsefaglig behandling, jf. begrepet tverrfaglig. De regionale helseforetakene skal også peke ut et tilstrekkelig antall

9 Lov 19. juni 1931 nr. 18 om Aktieselskapet Vinmonopolet . Heretter kalt Vinmonopolloven

10 Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosial tjenester m.v. Heretter kalt sosialtjenesteloven

11 Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. Heretter kalt kommunehelsetjenesteloven

12 Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. Heretter kalt spesialisthelsetjenesten

13 Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a

plasser for tilbakeholdelse uten eget samtykke¹⁴. Området er nærmere behandlet i punkt 5.4.8 i rapporten her.

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 personer med rusmiddelproblemer i kommunene, blant annet gjennom veiledning og kompetanseheving. Fylkesmannen behandler også klager på enkeltvedtak etter alkoholloven og sosialtjenesteloven, herunder vedtak om tiltak for personer med rusmiddelproblemer. På oppdrag fra Statens helsetilsyn skal helsetilsynet i fylket føre tilsyn med helse-tjenesten¹⁵ til personer med rusmiddelproblemer. Tilsyn føres etter systemrevisjonsmetoden, og kan foregå som en planlagt aktivitet (planlagt tilsyn), som reaksjon på hendelser (hendelses-basert tilsyn) og med et overordnet perspektiv (områdeovervåkning).

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 med Sosial- og helsedirektoratet, 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(r):

- Nordnorsk kompetansesenter – Rus ved Nordlandsklinikken: Rusforebygging i skolen
- Midt-norsk kompetansesenter: Yngre misbrukere
- Stiftelsen Bergensklinikkene: Kvinner og rus
- Rogaland A-senter: Rusmiddelproblematikk i familier med barn i skolealder, arbeidsliv og rus
- Borgestadklinikken: Gravide rusmiddelavhengige og familier med små barn
- Rusmiddeletatens kompetansesenter: Ungdom og nye misbruksmønstre
- Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål: Rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser, spilleavhengighet

Det er kommunene og de regionale helseforetakene som er brukere av sentrene. Det er derfor en forutsetning at kompetansesentrene kan møte behov og etterspørselen fra disse. Videreutvikling av sentrene i 2006 skjer innenfor den eksisterende hovedstrukturen. Sosial- og helsedirektoratet bevilget i alt 62,5 mill. kroner til de syv kompetansesentrene på rusfeltet i 2005. Tilskuddet skal dekke utgifter til drift og tiltaksutvikling. For å målrette sentrenes virksomhet mot de regionale helseforetakene og kommunene, ble førstnevnte trukket aktivt med i utarbeidelse av bestillingen fra Sosial- og helsedirektoratet til de regionale kompetansesentrene. Det ble i 2005 avholdt regionale erfaringskonferanser om rusreformen, med bred deltakelse fra kommunene. Erfaringene fra konferansene har gitt et viktig grunnlag for å innrette virksomheten mot kommunene i 2006. Dette arbeidet foregår i tett dialog med fylkesmannsembetene.

Kommunene har et betydelig ansvar for personer med rusmiddelproblemer. De har ansvar for lokale forebyggings tiltak, herunder forvaltningen av alkoholloven, jf. bevilgningspolitikken, og sosialtjenesten i kommunene skal gi råd, veiledning og bidra til å sette i verk andre hjelpetiltak rettet mot rusmiddelproblemer. Kommunehelsetjenesten har ansvar for å tilby helsetjenester til rusmiddelavhengige på samme måte som til andre, jf. også fastlegeordningen. Når det ikke er tilstrekkelig med hjelpetiltak i kommunal regi er det kommunen, ved kommunehelsetjenesten 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.

14 Sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3

15 Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

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 med et godt samarbeid mellom det offentlige og frivillige organisasjoner, samt 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 disse tilskuddsordningene (se punkt 5.2–5.4).

4.2. Forskning, utvikling og dokumentasjon – aktører og aktuell forskning i 2005

Rusmiddelpolitikken skal være kunnskapsbasert. Forskning vil imidlertid ikke kunne styre tiltak og programmer på rusmiddelområdet alene. I tillegg kommer for eksempel erfaringsbasert kunnskap og verdivalg. I dette kapittelet presenteres noen av aktørene og noe av forskningen som har funnet sted på rusfeltet i 2005, men det utgjør ikke en uttømmende oversikt.

4.2.1. 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 de 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 EMCDDA.

Instituttets virksomhet faller innunder følgende fem hovedområder:

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

Av arbeidet ved SIRUS som ble avsluttet i 2005 kan nevnes evalueringen av Sosial- og helsedirektoratets alkoholkampanje "Alvorlig talt"¹⁶, undersøkelsen av "Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: hva betyr innvandrerbakgrunn?"¹⁷, og undersøkelsen "Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler: en analyse av intervjuer foretatt 1993-2004"¹⁸. I den sist nevnte undersøkelsen beskrives gruppen av aktive sprøytemisbrukere og deres rusmiddelbruk, og man har analysert hvordan økonomiske faktorer påvirker forbruket. Videre er undersøkelsen "Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990-2004"¹⁹ gitt ut. På oppdrag fra Barne- og familiedepartementet kom SIRUS høsten 2005 med en rapport om barn som er innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer²⁰. Våren 2006 kom en rapport om tilbudet til barn med foreldre med rusmiddelproblemer²¹.

Så langt i 2006 er det også gjort en kartlegging av "Narkotikasituasjonen i kommunene 2002–2004: nettrapport". Rapporten "Ingen enkle løsninger", som er en evaluering av tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo Sentrum, den såkalte "Plata-planen", kom ut våren 2006²².

16 SIRUS rapport nr. 1/2005

17 SIRUS skrifter nr. 5/2005

18 SIRUS rapport nr. 4/2005

19 SIRUS rapport nr. 6/2005

20 SIRUS rapport nr. 2/2005

21 SIRUS rapport nr. 5/2005

22 SIRUS rapport nr. 1/2006

Av arbeid som pågår over lengre tid kan nevnes evalueringen av Sosial- og helsedirektoratets regionprosjekt, og evalueringen av forsøk med sprøyterom.

Som en del av en bredere styrking av rusmiddelforskningen i 2006, se også punkt 4.2.3, ble SIRUS styrket med 3 mill. kroner i 2006. SIRUS skal blant annet utvikle forskning på tiltak rettet mot barn og unge med særskilt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer.

SIRUS gir hvert år ut rapporten "Rusmidler i Norge". Den er en statistisk oversikt over ulike sider ved alkohol- og narkotikasituasjonen i Norge. Hvert år utgis også en oversikt over kommunenes forvaltning av alkoholloven. Det vises for øvrig til årsmelding for virksomheten²³.

4.2.2. Rusmiddelforskningsprogram under Norges forskningsråd

Det foregår forskning på rusmiddelproblemer ved flere forskningsinstitusjoner, universiteter og høyskoler i Norge. Programmet Helse og Samfunn (2001–2005) under Norges Forskningsråd (NFR) omfattet også rusmiddelforskning. Fra 2006 er det gjennom det nye forskningsprogrammet Psykisk helse (NFR) lagt til rette for forskning knyttet til psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Som en oppfølging av rapporten (NOU 2003 :4) Forskning på rusmiddelfeltet og for å styrke rusmiddelforskningen er det vedtatt å opprette et eget rusmiddelforskningsprogram knyttet til NFR. Som en del av satsingen skal det etableres et forskningssenter som skal knyttes til et av universitetene etter utlysning og konkurranse. Utlysningen vil komme i løpet av 2006, og senteret vil etter planen være operativt i løpet av 2007. Det nye rusmiddelforskningsprogrammet i NFR vil også bli etablert i 2007. Programmet skal ivareta prosjektsøknader, samt finansiere det nevnte forskningssenteret. Til sammen ble det for 2006 bevilget 11,5 mill. kroner til etableringen av dette programmet og forskningssenteret for å styrke rusmiddelforskningen.

4.2.3. Annen rusmiddelforskning

Flere departementer bidrar til finansieringen av Senter for studier av problemadferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) ved Universitetet i Oslo. Senteret var i full drift fra 2003. Senterets oppgaver er å studere hvordan problemadferd oppstår, problemenes omfang, utvikling av teori for forebygging og metoder for å avhjelpe problemadferd, samt vitenskapelig evaluering av metodene.

Senteret har også fått tilskudd fra USA ved NIDA²⁴, for å utvikle og studere implementeringen av foreldretrening i Norge.

I samarbeid med Family Services Research Center (FSRC), Medical University of South Carolina, vil senteret gjennomføre en komparativ klinisk behandlingsstudie av unge med rusmiddelproblemer. Studien i USA er allerede i gang, og bygger på lovende resultater fra en pilotstudie der Multisystemisk terapi (MST) er forsterket med konsekvensansvar (eng. contingency management). Dette innebærer blant annet at terapeuten og familien får ansvar for klare og systematiske konsekvenser av ungdommens rusmiddelbruk, eller avhold fra rusmiddelbruk.

Konsekvensansvar er en evidensbasert behandlingsmetode som har vist gode resultater i arbeidet med rusmiddelmisbruk hos ungdom. Fra norsk side er det behov for å øke kompetansen, og å styrke arbeidet i forhold til rusmiddelmisbruk blant ungdom som et ledd i familie- og nærmiljøbasert behandling.

²³ www.sirus.no

²⁴ National Institute of Drug Abuse

Ettersom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk 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. I bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene i 2006 framgår det at oppbygging av forskningskompetanse innen forsknings-svake fagområder skal prioriteres, særlig forskning på rusbehandling og psykisk helsevern.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo, 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.

Divisjon for retts toksikologi og rusmiddelforskning ved Folkehelseinstituttet 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.

Initiert av statlige myndigheter var det i løpet av 2005 blitt utgitt flere forskningsrapporter som er viktige for rusmiddel feltet, for eksempel SINTEFs rapport om behandlingstilbudet for barn og unge med psykiske lidelser, SINTEFs rapport om Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne, IRIS' midtveisevaluering av rusreformen og AFIs evaluering av AKAN.

I tillegg legger ESPAD-undersøkelsen og EMCDDA sin årlige undersøkelse et godt sammenlikningsgrunnlag for rusmiddelsituasjonene i Norge og andre Europeiske land.

4.2.4. 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 database²⁵. Databasen, som drives av Nordnorsk kompetansesenter - Rus, 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 www.forebygging.no er det utviklet en egen tiltaksbase²⁶. Databasen drives av Sosial- og helsedirektoratet, SIRUS og kompetansesentrene i tillegg til redaksjonen ved www.forebygging.no. Tiltaksbasen er et hjelpemiddel for kommuner og frivillige organisasjoner i planlegging og evaluering av forebyggingstiltak. Den synliggjør tiltak med dokumentert effekt og formidler kunnskap på forebyggingsfeltet.

Sosial- og helsedirektoratet driver også en erfaringsdatabase²⁷ som tar sikte på å gi en samlet informasjon og erfaringsformidling for tiltak, forsøk og utviklingsspørsmål som direkte eller indirekte omhandler sosialtjenesten. Sammen med Arbeids- og velferdsetaten (NAV) skal det fokuseres spesielt på arbeidet med samordningen 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 behandlingstiltak²⁸. Den inneholder en

25 www.forebygging.no

26 www.forebyggingstiltak.no

27 www.tiltak.no

28 www.rustiltak.no

oversikt over behandlingstilbud for personer med rusmiddelproblemer, og er ment som en hjelp til rusmiddelavhengige 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 rusmiddelavhengige over hele landet. Det er en del av det nasjonale dokumentasjonssystemet innen behandling og omsorg for rusmiddelavhengige, og gir en landsdekkende oversikt over behandlingsrettede tiltak. Det er i 2004 utarbeidet en rapport om det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelavhengige. Rapporten presenterer kartleggingssystemet, nettstedet og statistikk innhentet fra landets tiltak i 2001 og 2002.

SIRUS har ansvaret for å rapportere om norske forhold til databasen EDDRA.²⁹ EDDRA er en søkbar database som fungerer som informasjonsbank med opplysninger om ulike tiltak mot narkotika og narkotikarelaterte problemer. Sosial- og helsedirektoratet har norsk kontaktperson til NOSAM³⁰, som er en felles nordisk database for alkoholpolitiske problemstillinger som NAD³¹ har ansvaret for.

4.2.5. Kvalitetsforbedring på rusfeltet

Sosial- og helsedirektoratet startet i 2003 et arbeid knyttet til kvalitetsutvikling av tiltak for rusmiddelavhengige. Kvalitetsarbeidet på rusfeltet inngår i direktoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten "... og bedre skal det bli!". En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet forslag til nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelavhengige. Den har også foreslått kvalitetsindikatorer for rusfeltet. I tillegg er det foreslått områder hvor det er behov for å utarbeide faglige retningslinjer og veiledere. Gruppen foreslo blant annet at det skulle utarbeides faglige retningslinjer for LAR. Disse er nå under utarbeidelse.

Departementet ga i 2004 Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utvikle en strategi for et fremtidig rapporteringssystem. Bakgrunnen var rusreformen, og behovet for å tilpasse rusinstitusjonene de øvrige rapporteringssystemer innenfor spesialisthelsetjenesten. Behovet for å bedre kvaliteten i eksisterende datainnhenting ble også vektlagt. Sosial- og helsedirektoratet samarbeider med SIRUS, Statistisk sentralbyrå (SSB), Sintef Helse (Samdataprojektet og Norsk pasientregister (NPR)) og Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH). Fra 1. januar 2006 rapporterer rusinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten ventelistedata til NPR, tilsvarende som for somatikk og psykisk helsevern. Statistisk sentralbyrå samler inn administrative data. Innen 1. januar 2007 skal etter planen data om tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk rapporteres til NPR, tilsvarende som for øvrig spesialisthelsetjeneste. Når det gjelder aktivitetsdata for kommunale tjenester kan dette skje gjennom utvikling av KOSTRA.

4.2.6. Styrking av kompetanse

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

²⁹ Exchange on Drug Demand Reduction Action <http://eddra.emcdda.europa.eu/>

³⁰ www.nosam.net

³¹ Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning

De regionale helseforetakene skal bidra til økt kvalitet i behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige, herunder beskrive og videreutvikle innholdet i det tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudet. Sentralt i den sammenhengen er fokus på at rusmiddelavhengige 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 rusmiddelmisbruk.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved UiO underviser medisinerstudenter og andre i rusmiddelmedisin, og avholder kurs i rusmedisin for ferdig utdannede leger, psykologer og andre. I 2005 hadde kursene ca 200 deltakere. Seksjonen er knyttet til Institutt for psykiatri, og inngår som en av instituttets ti fagseksjoner. Seksjonen oppsummerer i sin årsrapport at tilknytningen synes velegnet, og er en god basis for kurs- og undervisningsvirksomheten.

Fylkesmannen har, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, ansvaret for gjennomføring av opplæringstiltak rettet mot arbeid med tunge rusmiddelavhengige i kommunene. Formålet er å heve kunnskapen og styrke kompetansen blant kommunalt ansatte, og å styrke det kommunale hjelpetilbudet overfor tunge rusmiddelavhengige, herunder de som får tilbud om LAR. Opplæringen fokuserer for det første på rusmidler, somatiske og psykiske følgetilstander, misbruksmønstre og medikamentbehandling. 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 kjønnshandel/prostitusjon. Målgruppen for dette seminaret var ledere, jurister og etterforskere.

5. RUSMIDDELPOLITIKKEN I 2005

5.1. Handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003–2005)

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003–2005) varslet en årlig statusrapport om rusmiddelsituasjonen. Mål og tiltak i planen gjennomgås, og status og framdrift på tiltak og prosjekter beskrives. I dette kapitlet gjennomgås både generelle (universelle) virkemidler og tiltak, og enkelttiltak og prosjekter som er igangsatt.

Etter stortingsvalget 2005 har Helse- og omsorgsdepartementet hovedansvaret for å følge opp tiltak iverksatt som ledd i overnevnte handlingsplan. Flere aktører har ansvar for å påse at tiltakene iverksettes og gjennomføres innenfor sine områder, og på sitt forvaltningsnivå. Det har vært et sentralt mål å få til et mer systematisk samarbeid om utformingen av rusmiddelpolitikken på departementsnivå. Oppfølgingen har derfor hatt en tverrdepartemental forankring.

5.1.1. Ekspertgrupper for alkohol- og narkotikaspørsmål

I forbindelse med handlingsplanen ble det 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 satt det derfor både tidligere rusmiddelavhengige, representanter for pårørende, kommuner og behandlingsinstitusjoner, kompetansesenter, forskningsmiljøer, frivillige organisasjoner og politiet.

Gruppene har gitt råd i konkrete rusmiddelpolitiske utfordringer, evaluert tiltak, foreslått nye, samt stimulert til kunnskapsutvikling. Ekspertgruppene møttes regelmessig i 2004 og 2005, og avleverte høsten 2005 en samlet oversikt over sine innspill. Innspillene var knyttet til oppfølgingen av rusreformen, fremtidig forskningsstrategi og forebygging. Ekspertgruppene hadde sitt siste møte i november 2005, hvor samlede innspill ble overlevert til den nye Regjeringen.

5.2. Forebygging av rusmiddelproblemer – tilgjengelighetsreduserende tiltak

Effektiv forebygging av rusmiddelproblemer er lønnsomt både for den enkelte, familien, lokalmiljøet 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. Det er gjerne vanlig å dele forebyggingen inn i tilgjengelighetsreduserende og etterspørselsreduserende tiltak. Innenfor en slik inndeling skiller man ofte mellom universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen, og tiltak som retter seg mot spesielle målgrupper, såkalte spesifikke tiltak.

5.2.1. Tiltak for å redusere tilgjengeligheten på alkoholholdig drikk

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 alkoholholdig drikk. Vår alkoholpolitikk er av de mest restriktive i Europa. Det er derfor god grunn til å anta at den politikken

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 å i størst mulig grad 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 et stort ansvar, herunder ansvaret for bevillingsordningene. Kommunene skal blant annet sikre at regelverket overholdes i samsvar med målene om blant annet god kontroll og strenge reaksjoner på overtredelser av alkoholloven. Helse- og omsorgsdepartementet har 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.

AS Vinmonopolet er gjennom selskapets enerett til detaljsalg av alkoholholdige drikkevarer som inneholder over 4,7 volumprosent alkohol, et viktig instrument i alkoholpolitikken. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former uten det kjøpepress som karakteriserer detaljhandel når privatøkonomiske interesser er drivkraften. Selskapet bidrar på denne måten til å begrense alkoholkonsumet, og derigjennom også alkoholens skadevirkninger.

Fra ulikt hold i Norge settes hensynet til sosiale og helsemessige konsekvenser av alkohol opp mot nærings-, handels- og konsumentinteresser. Fra internasjonalt hold er det slik at økt globalisering, internasjonale handelsavtaler og forpliktelser kan begrense det nasjonale handlingsrommet for regulering og kontroll som alkoholpolitiske virkemidler. De tradisjonelle virkemidlene i den norske alkoholpolitikken er under press. Eksempelvis kan nevnes at det i 2004 ble satt fokus på forholdet mellom EØS-avtalen og alkohollovens forbud mot reklame for alkoholholdig drikk. Spørsmålet ble, på anmodning fra 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-domsstolen uttalte 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. Oslo tingrett har berammet saken til behandling i oktober 2006³².

Revisjon av alkoholloven og alkohollovens forskrifter

Revisjonen av alkoholloven og tilhørende forskrifter trådte i kraft 1. juli 2005. Formålet med revisjonen var å sikre at loven fortsatt fungerer som et effektivt alkoholpolitisk redskap. Flere av endringene bidrar 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 legger bedre til rette for interkommunalt samarbeid i forvaltningen av alkoholloven. En rekke av endringene bedrer kommunenes mulighet til å føre effektiv kontroll med at salg og skjenking av alkoholholdig drikk skjer i samsvar med alkohollovens krav.

I flere kommuner har det vært utført vellykkede felles kontroller for flere etater. For eksempel deltar Oslo kommune i det tverretatlige samarbeidet "Osloprosjektet". Prosjektet ble igangsatt av Næringssetaten i 2003, og skal primært sørge for målrettede kontroller av butikker og skjenkesteder for å avdekke salg og skjenking av alkoholholdig drikk til personer under 18 år.

32 Se for øvrig punkt 5.5.1. om arbeidet for å motvirke presset mot de tradisjonelle virkemidlene i den norske alkoholpolitikken.

Prosjektets deltakere er Næringsetaten, forebyggende avdelinger ved Oslo politikammer, Skoleetaten i Oslo, Barnevernet, Rusmiddeletaten i Oslo, foreldreutvalgene (FAU) ved skolene og AlkoKutt. I 2005 ble det fattet vedtak om midlertidig inndragning av 21 salgs- og skjenkebevillinger på grunnlag av salg eller skjenking til mindreårige. 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, samt regnskaper og utlevering av vareprøver. Dette skal styrke effektiviteten ved slike kontroller.

Sosial- og helsedirektoratet har høsten 2005 gjennomført opplæring i endringene i alkoholloven i form av kurs og seminarer for kommunene. Direktoratet arbeider også med et revidert rundskriv for alkoholloven med forskrifter som skal gis ut i løpet av 2006.

Alle kommuner er pålagt å utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner, men det anbefales at kommunene utarbeider helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner hvor den alkoholpolitiske planen inngår. I den forbindelse er det utarbeidet en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 revidert veilederen slik at denne er i tråd med endringene i lovverket. Den reviderte veilederen ble utgitt våren 2006³³.

Håndhevingen av alkohollovens reklameforbud

1. juli 2003 ble det innført en ordning med administrativ reaksjon ved brudd på forbudet for reklame for alkoholholdig drikk. Formålet 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 og avgjort fire saker hvor det ble sendt ut forhåndsvarsel om vedtak om retting og tvangsmulkt, hvorefter adressaten rettet et påbegynt ulovlig forhold (tre saker), og 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 i alt 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 har ikke fattet svært mange vedtak etter de nye bestemmelsene, men 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 fem saker. I fire av sakene har Sosial- og helsedirektoratet fått medhold av Markedsrådet i at alkohollovens reklameforbud er brutt, men 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 rettstilstand.

33 www.shdir.no/rusmidler

den, dvs. reklameforbudets rekkevidde. Markedsrådets to vedtak av 21. juni 2005 bidrar til å klargjøre grensene for såkalt indirekte reklame, i disse tilfellene var det reklame hvor det ble benyttet navn og liknende som assosieres med alkoholholdig drikk.

5.2.2. Tiltak for å redusere tilgjengeligheten på narkotika

Å redusere tilgangen på ulovlige narkotiske stoffer og motvirke narkotikamisbruk, eksperimentering og rekruttering, særlig blant barn og unge, er et overordnet mål i norsk så vel som internasjonal rusmiddelpolitikk. Justisdepartementet har bestemt at innsatsen særlig skal settes inn for å forebygge at ungdom bruker narkotika, og for å 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 større saker.

Nye metoder for å smugle narkotika tas i bruk og innførselsveiene endres. Politiet og tollmyndighetene står derfor overfor stadig nye utfordringer når det gjelder avdekking, etterforskning og oppklaring av narkotikaforbrytelser. Ikke minst er det nødvendig å oppdage og avsløre grupper som driver organisert ulovlig transport og innførsel, samt hvilken type narkotika som dominerer. Bruken av ulike rusmidler har til en viss grad et tidstypisk preg, og produksjon tilpasses og forsterker denne utviklingen. Det innebærer ofte at nye grupper rekrutteres. 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 for eksempel sentralstimulerende rusmidler ikke alltid er seg bevisst at bruken er ulovlig, og dermed straffbar. Å øke oppdagelsesrisikoen for såkalte 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.

Justisdepartementet har styrket arbeidet mot hvitvasking av penger, herunder i forbindelse med narkotikaomsetning, gjennom engasjement av spesialråd Eva Joly og prosjektet om antikorrupsjon og hvitvasking som hun ledet. Prosjektet ble avsluttet i 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.

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 ble overført til Kripos fra 1. januar 2005.

5.3. Forebygging av rusmiddelproblemer – etterspørselsreduserende tiltak

Aldersgrenser, alkoholavgifter, reklameforbud, samt ulike kontrolltiltak er alle virkemidler som tar sikte på å redusere etterspørselen etter alkoholholdig drikk. 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 som støtte til prosjekter og tiltak.

Tabell 9. Oversikt over tilskudd til frivillig arbeid på rusfeltet 2005. Kilde: Sosial- og helsedirektoratet.

Type tilskudd	2004	2005
Driftstilskudd til medlemmer av NSRM	4 730 000	4 730 000
Samarbeidsavtaler, programmer og evalueringer	16 496 000	16 338 480
Tilskudd til tiltak for rusmiddelavhengige og prostituerte	46 920 000	71 424 350
Driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner	19 470 000	21 267 200
Prosjekttilskudd	19 680 000	32 805 998
Driftstilskudd til AKA og AlkoKutt	11 200 000	
Sum tilskudd	119 422 258	148 397 030

Som vi ser har det funnet sted en økning i det samlede tilskuddet, fra i overkant av 119 mill. kroner i 2004 til knappe 150 mill. kroner i 2005. Av bevilgningen til samarbeidsavtaler, programmer og evalueringer for 2005 utgjør AKA og AlkoKutt 12,5 mill. kroner. Den største økningen går til tilskudd til tiltak for rusmiddelavhengige og prostituerte.

Regelverket for prosjekttilskudd til rusmiddelforebyggende prosjekter og tiltak ble endret i 2004. Omleggingen kom som et resultat av en evaluering av tilskuddsordningene. Formålet med omleggingen er å styrke frivillig rusmiddelforebyggende arbeid på nasjonalt nivå. Det gis fortrinnsvis tilskudd til prosjekter og tiltak som kan sannsynliggjøre rusmiddelforebyggende effekt, og som har evaluerbare mål. Endringene har ført til mer målrettet bruk av prosjekttilskuddsmidlene.

5.3.2. Tiltak rettet mot barn og ungdom

Under følger en oversikt over en rekke tiltak rettet mot barn og unge, herunder også tiltak i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse "...sammen om psykisk helse".

Generelle barne- og ungdomstiltak

Barne- og likestillingsdepartementet gir nasjonal grunnstøtte til landsomfattende barne- og ungdomsorganisasjoner. Formålet er å legge til rette for barn og ungdoms deltakelse. Tilskuddet i 2005 var på 63,7 mill. kroner, og for 2006 er tilskuddet på 65,4 mill. kroner. I tillegg støtter departementet driften av Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner, Ungdom & Fritid og Funksjonshemmedes fellesorganisasjons ungdom. Støtten i 2005 var på 7,5 mill. kroner, mens støtten i 2006 er på 7,65 mill. kroner.

Det finnes også en egen støtteordning for lokalt frivillig barne- og ungdomsarbeid, kalt Frifond. Frifond gir tilskudd til lokale aktiviteter arrangert for, om og med ungdom. Aktiviteten som mottar tilskudd, må være demokratisk oppbygd og ha et allmennyttig siktemål. Fra og med 2005 er det Kultur- og kirkedepartementet som er ansvarlig for denne støtteordningen. I 2006 er det bevilget totalt 135 mill. kroner til Frifond.

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 2005 deltok ti kommuner i arbeidet. Kommunene deltar for en tre-års periode. For å bidra til kreative og stimulerende ungdomsmiljø som gir ungdom tro på en fremtid lokalt, gir Barne- og likestillingsdepartementet også tilskudd til lokale ungdomssatsinger på kultur- og fritidsområdet i distriktskommuner. Midlene lyses ut blant distriktskommuner med nedgang i folketallet. Det ble i 2005 bevilget vel 5,3 mill. kroner til disse formålene, og i 2006 er det samlet bevilget vel 5,5 mill. kroner til de to ordningene.

Barne- og likestillingsdepartementet forvalter tilskuddsordningen "Barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn". Ordningen er et virkemiddel for å bedre oppvekst- og levekår for barn og ungdom, spesielt ungdom i alderen 12 til 25 år i de ti største byene i Norge. Den retter seg mot barn og ungdom med spesielle behov. Tiltak og prosjekter som arbeider for å forebygge uønsket sosial adferd, deriblant rusmiddelproblematikk, prioriteres. Mange ulike aktiviteter, organisasjoner og grupperinger mottar støtte for sitt arbeid mot rusmiddelproblemer og for rusfrie aktiviteter og treffsteder. Ordningen var i 2005 på over 34 mill. kroner. I 2006 er bevilgningen på omlag 41 mill. kroner, hvorav 21,5 mill. benyttes til tiltak rettet mot barn og unge berørt av fattigdomsproblemer.

Rusmiddeletaten i Oslo har mottatt straksmidler til det rus- og voldsbelastede "Eika-miljøet". Det er også gitt støtte til prosjektet "Tur-retur" som er et samarbeidsprosjekt mot sentrums-pendling av unge mellom Oslo og Drammen i regi av Senter for rusforebygging i Drammen. Sluttrapporten forelå i 2005, og er spredt til landets største byer.

Barne- og likestillingsdepartementet gav også i 2005 midler til PAG-stiftelsen (det tidligere Wanda-senteret) som skal bistå lokale initiativtakere som ønsker å lage et tilbud til barn og unge med familiemedlemmer med rusmiddelproblemer.

Det ble i 2006 bevilget 14 mill. kroner til tiltaksutvikling for barn med foreldre med rusmiddelproblemer.

Behandlingsmetodene foreldretrening og multisystemisk terapi

Barne- og likestillingsdepartementet 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 til 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 eller psykisk helsevern for barn og unge. Metoden evalueres i Norge, og de foreløpige resultatene er svært lovende³⁴. En reduksjon i adferdsproblemer kan være forebyggende i forhold til utvikling av rusmiddelproblemer senere i livet. Nå arbeides det med videre implementering av metoden i kommunale tjenester.

Multisystemisk terapi (MST) er en behandlingsmetode rettet mot ungdom i alderen 12 til 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. Foreløpige evalueringsresultater er positive. Forskning fra USA viser en betydelig reduksjon av adferdsproblemer, innbefattet rusmiddelproblemer, både hjemme og på skolen. I Norge er det etablert multisystemiske team knyttet til barnevernet.

34 www.atferd.unirand.no

MultifunC

MultifunC er betegnelsen på et tilbud som nå er under etablering i barnevernet. Det skal etableres seks åpne institusjoner rettet mot ungdommer med atferdsproblemer som ikke kan få hjelp gjennom hjemmebaserte tiltak. Fire institusjoner er så langt åpnet, og seks er planlagt åpnet. Ungdommene i målgruppen har problemer innen flere områder, og rusproblemer kan være et av dem. Ungdom har behov for intensive og samordnede tiltak fra barneverntjenesten.

Tilbudet i de nye institusjonene vil bestå av et tidsbegrenset opphold på institusjon fulgt av en oppfølgingsperiode etter at ungdommene har flyttet hjem. Samarbeid med familie og med ungdommene selv vil vektlegges hele veien. En viktig del av behandlingen er motivering og involvering av familien i beslutninger som tas.

Personalet i institusjonene sikres god opplæring i de metoder som benyttes. Det integreres systemer for å evaluere tiltaket i behandlingsprosessen gjennom veiledning og registreringer.

5.3.3. Tiltak med skolen som arena

Skolen er en viktig arena for forebyggende arbeid. I skolen kommer man i kontakt med samtlige barn og ungdom, og med deres foresatte. Opplæring om, og forebygging av, bruk og misbruk av alkoholholdig drikk, narkotika og dopingmidler inngår i det generelle forebyggende arbeidet rettet mot alle elever i grunnskolen og videregående opplæring. Innsats rettet mot barn og unge når det gjelder å motvirke bruk av rusmidler, ses i sammenheng med det generelle forebyggende arbeidet i skolen for å motvirke uønsket atferd blant elevene.

Rusmiddelundervisningen blir forankret i læreplanene og integreres i ordinær undervisning. Målet er at aktivt forebyggende arbeid i grunnskolen og videregående opplæring skal:

- engasjere elever og foresatte gjennom en bevisstgjøring rundt bruk av rusmidler
- medvirke til redusert bruk av alkohol blant de unge og heve debutalder
- forebygge enhver bruk av narkotiske stoffer og stanse nyrekruttering
- fange opp elever i risikozonen for rusmiddelproblemer for å tilby hjelp

Tiltak som gjennomføres i skolen tar sikte på å gi barn og unge faktiske kunnskaper om alkoholholdig drikk og narkotika, skape et bevisst forhold til rusmidler og få unge til å ta avstand fra rusmiddelmisbruk. I arbeidet brukes varierte metoder som tar sikte på å påvirke elevenes holdninger og atferd. Det forebyggende arbeidet skal være en del av et langsiktig, helhetlig og systematisk arbeid om problematferd som involverer hele skolen. Det er utarbeidet informasjons- og idémateriell der elevmedvirkning er vektlagt.

Ny forskning³⁵ viser at norske tenåringer har svært mangelfulle kunnskaper om alkohol- og narkotikabruk. De unge har blant annet en sterk tendens til å overvurdere problemer forbundet med bruk av narkotika relativt til alkoholens skadevirkninger. For eksempel er bare 19 pst. klar over at alkohol tar flere liv enn narkotika. Enda færre vet at det er flere ungdommer som får problemer på grunn av alkohol enn narkotika. De eldste tenåringene hadde nesten like store kunnskapshull som de yngste. Med økende alder var det dessuten stadig flere som svarte feil, mens stadig færre ga uttrykk for at de ikke visste svaret på de kunnskapsspørsmålene som ble stilt. Konklusjonen er at det må satses mye mer på faktaorientert kunnskapsformidling om rus.

35 Pape, H., Storvoll, E. S. og Rossow, I.: "Så feil kan man ta! En studie av unge menneskers kunnskap om alkohol- og narkotikabruk" i Tidsskrift for ungdomsforskning, 2006, Vol. 6(11) s. 97-109.

Utdanningsdirektoratet har utarbeidet en helhetlig strategiplan for lærings- og oppvekstmiljøet³⁶. Planen har følgende tiltaksområder:

- sikre et fysisk og psykososialt arbeids- og læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og læring
- styrke elevenes og læringenenes mulighet til å utvikle seg mot verdibeviste, samfunnsengasjerte og læringsorienterte individer
- styrke kompetansen i skole, lærebedrift og lærerutdanning for å oppnå et inkluderende og helsefremmende læringsmiljø for alle
- bidra til at kvalitetsvurderingen av læringsmiljøet styrkes
- spre forskningsbasert kunnskap om ulike forhold ved læringsmiljøet

Utdanningsdirektoratet utarbeidet i 2003 flere veiledningshefter³⁷ til veiledning for skolen og lærere i arbeid med barn som befinner seg i risikosonen, blant annet i forhold til rusmiddelproblemer.

Det er viktig å involvere foresatte i arbeidet med å forebygge at barn og ungdom bruker rusmidler. Politiet engasjerer seg i ungdomsskolen ved å ha informasjonsmøter med elever, foreldre og lærere om rusmiddelproblemer. I møtene fremheves det tverretatlige samarbeidet mellom politi, skole, barnevern, foreldre, samt de frivillige organisasjonene. Målet er å gi foresatte en orientering om lokal rusmiddelsituasjon, og hvordan de selv kan spille en aktiv rolle for å forebygge misbruk.

I Norge har det vært benyttet undervisningsmateriell som er utviklet av Sosial- og helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Flere private aktører har også utviklet skoleprogrammer som tar sikte på å forebygge og håndtere problematferd, herunder bruk av rusmidler.

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 påvise noen effekt på atferd, det vil si elevenes bruk av rusmidler. Det er derfor behov for å utvikle bedre programmer for rusforebygging med skolen som arena. Om lag 90 pst. av skolene benytter et eller flere skoleprogrammer. I tillegg kommer andre tiltak som skolene har benyttet for å forebygge alvorlige atferdsvansker og bidra til utvikling av sosial kompetanse.

Sosial- og helsedirektoratet har laget en rapport om effektive forebyggende tiltak og strategier i skolen. Rapporten vil bli fullført i samarbeid med utdanningsdirektoratet, og vil bli utgitt høsten 2006. Bakgrunnen for rapporten er at det eksisterer mange aktører og mange ulike tiltak på feltet, og effekten av tiltakene er 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.

Formålet med rapporten er å få til en mer helhetlig rusmiddelforebyggende innsats i skolen, og å sikre at de metoder som brukes i skolen er basert på kunnskap om virksomme forebyggingsstrategier. Den overordnede målsettingen er at alle norske skoler innen 2008 skal gjennomføre undervisningsopplegg om rus og rusmidler som er i tråd med forskningsbasert kunnskap. De nasjonale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal i den forbindelse samordne sine råd og anbefalinger til skolene. Rapporten vil inneholde en kunnskapsoppsummering av effektive rusforebyggende strategier, tiltak og programmer der skolen brukes som arena. Deretter skal den inneholde vurderinger og evalueringer av forebyggende strategier, tiltak og programmer

36 "Læringsmiljø i skole og lærebedrift. Strategi for læringsmiljøet i grunnopplæringen (2005-2008)"

37 "Alvorlige atferdsvansker - om forebygging og mestring i skolen" (2 hefter) og "Utvikling av sosial kompetanse"

med tilhørende anbefalinger. For det tredje skal den inneholde en revidering av Rapport 2000 (Nordahl-utvalget). Strategier, tiltak og programmer i denne rapporten er ikke primært utviklet for å forebygge rusmiddelproblemer. For det fjerde skal den inneholde en rapport om kunnskapsstatus på området klasseledelse, og for det femte skal den inneholde en oversikt over anbefalte måter å implementere programmer og tiltak i skolene.

En del generelle anbefalinger om rusmiddelforebyggende arbeid i skolen er tidligere klarlagt. 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 sosialkognitive 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 andre arenaer i kommunen samtidig.

Det er viktig at tiltak iverksettes tidlig. Tiltakene har størst potensiell virkning dersom de iverksettes før det observeres problematferd eller et antisosialt atferdsmønster. 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.

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.

5.3.4. Tiltak i regi av politiet

Politiet skal, i samarbeid med andre offentlige etater og frivillige organisasjoner, drive et forebyggende arbeid for å begrense bruk av narkotika. Det skal legges særlig vekt på tiltak som reduserer tilgjengeligheten til narkotika, og som reduserer etterspørselen, for på en slik måte begrense rekrutteringen til brukermiljøene. Forebygging av rusmiddelproblemer er en sentral del av arbeidet for å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge. Politiet samarbeider med hjem og skole, blant annet gjennom informasjonsopplegget "Bry deg". Politiet gjennomfører bekymringssamtaler med foreldrene når barn og ungdom under 18 år er mistenkt for å bruke illegale rusmidler.

Politidirektoratet har utarbeidet en egen handlingsplan for bekjempelse av narkotikakriminalitet. Der er det lagt særlig vekt på at politiet skal samarbeide med både statlige etater, kommunale instanser og frivillige organisasjoner i kampen mot rusmiddelproblemer.

Oppmerksomheten er særlig rettet mot forebyggende tiltak for å hindre tidlig debut med rusmidler, samt rekruttering til rusmiddelmiljøer.

Politiet gjennomfører promillekontroller av småbåtførere, særlig i sommerhalvåret. I Ot.prp. nr. 59 (2003–2004) la Regjeringen fram forslag om en fast promillegrense på 0,2 o/oo til sjøs for mannskap på større båter. Lovendringene trådte i kraft 1. juli 2005. Den nye grensen gjelder for så vel skipsførere som losere, samt andre som utfører vesentlig tjeneste som for eksempel førstemaskinister og styrmenn. Dette gir lik promillegrense for ferdsel både i lufta, på veiene og til sjøs.

5.3.5. Tiltak i arbeidslivet

Arbeidslivet er en annen sentral arena for forebygging av rusmiddelproblemer. 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. Dessuten er arbeidslivet en arena hvor det store flertallet av voksne kan nås og er tilgjengelige for tiltak.

Det er i Norge stor oppslutning om at arbeidsplassen skal være en rusmiddelfri sone. Men dagens arbeidsliv har skapt nye arenaer hvor det konsumeres mye alkohol i gråsonene mellom arbeid og fritid. Dette er for eksempel i sammenheng med jobbreiser, seminarer, representasjon, "team building", lønningspils etc. Dette har skapt nye utfordringer for rusmiddelforebygging i arbeidslivet, og undersøkelser som er gjort tyder på at så mye som 40 pst. av norske arbeidstakere totale alkoholkonsum skjer i disse gråsonene. Det er ingen tvil om at dette alkoholkonsumet skaper problemer for enkeltindivider og for bedrifter i forhold til sykefravær og redusert produktivitet. Det må derfor satses på å bevisstgjøre ledere i arbeidslivet rundt viktigheten og lønnsomheten av å ha en bevisst rusmiddelpolitikk på den enkelte arbeidsplass, også utenfor arbeidstiden.

Forebygging av rusmiddelproblemer på arbeidsplassen har tradisjonelt i stor grad vært i regi av AKAN, som er et trepartssamarbeid 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 arbeidsplassen. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) foretok i 2005 en evaluering av AKAN, og den konkluderer blant annet med at AKANs modell fungerer veldig bra når rusmiddelproblemer oppstår, men at AKAN blir for lite forebyggende ute i bedriftene. I tillegg er AKAN-modellen lite utbredt i små og mellomstore bedrifter.

Arbeidslivet har endret seg mye de senere årene, både hva gjelder arbeidets art, form og innhold. Regjeringen anser at arbeidslivet fortsatt skal være en viktig arena for tidlig å identifisere og intervenere overfor alkohol- og narkotikamisbruk. Metodene bør utvikles og tilpasses slik at de på en tilfredsstillende måte møter utfordringene til "det nye arbeidslivet". Det vil her være viktig med et godt samarbeid mellom myndigheter, AKAN, forskningsinstitusjoner og andre som arbeider innen dette feltet.

5.3.6. 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 som varierer med hensyn til målgrupper. Noen har fokus på forebyggende barne- og ungdomsarbeid, andre på yngre og/eller eldre personer med rusmiddelproblemer. Det er også opprettet oppsøkende enheter som i større grad skal avdekke nødssituasjoner, videreformidle hjelpetilbud og følge opp ved fare for overdoser. Disse tjenestene foretar også hjemme-

besøk, og tilbyr transport hjem eller til avrusningsstasjoner. Oppsøkende ungdomsarbeid er en viktig metode i arbeidet for å nå risikogrupper.

5.3.7. 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. Regionprosjektet startet opp høsten 2003 og skal avsluttes i september 2006. Det er en overordnet målsetning at prosjektet skal føre til redusert omfang og skader av rusmiddelmisbruk. På et strukturelt nivå er det en målsetning å utvikle hensiktsmessige modeller for en helhetlig lokal forebygging på flere arenaer samtidig. Et viktig delmål er å heve debutalderen for alkoholholdig drikk.

Prosjektet styres av Sosial- og helsedirektoratet i tett samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Sosial- og helsedirektoratet har i forbindelse med prosjektet utviklet en oversikt over anbefalte tiltak og intervensjoner³⁸. Direktoratet har likeledes revidert "Veiledende mal for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan" slik at denne er i tråd med prosjektets målsetning om en mer målrettet og samordnet innsats i rusmiddelpolitikken på kommunalt nivå. Veilederen ble utgitt våren 2006 jfr. punkt 5.3.8. Kommunene har, på bakgrunn av en lokal kartlegging og andre lokale tilpasninger, iverksatt ett eller flere av tiltakene som anbefales av Sosial- og helsedirektoratet. Kommunene har kartlagt behov og konkretisert innsatsområdene i lokale handlingsplaner. Alle handlingsplanene er politisk behandlet og tilpasset kommunenes øvrige rusforebyggende arbeid. Prosjektet har vist at kommunene har differensierte behov. Derfor varierer intervensjonene fra kommune til kommune. Tiltakene er rettet mot skole, foreldre, lokalsamfunn og skjenkenæring, i tillegg til det kommunale tjenesteapparatet. 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.

I tillegg arrangeres det annet hvert år en nordisk forebyggingskonferanse. Den siste ble arrangert av Sosial- og helsedirektoratet i desember 2005. Konferansen bidro til at erfaringer med tiltak og prosjekter ble utvekslet mellom våre nordiske naboland.

Regionprosjektet evalueres av SIRUS. Evalueringen består både av en prosess- og en effekt-evaluering. Endelig evalueringsrapport vil foreligge våren 2007. Det er derfor for tidlig å knytte konkrete konklusjoner til de igangsatte tiltakene. Når evalueringene foreligger skal det vurderes om det er ønskelig og hensiktsmessig å videreføre modelltenkningen i regionprosjektet også i andre kommuner. Evalueringsmetoder og design er beskrevet på SIRUS sine hjemmesider³⁹. Regionprosjektet har også opprettet en egen hjemmeside med oppdatert informasjon over utviklingen i de enkelte kommunene⁴⁰. Det er bevilget 8 mill. kroner årlig over en treårsperiode til prosjektet.

³⁸ www.forebygging.no/region

³⁹ www.sirus.no

⁴⁰ www.forebygging.no

5.3.8. Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan

Kommunene spiller en helt sentral rolle i den norske rusmiddelpolitikken. De har gjennom sosialtjenesteloven ansvaret for oppfølging av personer med rusmiddelproblemer, de forvalter alkoholloven og har ansvaret for noen av de viktigste kontrollpolitiske virkemidlene, og de har oversikt over den lokale rusmiddelsituasjonen. Det er derfor essensielt at kommunene fører en helhetlig rusmiddelpolitikk.

Sosial- og helsedirektoratet ga våren 2006 ut en ny veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Den vektlegger behovet for en enhetlig rusmiddelpolitikk i kommunene hvor hele rusmiddelfeltet sees i sammenheng. Bevillingspolitikk og øvrig forebyggingsarbeid må sees i sammenheng med oppfølgings- og behandlingsarbeidet som gjøres, da et mangelfullt forebyggingsarbeid vil innvirke på behov for oppfølging og behandling av rusmiddelavhengige. Derfor anbefales kommunene å lage helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner hvor den lovpålagte alkoholpolitiske handlingsplanen inngår. Mer om veilederen finnes på Sosial- og helsedirektoratets websider.⁴¹

5.3.9. Holdningskampanje – alkohol

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i 2005 en holdningskampanje om alkoholholdig drikk. Det er andre året på rad at direktoratet gjennomfører en slik kampanje. Kampanjen i 2005 fokuserte på foreldrerollen. Denne gangen var kampanjens formål å begrense ungdoms alkoholkonsum gjennom å påvirke foreldrenes grensesetting og ansvarlighet som rollemodeller. I likhet med den kampanjen som ble gjennomført i 2004, tok kampanjen sikte på å styrke bevisstheten om alkoholskader, øke kunnskapen i befolkningen om hvilke virkemidler som er mest effektive, samt øke bevisstheten om foreldrenes betydning som rollemodeller og grensesettere. Kampanjen i 2005 la også opp til at den skulle etterfølges av lokale aktiviteter, blant annet gjennom å engasjere foreldreutvalgene på ungdomsskoletrinnet. Kampanjen fulgte opp med informasjon på nettstedet som ble etablert i forbindelse med den første kampanjen i 2004⁴². Det var satt av 10 mill. kroner til denne holdningskampanjen.

Kampanjen ble evaluert av MMI. Evalueringen viser at det samlede kampanjearbeidet lyktes i å påvirke målgruppen knyttet til grensesetting og holdninger til ungdoms alkoholbruk. Informasjonsarbeidet i forbindelse med kampanjen er dokumentert gjennom medieovervåkningsbyrået Observer.

Sosial- og helsedirektoratet vil, på bakgrunn av denne evalueringen og på bakgrunn av SIRUS' evaluering av den kampanjen som ble gjennomført i 2004, vurdere hvordan man best kan følge opp de to kampanjene i 2006. Det er satt av 10 mill. kroner til informasjonsarbeid også i 2006.

5.3.10. Nasjonal strategi for tidlig intervensjon

Jo tidligere rusmiddelproblemer avdekkes, jo større sjanse er det for å lykkes med å forhindre at misbruket utvikler og befester seg. Sosial- og helsedirektoratet har derfor, i samarbeid med kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, fått i oppdrag å utvikle en nasjonal strategi for tidlig intervensjon på rusmiddelområdet. Tidlig intervensjon er aktuelt både i forhold til barn, unge og voksne. Det dreier seg blant annet om FAS/FAE-barn, barn av foreldre med rusmiddelproblemer, ungdom som utviser risikoatferd og voksne som identifiseres i arbeidsliv eller i primærhelsetjenesten. En rapport fra arbeidet beskriver aktuelle målgrupper og arenaer for tidlig identifisering og intervensjon. Det er videre et mål å skissere metoder for arbeid med utvalg-

41 www.shdir.no/rusmidler

42 www.settegrenser.no

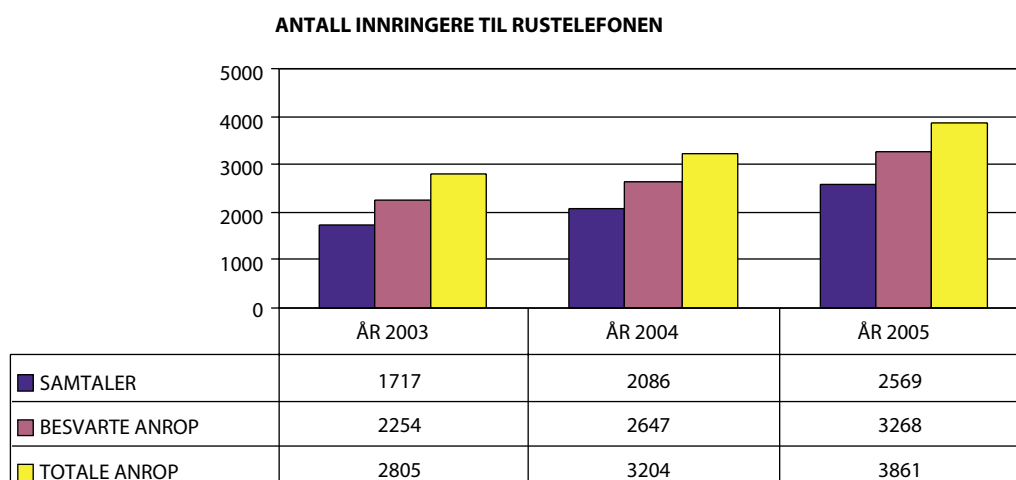
te målgrupper fra identifisering til avsluttet behandling og oppfølging (veien gjennom hjelpeapparatet). Strategiarbeidet vil både rettes mot risikogrupper før utvikling av eventuelle rusmiddelproblemer oppstår (selektive strategier), og mot identifikasjon og intervensjon i forhold til opplevde eller observerte rusmiddelproblem (indikative strategier). Arbeid med ulike målgrupper krever ulike arbeidsmetoder. Rapporten skal foreslå mål og strategier for det videre arbeidet med tidlig intervensjon, deriblant peke på eventuelle behov for mer kunnskap, økt kompetanse, og/eller utvikling av nye arbeidsmetoder.

5.3.11. RUStelefonen 08588

RUStelefonen ble etablert i desember 2002 for å være et lavterskeltilbud til dem som ønsker faktainformasjon og råd om rusmidler, samt råd om behandling for rusmiddelproblematikk. Den skal kunne gi råd og veiledning til dem som ønsker det gjennom "den profesjonelle samtale". Hovedmålgruppen er ungdom som eksperimenterer med rusmidler og deres pårørende. De som ringer inn kan være anonyme. RUStelefonen drives av Uteseksjonen i Rusmiddeletaten, i Oslo kommune. Tilbudet består av en telefontjeneste med nummer 08588 som er betjent fra klokken 13 til 21 alle dager. Tabellen under viser at antall henvendelser i 2004 var 2086, mens det i 2005 var steget til 2569.

Figur 17. Antall henvendelser til rustelefonen 2003, 2004 og 2005.

Kilde: Rusmiddeletaten i Oslo kommune



RUStelefonen ble evaluert av Humanistisk prosjektsemester ved Universitetet i Oslo våren 2004. Evalueringen omfattet blant annet en beskrivelse av tjenesten, vurdering av måloppnåelse, tilfredshet blant brukerne, samt befolkningens og målgruppens kjennskap til tjenesten⁴³.

Da RUStelefonen ble opprettet var det som et treårig prosjekt. Det ble ikke foretatt en avsluttende evaluering i 2005, og prosjektperioden ble som en følge av dette utvidet ut 2006. Sosial- og helsedirektoratet inngikk et samarbeid med NOVA for å foreta en sluttevaluering av prosjektet. Evalueringen foreligger nå, og anbefaler videre drift med noen justeringer.

Det ble bevilget 4 mill. kroner til drift av RUStelefonen i 2006.

43 Evalueringsrapport RUStelefonen, Humanistsikk prosjektsemester, UiO våren 2004

5.4. Behandlings- og omsorgstilbud til rusmiddelavhengige

5.4.1. Kommunenes oppfølging av rusmiddelavhengige

Kommunene har ansvaret for å følge opp rusmiddelavhengige både før, under og etter behandling. Sosialtjenesten i kommunene skal gi råd, veiledning og hjelp slik at den enkelte kan komme bort fra misbruk av alkoholholdig drikk 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. Tiden etter behandling er en kritisk fase for mange rusmiddelavhengige. Sosialtjenesten i kommunene skal sikre en god inkludering av rusmiddelavhengige 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, aktivisering eller skolegang, og en meningsfull fritid falle på plass. Dette krever et utstrakt samarbeid mellom ulike instanser i kommunen, og mellom kommunen og frivillige bidragsytere. 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 rusmiddelavhengige råd og veiledning, støttetiltak og midlertidig husvære, samt oppfølging under og etter behandling i institusjon. Rapporten peker på at rusmiddelavhengige i mange kommuner ikke får de sosiale tjenester de har behov for og rett til, og at oppfølging av rusmiddelavhengige som er under behandling også er mangelfull i flere kommuner.

Når tjenestetilbudet for rusmiddelavhengige ble omorganisert 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 rusmiddelavhengige, slik tjenesteapparatet vurderte det. Rapporten "Rusklienter og tjenester før rusreformen. En tverrsnittsundersøkelse" 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. 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 pst. av sosialkontorene hadde utarbeidet en kommunal plan for tiltak rettet spesielt mot rusmiddelavhengige.

Flere pågående tiltak er i gang satt for å styrke kommunenes arbeid med rusmiddelavhengige. Som ledd i oppfølgingen av St.meld. nr. 6 (2002–2003) Tiltaksplan mot fattigdom ble det per 1. januar 2006 gitt tilskudd til 80 kommuner og bydeler for å styrke og utvikle oppfølgings-tjenester for å forebygge og bekjempe bostedsløshet, se pkt. 5.4.7. 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. En sammenhengende helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med oppfølgingen av innstillingen.

Sosial- og helsedirektoratet ga i 2005 tilskudd til 15 lokale forsøk knyttet til utvikling av en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). Forsøkene inngår som en del av Regjeringens arbeid med en ny arbeids- og velferdsforvaltning og etablering av effektive og brukervennlige arbeids- og velferdskontor. Forsøkene opphørte ved utgangen av 2005. Videre utviklingsarbeid vil være knyttet til gjennomføringen av NAV-reformen som nå er i gang.

Kommunene er avgjørende for innsatsen overfor personer med rusmiddelproblemer. Det gjelder både forebyggende tiltak, støtte-, hjelpe- og behandlingstilbud og nødvendige samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. Regjeringen styrket kommunene med 5,7 milliarder kroner i 2006. Siktemålet er bl.a. å sikre at kommunene bidrar til å styrke innsatsen for å innfri rusreformens intensjon om et helhetlig tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer, og at ressursene i størst mulig grad skal komme til gode i kommuner hvor sosialtjenesten har store utfordringer i rusmiddelarbeidet.

5.4.2. Individuelle planer for rusmiddelavhengige

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 er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4–3a fra 1. januar 2004. Tidligere har denne retten vært hjemlet kun i helselovgivningen. Dette betyr at både helse- og sosialtjenestene nå har plikt til å utarbeide en slik plan når personer har behov for langvarige og koordinerte tjenester. 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 kunne bidra til å sikre samordning av tjenestetilbudet etter helselovene og sosialtjenesteloven. Formålet med utarbeidelsen av individuell plan er bl.a. å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Individuell plan er et viktig redskap for helse- og sosialpersonell, ved at den kan styrke samhandlingen mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og det enkelte helseforetak.

5.4.3. Lavterskel helsetiltak

I løpet av de siste fire, fem årene er det ved hjelp av statlige øremerkede midler etablert lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige i stadig flere kommuner. Omfanget av tiltak har blitt utvidet fra 8 mill. kroner til 11 kommuner i 2001, til 43,85 mill. kroner til 34 kommuner i 2006. Formålet med tiltakene er å bedre helse- og livssituasjon og å redusere faren for overdoser for mennesker med spesielt omfattende rusmiddelproblematikk. Mange i denne gruppen greier ikke å nyttiggjøre seg vanlige helsetjenester. Tiltakene er også ment å skulle fungere som et koordinerende ledd rettet inn mot helse- og sosialtjenesten, og på den måten være en inngangsport til det ordinære hjelpeapparatet.

Kommunene har valgt å organisere sine lavterskeltiltak ut fra lokale behov og utfordringer. Noen har utviklet tiltakene i samarbeid med frivillige organisasjoner, andre har forankring i helse- og sosialtjenesten. Flere kommuner har etablert feltsykepleie med utstrakt oppsøkende virksomhet. Alle tiltakene, med unntak av i én kommune, er tilknyttet legetjenester. Andre tjenester er helsesjekk, vaksinasjoner, utdeling av brukerutstyr, smittevern, kosthold- og hygieneveiledning, forebygging av overdoser, rådgivning og veiledning, oppfølging og formidling til det øvrige hjelpeapparatet m.v.

Ifølge rapporter fra kommunene har tiltakene lyktes i å nå målgruppen; mennesker med omfattende og sammensatt rusmiddelproblematikk. De melder om stor, og i mange tilfeller økende, pågang i tiltakene. Gjennom lavterskeltiltakene er det også avdekket langt større og mer omfattende helseproblemer, samt mer utstrakt feil- og underernæring enn forventet⁴⁴. Over 1000 personer mottar tjenestene på landsbasis.

⁴⁴ Hepatitt, HIV, infeksjoner, kroniske sykdommer, psykiske lidelser, tannhelse- og ernæringsproblemer

Lavterskel helsetiltak, sammen med tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR), antas å være av betydning når det gjelder de senere års klare reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall. Et annet viktig suksesskriterium er en tverrfaglig tilnærming, og samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten i kommunene.

Det ble fra 2005 også bevilget midler til tannhelsetjenester som inngår i lavterskel helsetiltak i kommunene. Tildelingen var på totalt 5 mill. kroner i 2005, og ble videreført i 2006.

5.4.4. Satsning på tannhelsetjenester til rusmiddelavhengige

Rusmiddelavhengige har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen. I tillegg har de dårlig økonomi, noe som ofte gjør at de ikke kan benytte seg av tilgjengelige tjenester. Som en del av styrkingen på rusfeltet i 2005 og 2006 ble det bevilget til sammen 63 mill. kroner på årsbasis i 2006 til tannbehandling for rusmiddelavhengige. Midlene skal bidra til at rusmiddelavhengige får tannbehandling enten som en del av lavterskel helsetilbud, fra ordinære kommunale tilbud, eller som del av annet kommunalt tilbud, hvis de er innsatt i fengsel, eller hvis de er under behandling i spesialisthelsetjenesten.

I perioden 2001–2003 ble det gjennomført en forsøksordning i tre fylker med offentlige tannhelsetjenester til blant annet rusmiddelavhengige. Erfaringer fra prosjektet viste at rusmiddelavhengige i det kommunale tiltaksapparatet har et stort tannbehandlingsbehov (nær 100 pst.), og mange har også smerter og plager i tenner og munnhule (70 %). Gjennomsnittsalderen var under 40 år. Kartleggingen av tannhelsen og kostnadsbergninger i prosjektperioden ligger til grunn for en økt satsing på tannbehandling for rusmiddelavhengige. Rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet om forsøksordningen med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester 2001–2003 kan lastes ned via direktoratets nettsider⁴⁵.

Rusmiddelavhengige som er under behandling i helseinstitusjon har en lovhjemlet rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven⁴⁶. Det ble i revidert nasjonalbudsjett 2005 bevilget midler til tannbehandling til rusmiddelavhengige under behandling i institusjon med tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Midlene ble tildelt fylkeskommunene gjennom rammetilskudd basert på antall døgnplasser i rusinstitusjoner. Tilbudet ble iverksatt fra 1. juli 2005 (8 mill. kroner i 2005 og 16,5 mill. kroner fra 2006).

Tannhelsetjenester til innsatte er ikke lovhjemlet, men gis gjennom budsjettvedtak og øremerkede midler til fylkeskommunene/offentlig tannhelsetjeneste. I 2006 ble tilskuddsrammen for tannhelsetjenester til innsatte økt med 4 mill. kroner til totalt 10 mill. kroner. Tannbehandling til innsatte er et viktig ledd i rehabilitering under soning.

Stortinget har vedtatt at tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige i kommunal rusomsorg skal iverksettes på landsbasis. Det er bevilget 37,5 mill. kroner til formålet i 2006. Midlene er benyttet til nødvendige forberedelser innad i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og til iverksetting av tilbudet i løpet av første halvår 2006. Midlene er fordelt etter inntektssystemets kostnadsnøkkel, og gitt som økt rammetilskudd til fylkeskommunene fra Kommunal- og regionaldepartementet.

For ytterligere informasjon om de økte midlene til tannbehandling vises det til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-12/2005 og I-2/2006.

⁴⁵ www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/

⁴⁶ Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten. Heretter kalt tannhelsetjenesteloven

5.4.5. Gatehospital

Planleggingen av en spesialisert klinikk for tungt belastede rusmiddelavhengige ble påbegynt i 2003 etter inspirasjon fra klinikken Forchhammervej i København. Erfaringene fra lavterskel helsetiltak, SINTEF-rapporter som har pekt på rusmiddelavhengiges 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 rusmiddelavhengige. 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, er et helse- og omsorgstilbud til tungt belastede rusmiddelavhengige med store og sammensatte helseproblemer. Tiltaket er et treårig prosjekt fullfinansiert med statlige midler. Gatehospitalet består av en sengepost med ti senger samt noen kriseplasser. Rusmiddelavhengige, som ikke trenger ordinær sykehusinnleggelse, gis her omsorg og medisinsk døgnpleie 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.

5.4.6. Sprøyterom

Sprøyteromsloven⁴⁷ og forskrift om den nærmere utformingen av sprøyteromsordningen⁴⁸ 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 forsøket med sprøyterom er "å bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere, gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelavhengige og hjelpeapparatet, bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og redusere antallet overdoser og overdosedødsfall". Formålet er videre "å vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika" i sprøyterommet. Målgruppen er tungt belastede heroinmisbrukere over 18 år. Straffriheten i sprøyterommene omfatter bare injisering av 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.

Oslo kommune leverte i mai 2006 en ettårsrapport. Rapporten viser at sprøyterommet i løpet av ett års drift har hatt 314 forskjellige brukere, en tredel kvinner, som i gjennomsnitt har satt til sammen 24 injeksjoner daglig. I løpet av året har personalet måtte tilkalle ambulanse 36 ganger p.g.a. overdose. I alle tilfellene kom ambulanse i løpet av mindre enn ti minutter, og pasientene fikk nødvendig hjelp. Ettårsrapporten viser at slitasjen på de ansatte er større enn antatt ved oppstart.

Ordningen med sprøyterom 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.

⁴⁷ Midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika, heretter kalt sprøyteromsloven

⁴⁸ Forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)

5.4.7. Styrket innsats mot åpne salgs- og samlingssteder

I ulikt omfang har det etablert seg omsetningssteder de fleste større steder i Norge der narkotika kjøpes og selges. Det betyr at det både er et tilbud av, og en etterspørsel etter, narkotika selv om både salg og bruk er ulovlig. Slike markedsplasser får ofte 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 rusmiddelavhengig og dennes livssituasjon. Til en viss grad berører det også den generelle befolkningen 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. Utfordringene og oppmerksomheten knyttet til disse forholdene er aller størst i Oslo, hvor det er den høyeste konsentrasjonen av problemer relatert til omsetning og bruk av narkotika.

I perioden 2003 til 2006 gjennomførte Oslo kommune i samarbeid med Oslo Politidistrikt og fem departementer "Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum". Formålet var å etablere fullgode alternativer for tungt belastede rusmiddelavhengige med omfattende problemer og hjelpebehov. På den måten ønsket man å splitte opp åpne salgs- og samlingssteder for narkotikamisbruk.

Tiltaksplanen mobiliserte alle omsorgs- og rehabiliteringstiltak i Oslo til forsterket innsats overfor de rusmiddelavhengige i kommunen. Det ble dessuten etablert et system for å sikre oppfølging og reetablering av rusmiddelavhengige som hører hjemme i Oslos nabokommuner. Staten ved daværende Arbeids- og sosialdepartementet bidro årlig med 5 mill. kroner til tre delprosjekter innenfor tiltaksplanen. Disse midlene videreføres og forvaltes nå av Sosial- og helsedirektoratet.

Planen ble avsluttet i 2005, men videreføres nå i regi av Oslo kommune, i nært samarbeid med Oslo politidistrikt.

Tiltaksplanen er evaluert av SIRUS⁴⁹. SIRUS konkluderer blant annet med Oslo kommune har lagt ned et stort arbeid for å realisere de mange enkelttiltakene i tiltaksplanen. Det overordnede målet med å løse opp miljøet av rusmiddelavhengige i sentrum kan imidlertid ikke sies å være nådd. Tiltaksplanen er blitt et supplement mer enn et alternativ til sentrumsmiljøene. Et målrettet arbeid med større vektlegging av individuelle hjelpeinnsatser gjennom etablering av individuelle planer vil være en fremtidig utfordring. Endringene i sentrumsmiljøet må først og fremst sees som et resultat av den såkalte "Plata-aksjonen", som vanskelig kan sies å være en del av planen. Samlokaliseringen av kafé, sprøyteutdeling, feltpleiestasjon og sprøyterom anses av SIRUS som et paradoks sett i lys av målsettingen å løse opp miljøet.

5.4.8. 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 2005 kartla og beregnet Byggforsk omfanget av bostedsløshet i Norge. Kartleggingen og beregningene ble foretatt på samme måte som i 1996 og i 2003. I 1996 ble det beregnet at 6200 personer var bostedsløse, i 2003 var omfanget redusert til 5200 personer. I den siste kartleggingen hadde omfanget gått noe opp, og det er i 2006 om lag 5500 bostedsløse. Kartleggingen fra 2003 viste også at andelen bostedsløse med rusmiddelproblemer hadde økt, og om lag 70 pst. hadde rusmiddelproblemer. I 2005 var andelen bostedsløse med rusmiddelproblemer igjen redusert til 60 pst. I perioden 1996–2005 har derfor antallet bostedsløse med rusmiddelproblemer gått ned. I de fleste kommuner har arbeidet med å bekjempe bostedsløshet vært rettet mot bostedsløse rusmiddelavhengige. Fremdeles utgjør imidlertid bostedsløse med rusproblem og/eller en psykisk lidelse et stort antall.

49 SIRUS rapport nr. 2/2006

Det eksisterer ikke undersøkelser på omfanget av boligproblemer blant rusmiddelavhengige generelt, men en FAFO-undersøkelse fra 2004 viser at rusmiddelavhengige skiller seg ut som den gruppen som er dårligst stilt i kommunens boligsosiale arbeid⁵⁰. I denne undersøkelsen har ansatte også vurdert hva som kan gjøres for å sikre en stabil bosituasjon. Over 60 pst. mener at bedre oppfølgingstjenester i boligene er en forutsetning dersom rusmiddelavhengige skal sikres en stabil bosituasjon.

I en rapport fra Rokkan-senteret er brukere spurt om hva som svikter når en betydelig innsats fra behandlingsapparatet like fullt etterfølges av bostedsløshet i kombinasjon med rusmiddelproblemer og psykiske helseplager⁵¹. Rapporten utfordrer tiltaksapparatet til å være mer åpen for annerledeshet. Ikke alle kan eller vil leve normale liv, og det er behov for boliger og tjenester også for dem som ikke ønsker å leve helt rusfritt og stabilt i en ordinær bolig. Tiltaksapparatet lokalt og sentralt må utfordre seg selv på toleranse for forskjell, og klargjøre om hjelpemotiver handler om hjelp eller behov for kontroll. Rapporten konkluderer med at bolig må være et selvstendig mål for bistand.

Strategi "På vei til egen bolig"

"På vei til egen bolig" er Regjeringens strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Stortinget sluttet seg til strategien i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 23 (2003–2004) Om boligpolitikken, og viderefører innsatsen og erfaringene fra "Prosjekt bostedsløse" (2001–2004).

Det er Husbanken som har det nasjonale koordineringsansvaret for strategien. Dette er en strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Husbanken koordinerer arbeidet i tett samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Fylkesmennene. Husbanken administrerer samtidig en rekke virkemidler som tilskudd til utleieboliger, bostøtte, kompetansetilskudd til utviklingsprosjekter, startlån mv. Dette skal bidra til at kommunene kan styrke den boligsosiale innsatsen overfor rusmiddelavhengige.

Strategien definerer fem konkrete resultatmål som skal nås innen utgangen av 2007:

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

Rusmiddelavhengige har behov for et variert tilbud av boliger og tjenester. Boligmeldingen slår fast at Regjeringen skal legge til rette for at rusmiddelavhengige skal sikres tilgang til samme individuelle vurdering som andre grupper.

Statens tiltakspris for bostedsløse

Statens tiltakspris for bostedsløse er en hederspris til kommuner og organisasjoner for den innsatsen de utfører overfor bostedsløse. I nomineringen av tiltak vektlegges kreativitet og nytenking i arbeidet med å etablere boliger som integrerer tidligere bostedsløse i bomiljø og samfunn, eller tiltak som motvirker bostedsløshet.

⁵⁰ FAFO-rapport 448

⁵¹ Rokkansenteret rapport nr. 1/2006

Rana kommunes prosjekt "Vi gjør så lite med bare hus" vant prisen i 2005. Kommunen ble tildelt prisen fordi de har vist kreativitet ved å tilrettelegge individuelle tiltak ved å omfordele kommunale ressurser. Kommunen har flyttet ressurser fra sosialkontorets saksbehandling til individrettet oppfølging i bolig. Fokus er flyttet fra kontroll og gruppetiltak, til individrettet bistand. Boligtilbudet deres er differensiert. Tilgjengeligheten i tjenestene er forbedret betydelig ved at det er etablert en åpen møteplass og utvidet oppfølgingstilbud på ettermiddag og lørdag. Oppfølgingen som gis i boligen er individuell. Videre arbeides det med den enkeltes nettverk. Kommunen har erfart at endring ikke læres, men oppnås over lang tid.

Trondheim kommune fikk tildelt andreplassen for sine "småhus". Disse husene er en del av et helhetlig tilbud i Trondheim. Småhusene er et godt kvalitativt tilbud for personer som av ulike grunner ikke har funnet seg til rette i det eksisterende kommunale tilbudet. Lokalisering og utforming av boligene gir rom for å leve et annerledes liv, gir muligheter for privatliv, men har avstand til belastede miljøer og et robust nabolag.

Kompetansetilskudd i Husbanken

Kompetansetilskuddet skal blant annet gå til pilot- og utviklingsprosjekter som blant annet skal sikre godt forvaltningssamarbeid mellom kommuner og statlige virksomheter, for blant annet å forebygge utkastelse og bidra til at færre løslates fra fengsel og skrives ut fra institusjon til midlertidige løsninger. Den totale rammen er på 65,8 mill. kroner. Dette er en økning på 9 mill. kroner fra 2005. Regjeringen foretok en ytterligere styrking på 20 mill. kroner i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i 2006. I 2005 fikk 30 kommuner og 6 organisasjoner tildelt tilskudd til et mangfold av utviklingsprosjekter.

Tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig

I forbindelse med St.meld. nr. 6 (2002–2003) Tiltaksplan mot fattigdom ble det i 2003 etablert en tilskuddsordning med formål å styrke og utvikle oppfølgingstjenester i bolig for bostedsløse og rusmiddelavhengige. Per 31. desember 2005 mottok i alt 81 kommuner fordelt på 18 fylker tilskuddsmidler, dvs. 22 flere kommuner og bydeler enn på samme tid i 2004. I overkant av 2500 personer mottok i 2005 bistand som følge av tiltaket. Tilskuddsordningen har i 2006 en økonomisk ramme på 52 mill. kroner. I tillegg kommer 10,5 mill. kroner til tiltak i forbindelse med gjennomføring av strategien "På vei til egen bolig".

Kommunenettverk og regionale kontaktfora

Husbanken, i samarbeid med Fylkesmennene og Sosial- og helsedirektoratet, tilrettelegger og arrangerer en rekke møteplasser for kommuner og samarbeidspartnere i forbindelse med gjennomføring av strategien "På vei til egen bolig". 115 kommuner deltar i kommunenettverk, der målet er å dele erfaringer og få nye ideer til tjenesteutvikling lokalt.

5.4.9. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder legemiddelassistert rehabilitering

De fem regionale helseforetakene (RHF) har ansvar for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste til befolkningen i sine respektive regioner, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, herunder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helse- og omsorgsdepartementet utarbeider hvert år et bestillerdokument til de regionale helseforetakene, hvor blant annet departementets styringskrav i forhold til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk framgår.

Ansvar for behandling av rusmiddelavhengige ble overført fra fylkeskommunen til staten, ved de regionale helseforetakene, fra 1. januar 2004 (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. Allerede fra 1. januar 2002 ble om lag 30 pst. av tiltaksapparatet overført (psykiatriske poliklinikker, ruspoliklinikker og enkelte døgninstitusjoner).

Det nye ansvaret er definert som "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk"⁵².

Et overordnet mål med rusreformen var å gi et bedre behandlingstilbud bl.a. gjennom å sikre bedre tilgang til nødvendige helsetjenester. 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 rusmiddelavhengige annen helsehjelp ved behov understreket. De regionale helseforetakene har valgt å inndelegge behandlingstiltakene innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i fire nivåer:

Nivå 1: Polikliniske funksjoner og vurderingsenheter, samt dagtilbud

Nivå 2: Avrusning/abstinensbehandling (døgntilbud)

Nivå 3: Døgnbehandling < 6 måneder (hovedsakelig helsefaglig relatert)

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

I tillegg tilbys også legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre har de regionale helseforetakene pekt ut institusjoner med plasser for tilbakeholdelse uten eget samtykke og tilbakeholdelse etter eget samtykke⁵³.

Ved endringene i pasientrettighetsloven⁵⁴ fra 1. september 2004 gjelder vurderingsfristen på 30 virkedager 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 settes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis. Oversittelse av denne behandlingsfristen utløser en rett for pasienten til å få helsehjelpen uten opphold, uavhengig av kapasiteten innen det offentlige tilbudet. Om nødvendig har pasienten rett til å få helsehjelpen fra privat tjenesteyter eller fra tjenesteyter utenfor landet.

Det ble i 2004 igangsatt et prosjekt for å sikre at tverrfaglig spesialisert behandling blir en del av rapporteringen innen spesialisthelsetjenesten. Systemet for ventelisteregistrering er utarbeidet på rusområdet, og implementeres etter planen i løpet av 2006.

For 2005, og inntil ventelisterapporteringen til NPR er på plass, har de regionale helseforetakene rapportert ventelister innen tverrfaglig spesialisert behandling på sine hjemmesider. De regionale helseforetakene rapporterer forventet ventetid, dvs. tiden det er forventet å ta fra avgjørelse om behandling er tatt til inntak i behandling kan skje. En gjennomgang av rapportene pr. april 2006 viser store variasjoner i ventetidene for hvert av behandlingsnivåene, både innad i og mellom helseregionene. For polikliniske funksjoner og dagbehandling varierer ventetidene fra 1 til 28 uker, og for akutt/avrusningstilbudene fra 1 time til 18 uker. For døgnbehandling under 6 måneder er ventetidene fra 3 til 52 uker, og for døgnbehandling over 6 måneder fra 0 til 52 uker. For LAR er ventetidene rapportert til å være fra 0 til 22 uker. Ventelistetallene gjelder rettighetspasienter. For pasienter som ikke er gitt rett til nødvendig helsehjelp etter prioriteringsforskriften er det lengre ventetid.

⁵² Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5

⁵³ Sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2-a og 6-3

⁵⁴ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter. Heretter kalt pasientrettighetsloven

Etter at behandlingsansvaret for rusmiddelavhengige ble overført til spesialisthelsetjenesten, er det grunn til å anta at det har blitt en økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Samtidig har bevilgningene til de regionale helseforetakene økt for å styrke behandlingstilbudet for rusmiddelavhengige. Bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2006 viderefører styringskravet fra 2005 om at de regionale helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Den prosentvise veksten innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken. De regionale helseforetakene har utarbeidet strategiske planer/handlingsplaner for rusfeltet. Disse planene er noe ulike i sitt innhold og virketid. Felles for planene er at det legges opp til en faglig, kapasitetsmessig og kompetansemessig styrking av feltet.

Sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er godt dokumentert. Rusmiddelavhengige 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 landet. Enkelte voksenpsykiatriske har tilsatt personell som spesielt arbeider med rusmiddelavhengige 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. Det er behov for kompetansehevede tiltak, både innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og psykisk helsevern. Gjennom opptrappingsplanen er det gjennomført regionale utdanningsprogram for økt kompetanse på kombinasjonen rus og psykiske lidelser. Utdanningsprogrammene er rettet både mot personell i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

I juli 2004 sendte helse- og omsorgsministeren et strategidokument til de regionale helseforetakene⁵⁵. Dokumentet trekker opp nasjonale perspektiver og strategier for utvikling av behandlingsapparatet til rusmiddelavhengige. 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 rusmiddelavhengige.

I anmodningsvedtak nr. 131 ber Stortinget om at Regjeringen legger fram en evaluering av rusreformen etter tre års virketid. Helse- og omsorgsdepartementet ga Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å sørge for iverksettelse av en evaluering av rusreformen. IRIS (tidligere: Rogalandsforskning) fikk etter anbudsutlysning evalueringsoppdraget. IRIS har som ledd i evalueringen utarbeidet en midtveisrapport (mars 2006). Rapporten gir en oversikt over de strukturelle endringene som har skjedd som følge av rusreformen, og gir en foreløpig vurdering av den kvalitative datainnhenting. Det er imidlertid ikke grunnlag for å trekke endelige konklusjoner i denne fasen av evalueringen. Den endelige evalueringsrapporten vil foreligge innen utgangen av 2006.

LAR er ett av flere aktuelle behandlingstiltak for heroinavhengige under de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Virksomheten ved LAR-sentrene ble med rusreformen etter sitt innhold å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, og LAR-sentrene er derfor en del av spesialisthelsetjenesten. Fra tilbudet ble landsdekkende i 1998 og fram til juni 2005, har det årlig vært en jevn økning i antall personer i behandling. Ved oppstarten var det beregnet at 700 til 800 personer var aktuelle for substitusjonsbehandling i Norge. Ifølge evalue-

⁵⁵ Bedre behandlingstilbud til rusmiddelavhengige. Perspektiver og strategier.
Helsedepartementet (2004)

ringen av LAR som ble gjort i 2004, kan opptil 50 pst. av de opiatavhengige sprøytemisbrukerne (anslagsvis 11000–15000) hjelpes med LAR, dvs. opptil 7000 personer. Ved årsskiftet 2005/2006 var 3614 pasienter inkludert i LAR, og på samme tidspunkt stod 430 personer på venteliste. Det er de siste fem årene registrert en viss nedgang i ventelistene, men hovedbildet i denne perioden er et nokså stabilt antall på venteliste på om lag 500. Dette indikerer at henvisningen til denne behandlingsformen fortsatt er betydelig. Ventetid på inntak i LAR er fortsatt lang i flere helseregioner, selv om det har vært en positiv utvikling de siste årene. På grunnlag av opplysninger fra de regionale helseforetakene ved inngangen til 2006 ligger gjennomsnittlig (forventet) ventetid på landsbasis til LAR på om lag 13 uker. Sammenlignet med situasjonen på tidspunkt for evaluering av LAR, se nedenfor, har det skjedd en betydelig nedgang i ventetiden (i følge evalueringen varierte ventetid fra 1–2 år). Fortsatt synes det imidlertid å være store regionale variasjoner i ventetid. Tabell 10 gir en oversikt over utviklingen i LAR-tilbudet fra 1998 til 2005.

Tabell 10. Antall pasienter i LAR-behandling og i ventesituasjon i Norge i perioden 1998–2005.

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
2005	3614	430

Resultatene fra en helhetlig evaluering av LAR forelå i november 2004. Evalueringen 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. Ifølge evalueringen er det 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 legemiddelet alene. I evalueringsrapportene er det gitt anbefalinger knyttet til den videre utviklingen. Sosial- og helsedirektoratet fikk, på bakgrunn av de foreliggende evalueringsrapportene, i oppdrag å vurdere gjeldende regelverk og organisering av tilbudet, herunder spørsmålet om eventuelle faglige retningslinjer. I sin anbefaling til departementet foreslo direktoratet integrering av LAR organisatorisk i helseforetakene, alminneliggjøring faglig, og regulering gjennom samme lovgivning som annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Forslaget innebærer blant annet at de særskilte inntaks- og utskrivingskriterier for LAR bortfaller og erstattes av faglig vurdering på grunnlag av opiatavhengighet, forsvarlighet og effekt av behandlingen.

Som en oppfølging av evalueringen og de faglige anbefalingene på bakgrunn av denne, herunder innspill fra en høringskonferanse om LAR, gav Helse- og omsorgsdepartementet Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer for LAR og for annen tverrfaglig spesialisert behandling. Berørte aktører trekkes aktivt med i arbeidet som gjennomføres i 2006.

Det er en utfordring for kommunene å tilby helhetlige rehabiliteringsopplegg for den enkelte LAR-bruker. Evalueringsrapportene peker imidlertid på at mange kommuner nå har opparbei-

det seg viktig kompetanse i forhold til å utarbeide 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 nærmere 4000) 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, samt 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 evalueringsrapporten 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 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.

5.4.10. Innsatte og domfelte rusmiddelavhengige

I følge en undersøkelse foretatt av FAFO i 2004 er det til enhver tid om lag 1800 rusmiddelavhengige i fengsel, og 60 pst. av dem som settes i fengsel har et rusmiddelproblem⁵⁶. Hovedtyngden av disse brukte opiat eller sentralstimulerende midler nesten daglig før innsettelsen. De fleste innsatte rusmiddelavhengige har en kronisk sykdom, og mange har psykiske lidelser. Et flertall av "gjengangerne" i fengsel har rusmiddelproblemer.

FAFO-undersøkelsen dokumenterer den sterke sammenhengen mellom narkotikamisbruk og kriminalitet, og synliggjør behovet for å styrke rehabiliteringen av innsatte rusmiddelavhengige. Andelen innsatte som sitter i fengsel for brudd på narkotikalovgivningen har vært økende. I 2004 var om lag 30 pst. 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 soningsopplegg som er spesielt rettet mot innsatte med rusmiddelproblemer. Det tilbys ulike programmer som tar opp forhold knyttet til den domfeltes rusmiddelproblem. I 2005 fikk 115 rusmiddelavhengige tilbud om programmet "Rusprogram i fengsel". For å redusere tilbakefall følges dette også opp i friomsorgen, blant annet med programmet "Mitt valg". I 2005 var det 32 domfelte som gjennomførte "Mitt valg" ved friomsorgskontorene. I 2005 er det også gjennomført forsøk med å gi forsterket støtte og rehabilitering som reaksjon på rusmiddelmisbruk i fengsel. Dette som alternativ til sanksjoner og straff. Forsøkene er gjennomført i Ringerike, Bastøy, Åna og Stavanger, og skal evalueres av Høyskolen i Østfold.

Etableringen av koordinerende rusteam i alle større fengsler er i gang. Disse teamene 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

56 FAFO-rapport 429

i et helhetlig tilbud til rusmiddelavhengige.

Domfelte har rett til spesialisthelsetjenester på linje med andre. Soning etter § 12 i straffegjennomføringsloven⁵⁷ er et viktig tilbud for innsatte som har behov for opphold i behandlings- eller omsorgsinstitusjon. I 2005 ble det gjennomført 38 260 døgn i § 12 straffegjennomføring. Av dette var 7194 døgn ved attføringsbedriften Fretex, og 27 413 i behandlingsinstitusjoner. Statistikken fra 2005 viser en økning sammenliknet med 2004, hvor det ble gjennomført 28 537 døgn i § 12 institusjoner. Tallet var 34 402 i 2003, og nedgangen i forhold til 2003 skyldes for en stor del at de tidligere hybelhusene i friomsorgen, som i hovedsak var § 12-institusjoner, ble omgjort til fengsel med lavere sikkerhetsnivå.

Samarbeid mellom kriminalomsorgen, helsetjenesten og sosialtjenesten

Det er igangsatt et arbeid med å bedre tilgangen på effektiv rådgivning hjelp og behandling for innsatte og domfelte rusmiddelavhengige. Et samarbeidsrundskriv om ansvarsfordelingen mellom helsetjenesten, sosialtjenesten og kriminalomsorgen er sendt ut. Rundskrivet forutsettes fulgt opp med felles planer eller samarbeidsavtaler på regionalt og lokalt nivå. Dette gjelder særlig innsatte og domfelte som har psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelproblem. 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 rusmiddelmisbruk, herunder LAR, skal få muligheten til å gjennomføre slik behandling også under straffegjennomføring. Rusmiddelavhengige med rett til individuell plan må sikres at planen blir iverksatt og fulgt opp også under straffegjennomføringen.

Oslo fengsel har i en årrekke hatt et samarbeid med Tyrilistiftelsen om rehabilitering av rusmiddelavhengige. Hvert år gjennomfører 30 innsatte "Stifinner'n" i Oslo fengsel. De første 8 månedene består av samtaler og behandlingsgrupper i fengsel, deretter overføres deltagerne til en behandlingsinstitusjon. Personalet består både av Tyriliansatte og fengselsbetjenter. Trondheim fengsel har tilsvarende et samarbeid med Stavne Gård om helhetlig rehabilitering av rusmiddelavhengige. Stavne gård har 10 plasser. Sistnevnte tiltak ble evaluert i 2005, og resultatene var gode. Justisdepartementet har, sammen med flere berørte departementer, igangsatt prøveprosjekter under navnet "SNU unge lovbrøyttere i tide". Prosjektene fokuserer på forpliktende forvaltningssamarbeid både lokalt og sentralt. Herunder skal nevnes tre tiltak som retter seg særlig mot unge rusmiddelavhengige. "Ung-firer'n" i Trondheim fengsel, "Stifinner'n jr." i Oslo fengsel og "Fra fengsel til kommune; et oppfølgingsprogram for rusmiddelmisbruk 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

En 3-årig prøveordning med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) ble iverksatt 1. januar 2006⁵⁸. ND er et individuelt tilpasset rehabiliteringsopplegg for tungt belastede rusmiddelavhengige som ledd i strafferettslig reaksjon. Utgangspunktet skal være narkotika-relatert kriminalitet. ND har som formål å forebygge ny kriminalitet og fremme kontroll over rusmiddelmisbruket. I 2006 vil etter planen 30 domfelte få tilbud ved nyetablerte sentre i Oslo og Bergen. Her skal rusmiddelavhengige gis tilbud om et individuelt tilpasset rehabiliterings-tilbud som alternativ til straff. Tilbudet skal følges opp av et tverrfaglig team. Ordningen skal evalueres.

57 Lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. Heretter kalt straffegjennomføringsloven

58 Ot.prp. nr. 81 (2004–2005) *Om lov om endringer i straffeloven (prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll)*.

Promilleprogram

Betinget dom med promilleprogram i friomsorgen ble gjort landsdekkende i 2003. Programmet er et alternativ til fengselsstraff for de som har kjørt med over 1,5 i promille, eventuelt har gjen-tatte promillekjøringer bak seg. Målsetningen er å få bilførere til å avstå fra alkoholholdig drikk ved bilkjøring. Oppfølgingen varer i et år. Det ble i 2005 iverksatt totalt 501 dommer på promille-program i friomsorgen, en økning fra 418 i 2004. Det vurderes nå å utvide ordningen til å gjelde andre rusmidler enn alkoholholdig drikk. I tillegg gjennomførte 404 promilledømte i fengsel promillekurset trafikk og rus, og 146 gjennomførte andre typer promillekurs i fengslene.

5.5. Internasjonalt samarbeid

Rusmiddelpolitikken, både når det gjelder alkoholholdig drikk og narkotika, er internasjonal i sin karakter. Norge kan ikke føre en alkoholpolitikk uavhengig av det som skjer i de øvrige europeiske land, og premissene for narkotikapolitikken legges i stor grad utenfor landets grenser.

5.5.1. 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 påvirkes i stor grad av situasjonen i Europa for øvrig, og beslutninger som tas på den internasjonale arena og i våre naboland får betydning også for den alkoholpolitikken vi fører i Norge. Regjeringen ser det derfor som særdeles viktig at Norge, gjennom samarbeid med andre 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

Nordisk ministerråd har et eget ministerråd for helse og sosiale spørsmål (MR-S). Under MR-S er det en embetsmannsgruppe (EK-S) som behandler nordiske saker og saksforbereder møtene i MR-S. I Nordisk ministerråd er det MR-/EK-S som har ansvaret for alkoholpolitiske spørsmål. På initiativ fra det nordiske statsministermøtet i Reykjavik i august 2004 drøftet de nordiske helse- og sosialministere grunnlaget for en felles nordisk politikk på alkoholområdet i interna-sjonale organer. I oktober 2004 ble det vedtatt en ministererklæring som blant annet slår fast 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 alkoholholdig drikk. En av hovedkonklusjonene i erklæringen er at de nordiske landene skal stå samlet i kravet om å halvere de indikative kvo-tene for reiseinnførsel, og å øke minimumsskattene på alkoholholdig drikk i EU.

Med utgangspunkt i ministererklæringen har de nordiske landene samarbeidet i arbeidet for en egen alkoholresolusjon i WHO. Norge har hatt nær kontakt med de øvrige nordiske landene i forbindelse med EUs arbeid med en alkoholpolitisk strategi og samarbeidet om det nye ramme-verket for europeisk alkoholpolitikk som WHO's europaregion vedtok i september 2005.

NAD⁵⁹ er en forskningsinstitusjon under nordisk ministerråd-paraplyen. NAD skal fremme, sti-mulere og støtte nordisk samfunnsvitenskapelig forskningssamarbeid og samfunnspolitisk vikti-

59 Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning

ge 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. Helse- og omsorgsdepartementet er representert i NADs styre.

EU/EØS

Norge deltar i EUs folkehelseprogram, og dette programmet brukes nå til å finansiere et treårig prosjekt til over 12 mill. kroner som kalles "Bridging the gap between science and alcohol policy". Den europeiske paraplyorganisasjonen Eurocare leder prosjektet⁶⁰. Sosial- og helsedirektoratet er med som partner. Målet er både å bygge et nettverk i EU mellom dem som arbeider for å styrke tiltak på befolkningsnivå, og å utvikle gode metoder for hvordan kunnskap fra forskningsfeltet kan brukes til å utforme en effektiv alkoholpolitikk.

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 forbruksnivå⁶¹. Strategien skal foreslå tiltak innen "alle relevante politikkområder" deriblant markedsføring og avgifter. Dokumentet er bebudet i EUs oversikt over saker som vil bli fremlagt i 2006. Det vil bli fremlagt som en såkalt kommunikasjon fra kommisjonen. Den er ventet fremmet under det finske formannskapet høsten 2006.

For i gi et bredt grunnlag for denne alkoholstrategien har kommisjon bl.a. fått utarbeidet en omfattende studie om situasjonen i Europa når det gjelder alkohol. Rapporten omfatter en situasjonsbeskrivelse, vurdering av virkemidler og enkelte anbefalinger. Rapporten er utarbeidet av to britiske forskere. Peter Anderson og Ben Baumberg⁶². Den ikke-kommersielle stiftelsen Rand Corporation har utarbeidet en rapport om de samlede økonomiske virkningene i forhold til så vel sysselsetting, som helseskader og sosiale problemer⁶³. Det er også under utarbeidelse en rapport om oppfølging av rådsanbefalingen fra 2001 om alkohol og ungdom i medlemslandene⁶⁴.

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 nevnte dokumentene.

FN – WHO

WHO har stor innflytelse på utformingen av helse- og sosialpolitikken i medlemslandene. Verdens helserapport for 2002 hadde oppmerksomheten rettet mot risikofaktorer for helse.

60 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.

61 Council Conclusion of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm

62 Anderson og Baumberg: Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission 2006

63 Horlings og Scoggins: An Ex Ante Assessment of the Economic Impacts of EU Alcohol Policies 2006

64 Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents

Av de 26 ulike faktorene som er vurdert fremstår alkohol som en av de viktigste. Den bidro i 2000 til 4,0 pst. av verdens helsebyrde målt i DALY⁶⁵, mens tobakk sto for 4,1 pst. og narkotiske stoffer 0,8 pst. Alkohol ble berørt i resolusjonen om helsefremmende livsstil i 2004⁶⁶. Med utgangspunkt bl.a. i rapporten om verdens helsebyrde tok de nordiske landene initiativet til å reise alkoholproblemene høyere på WHO's dagsorden. Helseforsamlingen vedtok i 2005 en resolusjon om problemer forårsaket av skadelig bruk av alkoholholdig drikk⁶⁷. Det ventes en tilbakemelding om oppfølgingen av arbeidet til helseforsamlingen i 2007.

5.5.2. Nordisk og internasjonalt narkotikasamarbeid

Norge er et mottaker- og konsumentland hvor det knapt foregår verken dyrking eller produksjon av narkotika. Dyrking av narkotika foregår i hovedsak i fattige land av bønder som på ulike måter tvinges til dette. Dels av økonomiske årsaker, og dels under trussel av mektige kriminelle organisasjoner. Produksjon og videreforedling foregår både i de samme landene og i transitland. Sentralstimulerende midler produseres i vestlige land, med unntak av kokain, som produseres i Latin-Amerika. Produksjonen foregår først og fremst i Europa, inkludert Baltikum og Russland. Smugling og innførsel skjer langs til dels kjente narkotikatraseer før narkotikaen til slutt havner i Norge. Nederland er et knutepunkt for denne trafikken.

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. Anslagsvis 90 pst. 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, legges det til grunn at narkotikasmuglingen finansierer internasjonale organiserte kriminelle nettverk og internasjonal terrorisme, som er en direkte trussel mot rettsstaten.

En effektiv politikk krever derfor et omfattende og forpliktende internasjonalt samarbeid som involverer både kontroll- og bistandsmyndigheter. 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 sikres alternative leveveier. Fra norsk side støttes landsbygdutvikling og alternative leveveiprogrammer for fattige bønder, og opplæring av afghansk politi. Norge kanaliserer først og fremst midlene gjennom UNODC⁶⁸. Det gis også noe støtte til tiltak mot narkotika via frivillige organisasjoner. Fremst i dette arbeidet står organisasjonen FORUT.

Nordisk ministerråd

I Norden ble samarbeidet til og med 2005 kanalisert gjennom et eget ministerråd for narkotikaspørsmål (MR-narko). Som saksforberedende organ til MR-narko eksisterte det en egen embetsmannskomite (EK-narko). I 2005 ble antall ministerråd innenfor NMR redusert, og som en følge av dette ble MR-narko nedlagt og narkotikasaker innlemmet i ministerrådet for helse- og sosiale spørsmål (MR-S). Etter et norsk forslag ble det under det danske formannskapet i 2005 besluttet å videreføre et samarbeid om narkotikaspørsmål på embetsmannsnivå i en mer

65 Disability adjusted life years, sykdomsjusterte leveår

66 WHA 57.16 Health promotion and healthy lifestyles

67 WHA 58.26 Publichealth problems caused by harmful use of alcohol

68 United Nations Office on Drugs and Crime

uformell form. I 2006 er det en viktig oppgave for Norge å finne en god form for dette samarbeidet. Et første uformelt møte med siktemål nettverksbygging og erfarings- og informasjonsutveksling fant sted i Ålesund i juni 2006.

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 og ikke bare for eget land, 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 EUs overvåkingssenter for narkotika (EMCDDA). SIRUS er norsk kontaktpunkt, og har ansvaret for å samordne rapporteringen om narkotikasituasjonen her hjemme. De årlige norske rapportene er tilgjengelige på SIRUS sine nettsider⁶⁹. Senteret utgir en årlig rapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge⁷⁰. I regi av EMCDDA finnes også informasjonssystemet EDDRA. Som tidligere nevnt er EDDRA en søkbar database 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.

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 – CND

Narkotikaproblemene har i mange år vært på dagsordenen for FNs generalforsamling og ECOSOC (United Nations Economic and Social Council)⁷¹.

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 de tre FN-konvensjonene om narkotika, 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. kroner i 2004.

⁶⁹ www.sirus.no

⁷⁰ www.emcdda.eu.int

⁷¹ 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

De aller fleste medlemsstatene, inkludert Norge, har ratifisert de tre FN-konvensjonene om narkotika. Narkotikakommisjonen (CND) er det sentrale policyorganet for narkotikaspørsmål i FN-systemet. Kommisjonen, som møtes årlig i Wien, overvåker implementeringen av narkotika-konvensjonene på bakgrunn av rapporten til International Narcotics Control Board (INCB), og er styre for UNODCs fondsmidler. Kommisjonen har 53 medlemmer (roterer), og Norge er valgt som medlem av kommisjonen for perioden 2004–2007.

6. AVSLUTNING – UTFORDRINGER FRAMOVER

Statusrapporten viser at mye av det arbeidet som gjøres for å redusere de sosiale og helsemessige skadene knyttet til narkotika og alkohol har god effekt. Tiltak og prosjekter som i sin tid ble igangsatt under Handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 er beskrevet og analysert gjennom de tre statusrapportene som er utarbeidet. Noen av tiltakene fortsetter også i 2006. Flere sentrale aktører på rusfeltet har bidratt med sin kunnskap og sine erfaringer, blant annet gjennom ekspertgrupper for rusmiddelspørsmål og gjennom erfaringskonferansen som ble arrangert i mars 2005.

Selv om statusrapporten viser at det pågår mye godt arbeid er det fortsatt store utfordringer på rusfeltet. Effektiv forebygging er utfordrende, og det er mange ulike faktorer som påvirker bruken av rusmidler. Regjeringen vil derfor legge vekt på å utvikle og prøve ut nye metoder i forebyggingsarbeidet. Virkemidler og tiltak skal være kunnskapsbaserte. Tiltak som gjennomføres av det offentlige eller med offentlig støtte skal innfri 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.

Utgangspunktet for tiltakene for rusmiddelavhengige skal være det ordinære tiltaksapparatet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten – en utvikling mot større grad av særomsorg er ikke ønsket. Regjeringen mener likevel at det på enkelte områder, både når det gjelder forebygging, behandling og oppfølging, er behov for særkilte tiltak. Allerede i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006) styrket regjeringen rusmiddelfeltet med 91,5 mill. kroner. Regjeringen mener videre at det er behov for en opptrappingsplan for rusfeltet. Denne planen skal både angi felles og koordinert innsats fra ulike departementer, og den skal i størst mulig grad angi konkrete tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet har, sammen med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justisdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet, koordinert arbeidet med opptrappingsplanen på departementsnivå.

Vi må i fremtiden ha større fokus på å forhindre at flere blir tunge rusmiddelavhengige. 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. Samtidig er det slik at vi fortsatt har utfordringer når det gjelder å tilby god behandling og rehabilitering til de som har behov for og ønsker det. Dette skal også følges opp i opptrappingsplanen.

Vi skal forebygge bedre, slik at færre utvikler rusmiddelproblemer. Et bredt folkehelseperspektiv og forebygging skal derfor være et vesentlig element i regjeringens rusmiddelpolitikk, og opptrappingsplanen vil omhandle både nasjonale og internasjonale utfordringer. Alkoholforbruket i befolkningen øker. Det pekes i flere sammenhenger på at arbeidslivet har vært gjennom store endringer de senere årene. Stadig flere drikkesituasjoner kan relateres til arbeidslivet. 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. Regjeringen ønsker med opptrappingsplanen å sette et langt større fokus på kvalitetsutvikling og kompetanse i tjenestene til rusmiddelavhengige enn det som har vært tilfelle i tidligere år.

Gjennom rusreformen er et godt ramme- og regelverk lagt på plass. utfordringene er nå å legge til rette for helhetlige tjenester og kvalitativ god behandling, rehabilitering og oppfølging for den enkelte. Prinsippet om oppfølging på lokalt nivå etter behandling skal ligge til grunn for behandling i spesialisthelsetjenesten, og individuell plan må få fotfeste som redskap nummer én i behandlingen, rehabiliteringen og oppfølgingen av rusmiddelavhengige.

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 viktig for et godt fungerende behandlingsapparat.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Departementenes servicesenter
Kopi- og distribusjonsservice
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Oppgi publikasjonsnummer: I-1116

Forsidefoto: Scanpix/Corbis
Trykk: www.kursiv.no 10/2006 – 4000