



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 15 S

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

Innhold

1	Innledning og sammendrag	5	3.3.9	Kriminalitetsforebygging	41
1.1	Utfordringer og avgrensninger	5	3.4	Behandling	43
1.2	Mål og tiltak	6	3.4.1	Kommunene – en nøkkelrolle	43
1.3	Arbeidet med planen	8	3.4.2	Etablering og utvikling av samarbeidsmodeller og nye arbeidsmetoder	44
1.4	Strukturen i planen	8	3.4.3	Pårørende	46
2	Dagens situasjon	9	3.4.4	Frivillige og ideelle	48
2.1	Brukerne	9	3.4.5	Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)	49
2.2	Tjenestetilbud	14	3.4.6	Somatisk og psykisk helse	51
2.3	Behov for opptrapping	16	3.4.7	Vold og traumer	52
2.3.1	Tidlig innsats	17	3.4.8	Alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer	53
2.3.2	Kompetanse	19	3.5	Oppfølgingstjenester og ettervern	57
2.3.3	Behandling	20	3.5.1	Oppfølging av samhandlingsreformen	57
2.3.4	Oppfølgingstjenester og ettervern	25	3.5.2	Arbeid og aktivitet	59
3	Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)	27	3.5.3	Bolig	62
3.1	Medvirkning	28	3.5.4	Oppfølgingstjenester og praktisk bistand	63
3.2	Kompetanse	29	3.5.5	Overganger – forhindre glippsoner	64
3.3	Tidlig innsats	33	4	Budsjettmessige konsekvenser av opptappingsplanen og resultatoppfølging	66
3.3.1	Fra bekymring til handling	33		Forslag til vedtak om opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)	69
3.3.2	Barn og unge	34			
3.3.3	Fysisk aktivitet	37			
3.3.4	Kosthold	37			
3.3.5	Eldre og rus	38			
3.3.6	Lavterskel tiltak og skadereduksjon	39			
3.3.7	Arbeidslivet som arena for inkludering og rusmiddelforebygging	39			
3.3.8	Spillproblemer	40			



Prop. 15 S

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2015,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Innledning og sammendrag

Regjeringen fremmer med dette en opptappingsplan for rusfeltet som gir oversikt over hovedutfordringene og fastlegger både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem.

1.1 utfordringer og avgrensninger

Rus- og psykisk helsefeltet er et satsingsområde for regjeringen, og det er allerede igangsatt omfattende satsinger i påvente av opptappingsplanen. Regjeringen har blant annet:

- Gjeninnført det øremerkede tilskuddet til kommunalt rusarbeid
- Øremerket midler til kjøp av behandlingsplasser hos private
- Gjeninnført den gylne regel¹
- Innført fritt behandlingsvalg først for pasientgruppene innen rusbehandling og psykisk helsevern

Satsingen på rusfeltet har gitt resultater, blant annet ser vi en positiv utvikling gjennom en nedgang i ventetiden for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Samtidig er det særskilte utfordringer på rusfeltet, som ikke i tilstrekkelig grad er møtt med konkrete tiltak og virkemidler. Denne planen definerer og konkretiserer prioriterte innsatsområder innenfor flere sentrale samfunnsområder, både gjennom videreføring av eksisterende tilbud og etablering av nye tiltak for å styrke kvaliteten og øke kapasiteten på rusfeltet.

Planen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle (tidlig innsats), eller allerede har etablert, et rusproblem. For å lykkes med å gi personer med rusproblemer et bedre tilbud, er det nødvendig med gode tjenester i brukernes nærmiljø. Det er behov for å se nærmere på innsatsen etter behandling og skape muligheter for mestring, som meningsfulle aktiviteter og fritid eller sørge for en stabil og god bolig. Hovedinnsatsen i planen rettes derfor mot kommunesektoren, der utfordringene er størst.

¹ Den gylne regel: Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, enn for somatikk på regionnivå i spesialisthelsetjenesten.

Den primærforebyggende innsatsen handler i første rekke om en videreføring av dagens rusmiddelpolitikk gjennom befolkningsrettede tiltak, der perspektivet «helse i alt vi gjør» og tilgjengelighets- og etterspørselsreduserende virkemidler står sentralt. Den primærforebyggende innsatsen er både en del av folkehelsearbeidet og en viktig del av rusmiddelpolitikken. Hovedlinjene i den forebyggende rusmiddelpolitikken er, gjennom behandlingen av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! og Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, gitt bred tilslutning i Stortinget og er stadfestet i regjeringserklæringen. Det legges til grunn at det befolkningsrettede rusmiddelforebyggende arbeidet forsterkes og videreføres innenfor rammene av disse stortingsmeldingene.

Å oppdage, identifisere og iverksette effektive tiltak overfor personer som står i fare for eller er i ferd med å utvikle et rusproblem gjøres for sent i dag. Dette er godt dokumentert. Planen vil derfor omhandle hvordan samfunnet skal bli bedre til å utvikle og implementere effektive forebyggende tiltak på dette området. Dette innebærer at tiltak som retter seg mot individer som lever under en kjent økt risiko for å få problemer (sekundærforebygging) og tiltak som retter seg mot dem som allerede har definerte varige plager (tertiærforebygging) inngår i planen.

Mennesker som utvikler en spillavhengighet vil i mange tilfeller ha behov for behandling for dette. Ved siden av at spillavhengighet kan være alvorlig for den det gjelder, påvirkes også familie og pårørende i betydelig grad. Det er derfor viktig at spillproblemer forebygges og at mennesker med spillproblemer/spillavhengighet blir henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten. I den nye legespesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin inngår også at denne spesialiteten skal ha kompetanse i spillavhengighet.

Senere års innsats på rusfeltet har bidratt til å øke kunnskapen om rusproblematikk og styrke kapasiteten innen behandling og oppfølgings-tjenester. Fortsatt mangler vi gode kvalitetsindikatorer og informasjon/kunnskap om effekten av tjenestene til personer med rusproblemer og ressursbruk. Det er behov for å bidra til at personer med rusproblemer får helhetlige og sammenhengende tjenester.

Opptappingsplanen for rusfeltet skal bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende.

1.2 Mål og tiltak

Brukernes og de pårørendes behov skal være utgangspunktet for omfang av og innhold i tjenestene. Regjeringen vil skape pasientenes og brukernes helse- og omsorgstjeneste. Det vil si en bedre og tryggere helse- og omsorgstjeneste der pasientene og brukerne står i sentrum. Ved å plassere dem i sentrum, er det noen avgjørende momenter som må være på plass, uavhengig av om man skal redusere eller hindre videre utvikling av rusproblemer, motivere til å komme seg ut av problemer, leve med rusproblemer/rusavhengighet på en bedre måte eller hindre tilbakefall. Det handler om å sette den enkelte i stand til å mestre eller oppnå best mulig kontroll over viktige forhold i sitt liv. Grunnleggende betingelser som et trygt bosted, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfylte aktiviteter er avgjørende for alle mennesker. Uten at disse elementene er på plass, har den enkelte dårlige forutsetninger for et godt liv og for å kunne nyttiggjøre seg av helse-, omsorgs- og velferdstjenester.

Tiltakene som fremmes i denne opptappingsplanen er ikke begrenset til spesifikke grupper eller bestemte type rusmidler. Planen har konkrete mål innen sentrale levekårsområder som arbeid, økonomi, sosiale forhold, skole, utdanning, bolig, barnevern, ernæring og helse- og omsorgsfeltet. Planen inneholder en rekke tiltak for å styrke brukernes innflytelse, møte de pårørendes behov og skape en tjeneste der hjelpen kommer tidlig inn og er preget av lett tilgjengelighet, helhet og kvalitet.

Regjeringen ønsker en helhetlig opptappingsplan som tar for seg de tre innsatsområdene tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgings-tjenester, med følgende fem hovedmål:

1. Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
2. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.
3. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
4. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
5. Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

Regjeringen vil foreslå å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om

lag 185 mill. kroner i 2016 inkludert ordningen fritt behandlingsvalg. Som et ledd i satsingen har regjeringen for budsjettåret 2016 foreslått følgende tverrdepartementale satsing:

- 400 mill. kroner av veksten i de frie inntektene begrunnes med en økt satsing på rusfeltet.
- 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mottaks- og oppfølgingssentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre, for eksempel etter modell av LASSO i Oslo.
- 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av Narkotikaprogram med domstolskontroll.
- 20 mill. kroner til styrking av tilskudd til arbeidstrening og aktivisering i regi av frivillige organisasjoner og sosialt entreprenørskap.
- 15 mill. kroner til styrking av tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer, basert på erfaringene fra modellkommuneforsøket.

Regjeringen foreslår at følgende tiltak/målsetninger prioriteres i løpet av planperioden:

- Bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo (500 mill. kroner).
- Øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne med 500 plasser (75,5 mill. kroner).
- Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer (93 mill. kroner).
- Åpne mottakssentre i de største byene og sørge for økt utbygging av oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT-team, lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet (100 mill. kroner).
- Økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (100 mill. kroner).

Regjeringen vil trappe opp bevilgningene til rusfeltet i tråd med de langsiktige mål og tiltak som følger av denne opptappingsplanen. Det er behov for forutsigbarhet knyttet til særskilte, prioriterte områder. Disse fremkommer av listen over. Samtidig må planen sikre tilstrekkelig fleksibilitet for å fange opp endrede behov, nødvendig fornyelse og god fremdrift. Derfor inneholder planen også langsiktige mål og tiltak som ikke er beløpsfestet.

Tiltakene som er nevnt i opptappingsplanen vil bli vurdert opp mot den økonomiske rammen for planen. For flere av tiltakene er det behov for nærmere vurderinger av innretning og økono-

miske og administrative konsekvenser. Regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak innenfor planrammen.

Virkemiddelbruk og resultatoppfølging

Regjeringen legger til grunn at gjennomføringen av mål og tiltak rettet mot kommunene som hovedregel skal skje gjennom frie inntekter, jf. kapittel 3.4.1. Satsing gjennom kommunenes frie inntekter bidrar til forenkling og forutsigbarhet for kommunene, og stimulerer til effektiv resursutnyttelse i tråd med lokale behov, slik at kommunene kan se sine velferdsoppgaver i sammenheng.

Det er viktig å måle utviklingen på rusfeltet i planperioden. Departementet vil gjennom etablerte rapporteringsordninger følge nøye med på utviklingen i sektoren, og om kommunene følger opp regjeringens satsing med tiltak innenfor rusområdet. Vi mangler gode data om rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. For å følge innsatsen i kommunene, vil vi derfor benytte oss av Helsedirektoratets skjema IS-24/8 for å følge kommunenes ressursinnsats.

Brukerplan² er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelbruk i kommunen. Kommunene får ved bruk av Brukerplan kartlagt både livssituasjonen til den enkelte rusavhengige og rusituasjonen generelt i kommunen. Resultatet av dette er at de ulike kommunale tjenestene også begynner å samhandle bedre rundt den enkelte bruker. At kommunene benytter seg av Brukerplan er også svært nyttig for spesialisthelsetjenesten i kvalitets-sikringsarbeid og for å dimensjonere tjenestene riktig.

Gjennom Brukerplan-rapportene vil departementet kunne følge opp endringer på brukernivå. I Brukerplan benyttes en tredelt skala for funksjonsnivå – grønn, gult og rødt. Dette gir et relativt detaljert og oppdatert bilde av både antall brukere, deres funksjonsnivå og hvilke tjenester de mottar. Dette vil gi en god indikasjon av effekten av kommunale tiltak. Det er et mål for regjeringen at en økt andel personer med rusproblemer oppnår bedre skår på samlet funksjonsnivå i Brukerplan, og på sentrale levekårsvariabler som arbeid, aktivitet og bolig. På bakgrunn av Brukerplan-rapporten vil vi kunne se endringer og måle effekten av kommunale tiltak. I tillegg til tall fra Bruker-

² Helse Stavanger HF (2015): Rusmiddelmissbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014.

plan, vil Ungdata og lignende kilder gi oss verdifull informasjon om situasjonen i kommunene og om brukerne.

Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene, vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler.

Tilsvarende skal finansieringen av spesialisthelsetjenesten skje gjennom de årlige økonomiske oppleggene for helseforetakene. Regjeringen vil videreføre styringskravet overfor de regionale helseforetakene om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå (den gylne regel).

Enkelte prioriterte satsinger vil imidlertid kreve særskilt finansiering, i form av øremerkede midler.

1.3 Arbeidet med planen

Regjeringen har vært opptatt av en åpen dialog med alle berørte parter i arbeidet med opptappingsplanen; brukere, pårørende, lokalpolitikere og fagfeltet. Derfor ble det i arbeidet med opptappingsplanen gjennomført tre åpne rådslag. Det ble gjennomført to rådslag i regi av Helsedirektoratet om ambulante og oppsøkende tiltak og om tidlig innsats. Det tredje rådslaget ble gjennomført av bruker- og pårørendeorganisasjonene på rus- og psykisk helsefeltet, i samråd med Helsedirektoratet og omhandlet bruker- og pårørendeperspektivet.

I tillegg ble det opprettet en egen innspillside på regjeringens nettsider, hvor organisasjoner og privatpersoner har hatt mulighet til å sende inn

sine innspill til planen. Våren 2015 ble det også gjennomført et toppmøte om planen i regi av regjeringspartiene og samarbeidspartiene Kristelig Folkeparti og Venstre.

Responsen var overveldende, og det ble motatt en rekke gode innspill til tiltak og løsninger. Denne planen er et resultat av alle gode innspill.

1.4 Strukturen i planen

Kapittel 2 er en beskrivende faktadel. I kapitlet gis et kort overblikk over dagens situasjon, med hensyn til omfang av forbruk, forekomst av rusproblemer og sentrale kjennetegn ved tjenestene. For nærmere omtale av trender og utvikling i alkoholkonsum og narkotikabruk, vises det til den årlige publikasjonen fra Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus), Rusmidler i Norge³. For mer utfyllende omtale henvises det til blant annet Brukerplan-rapportene og øvrige kilder som framgår av teksten.

Selve opptappingsplanen med tiltakene og oppfølgingspunkter er samlet i kapittel 3, Opptappingsplan for rusfeltet (2016–2020). Her framgår regjeringens satsinger og målsettinger for opptappingsplanperioden, fra 2016 til og med 2020.

I kapittel 4 omtales de økonomiske virkemidlene som skal understøtte de overordnede målene i opptappingsplanen. Videre omhandler kapitlet hvilke rapporteringsrutiner som legges til grunn for oppfølging av planen.

³ Sirus (2015): Rusmidler i Norge 2014.

2 Dagens situasjon

2.1 Brukerne

Det brukes mange begreper om personer med rusproblemer. Ofte suppleres begrepene av stereotype forestillinger om de svake eller at en person med rusproblemer er en ung mann som injiserer heroin. Dette tradisjonelle bildet av personer med rusproblemer, er imidlertid i liten grad i overensstemmelse med den faktiske situasjonen.

Rusproblemer forekommer hos mennesker i ulike aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov vil variere fra person til person. De fleste mennesker som i løpet av livet utvikler et moderat rusproblem, klarer å håndtere dette ved egen innsats, med støtte fra familie og nettverk eller selvhjelpstilbud¹. Noen henter støtte fra frivillige/ideelle organisasjoner, mens andre har behov for tjenester fra hjelpeapparatet i en kortere eller lengre periode.

Omfang

Bruk av rusmidler kan knyttes til en rekke skader og problemer. Verdens helseorganisasjon (WHO) uttrykker omfanget av alkohol- og narkotikaproblemer gjennom studien Global Burden of Diseases (GBD)². Når det gjelder tap av leveår blir bruk av alkohol rangert som nummer åtte av de viktigste risikofaktorene. Det er påvist at alkohol er risikofaktor ved 60 vanlige sykdommer, herunder en rekke ulike kreftformer og hjerte-karsykdommer. Narkotikabruk blir rangert som nummer ti. Selv om narkotikabruk er forbundet med høy sykkelighet og dødelighet, og dermed har store konsekvenser for den enkelte, bidrar narkotikabruk i betydelig mindre grad til tap av friske leveår og dødsfall i befolkningen enn hva alkoholbruk gjør. Dette har først og fremst sammenheng med lavere utbredelse. Det er dessuten knyttet ulik

grad av risiko til de ulike narkotiske stoffene og eventuelt blandingsbruk.

Alkohol er uten sammenligning det mest brukte rusmiddelet. 85 pst. av befolkningen over 18 år har drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder³. Det totale alkoholkonsumet er høyere i dag enn i 1993, men det totale alkoholkonsumet, det vil si både registrert og uregistrert forbruk, ser ut til å ha flatet ut siden 2008. Vi ser derimot et økende forbruk blant kvinner og middelaldrende og eldre personer⁴. Ifølge Sirius har 17 pst. av befolkningen et risikofyllt alkoholforbruk. Mest risikofyllt drikking finner vi blant menn i alderen 16–50 år⁵. Samtidig som mange mennesker med et moderat rusproblem klarer å håndtere dette selv, eller ved hjelp av familie, nettverk eller selvhjelpstilbud, indikerer tall fra Brukerplan⁶ og rapporter fra Sirius at det er store mørketall når det gjelder alkoholkonsum og at svært mange aldri oppsøker hjelp for sine problemer.

Data fra Norsk pasientregister fra 2014 viser at snaut 27 000 pasienter var i behandling i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelproblemer i 2014 og at 36 pst. hadde alkoholproblemer som hovedtilstand. Videre framkom det at 28 pst. av pasientene var i behandling for opiatproblemer, at vel 1/10 av pasientene var i behandling for problemer med flere rusmidler, mens 13 pst. av pasientene var i behandling for cannabisproblemer.

En undersøkelse gjennomført av Sirius⁷ om bruk av illegale rusmidler viser at i overkant av en femtedel av befolkningen mellom 16 og 64 år oppga å ha brukt cannabis en gang i løpet av livet, mens 1,6 pst. oppga å ha brukt cannabis i løpet av de siste fire ukene. De som oppga å ha brukt

¹ Korfor (2012): Innspill til Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Forløp og kunnskapoppsummering: Tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering.

² Verdens helseorganisasjon (WHO) (2013): Det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD 2010).

³ Sirius (2015): Rusmidler i Norge 2014.

⁴ Bye, E. K. og Østhus, S. (2012): Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985–2008. Statens institutt for rusmiddelforskning.

⁵ <http://www.sirus.no/nye-tall-om-risikofyllt-alkoholkonsum/>

⁶ Helse Stavanger (2014): Rusmiddelmisbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2013.

⁷ Sirius (2015): Bruk av illegale rusmidler: Resultater fra befolkningsundersøkelser 2012–2014. Sirius-rapport nr. 4/2015.

cannabis i løpet av de siste 12 måneder, rapporterte større alkoholkonsum i samme periode sammenlignet med aldersgruppen som helhet. For andre illegale rusmidler som kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA, oppgir kun et fåtall (mindre enn 1 pst.) å ha brukt noen av disse stoffene i løpet av siste 12 måneder. Andelen som oppgir et regelmessig bruk av cannabis er relativt lav. Mellom 4 200 og 16 400 personer i aldersgruppen 16–64 år har brukt cannabis mer enn 20 av de siste 30 dagene ifølge anslag fra Sirius/SSB. Disse kan defineres som høyrisikobrukere.

Bruk av amfetaminer, kokain og andre narkotiske stoffer unntatt opioider, forårsaker få dødsfall, men hyppig og risikofylt bruk fører til personlige, sosiale og helsemessige problemer. Antall personer som injiserer narkotika, hovedsakelig opioider, har vist en stabil eller noe nedadgående trend fra 2008. I 2012 ble antallet beregnet til om lag 8 400 personer. I 2013 ble det registrert 234 narkotikautløste dødsfall i Norge. 76 pst. av disse var menn. Antallet dødsfall har vært noenlunde stabilt siden 2002 med et gjennomsnitt på 266 døde årlig. Antall dødsfall i 2013 var imidlertid lavere enn i perioden 2009–2012. Samlet sett har vi hatt en nedadgående trend siden 2009.

I de senere år er det registrert en betydelig økning i antall nye psykoaktive stoffer. Disse opererer i en juridisk gråsoner ettersom de ikke er oppført på de internasjonale narkotikalistene. Bruken av mange av disse stoffene kan gi alvorlige helsekonsekvenser. Ifølge EUs narkotikaovervåkingscenter (EMCDDA) har nærmere 400 slike stoffer dukket opp siden 2005.

Barn og unge

Ungdataundersøkelsen (aldersgruppen 13–16 år) viser at vi har en veltilpasset ungdomsgenerasjon; de har tette bånd til sine foreldre, høy skoletrivsel og få har erfaring med rus og kriminalitet⁸. Videre viser tallene at de unges bruk av alkohol har flatet ut, og fra årtusenskiftet vises en tydelig nedgang. Den store europeiske skoleundersøkelsen Espad, som er foretatt i 1995, 1999, 2003, 2007 og 2011, viser at det var en liten økning i andel som oppgir å ha drukket alkohol fra 1995 til 1999/2003, mens det siden har vært en nedgang. Videre framgår det at de ungdommene som hadde drukket i 2011, drakk betydelig mindre enn ungdommene i 2003, og at andelen stordrikkere også falt

⁸ Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (2014): Ungdata. Nasjonale resultater 2013. NOVA-rapport 10/14.

betydelig fra 2003 til 2011⁹. Også tall fra undersøkelsen Ung i Oslo 2012 viser at alkoholbruken blant unge har gått markert ned. Tilsvarende funn finner vi også for bruk av illegale rusmidler.

Ifølge en undersøkelse fra Regionalt kompetansesenter for barn og unge, Midt-Norge, hadde 76 pst. av barn og ungdom i statlige barnevernsinstitusjoner psykiske problemer og lidelser som tilsvarte en psykiatrisk diagnose. 12 pst. var belastet med rusmiddelbruk, hvorav 2,7 pst. ble vurdert som rusavhengige¹⁰.

Brukerplan

Gjennom kartleggingsverktøyet Brukerplan, har vi anslag over personer med et kjent rusproblem som mottar kommunale tjenester. Ved utgangen av 2014 var det 201 kommuner som hadde tatt i bruk verktøyet. Over 17 500 brukere er kartlagt, noe som gir et anslag på totalt om lag 40 000 brukere på landsbasis¹¹. Dette er personer med rusproblemer som er kjent i tjenestene, som har hatt eller følges opp for alvorlige rusproblemer eller som har mottatt tjenester i løpet av siste 12 måneder. Unge under 18 er foreløpig ikke inkludert i kartleggingen.

Brukerplan gir et relativt detaljert og oppdatert bilde av både antall brukere av kommunale tjenester med rusproblemer og deres funksjonsnivå og hvilke tjenester de mottar. Materialet fra Brukerplan viser at det er en klar overvekt av menn i materialet og at gjennomsnittsalderen er på 41 år. Samlet skårer over halvparten av brukerne på «rødt» eller «blodrødt» funksjonsnivå, noe som innebærer at de har et dårlig eller svært kritisk dårlig funksjonsnivå. Videre fremgår det at 8 pst. er uten fast bolig og at en stor andel av de kartlagte brukerne ikke er i noen form for arbeid eller meningsfull aktivitet (42 pst.).

Eldre

Den registrerte alkoholomsetningen har økt med 33 pst. mellom 1993 og 2014. Det er ikke de unge, men de eldre som står for denne økningen i for-

⁹ Brunborg, G.S., Bye, E. K., & Rossow, I. (2014): Collectivity of drinking behavior among adolescents: An analysis of the Norwegian Espad data 1995–2011. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 389–400.

¹⁰ Kayed, N., S. mfl (2015): Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern (RKBU – Midt Norge) og NTNU, 2015.

¹¹ Helse Stavanger (2015): Rusmiddelmissbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014.

Tabell 2.1 Registrerte brukere i Brukerplan og samlet funksjonsnivå 2013–2014

	2013	2014
Antall personer med rusproblemer	11 372	17 256
Indeks for samlet funksjonsnivå (pst.):		
Grønn	14	8
Gul	35	39
Rød	40	43
Blodrød	11	11

Kilde: Helse Vest HF (2015): Rusmiddelmisbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014

bruket. Flere eldre drikker alkohol nå enn for 15 år siden, og de drikker mer og oftere enn før¹². Andelen i befolkningen over 65 år vil øke de neste tiårene. At de eldre blir stadig flere og samtidig drikker mer alkohol, antas å føre til flere alkoholrelaterte problemer i denne gruppen. I perioden 1997–2008 økte andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholkonsum fra under 0,5 pst. til 4,5 pst. (ibid). Ifølge levekårsundersøkelsene er andelen som drikker alkohol to eller flere ganger i uka nær fordoblet fra 1998 til 2012 i aldersgruppene 45–66 år og 67 år og eldre. Andelen som ukentlig drikker mer enn anbefalt grenseverdi når en topp i aldersgruppen 50–70 år, og er høyere for kvinner enn for menn, ifølge den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG)¹³.

Brukernes helsetilstand

Blant personer med rusproblemer vil avhengigheten ofte bare være ett av flere problemer. En nordisk registerundersøkelse viser at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har omkring 20 år kortere forventet levetid enn befolkningen forøvrig¹⁴. Om lag 40 pst. av overdødeligheten blant pasienter med schizofreni tilskrives unaturlig død, mens 60 pst. skyldes fysiske sykdommer. Norge deltok ikke studien, men det er ikke grunn til å tro at tallene er annerledes for Norge¹⁵. En rapport

fra Folkehelseinstituttet fra 2015 viser at forekomsten av ruslidelser er opptil ti ganger høyere blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse sammenlignet med den generelle befolkningen¹⁶. For pasienter med schizofrenidiagnose fant man at 25 pst. også hadde en ruslidelse, mens tallet for befolkningen i sin helhet er at 2,4 pst. er registrert med en ruslidelse i Norsk pasientregister. Fra september 2009 til november 2012 ble 40 pst. av pasientene ved ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger inkludert i studien Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk¹⁷. I materialet framgår det at brukerne i gjennomsnitt hadde mer enn fire somatiske diagnoser.

En landsdekkende undersøkelse gjennomført av Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst¹⁸ viser at forekomsten av psykiske lidelser blant domfelte i norske fengsler er betydelig høyere enn i befolkningen ellers. Hele 92 pst. av et representativt utvalg av innsatte hadde tegn på en psykisk lidelse, og 65 pst. var rusavhengige før innsettelse i fengsel.

Hepatitt C-infeksjon (HCV-infeksjon) er en av verdens store pandemier, med 185 millioner smit-

¹² Bye, E. K. og Østhus, S. (2012): Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985–2008. Statens institutt for rusmiddelforskning.

¹³ Løset GK, Slagsvold B. (2013): Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer? I Daatland SO, Slagsvold B, red. Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) – runde 1 og 2. NOVA rapport 15/13. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

¹⁴ Lien, L., Huus, G. og Morken G. (2015): Psykisk syke lever kortere. Tidsskrift for den norske legeforening nr. 3 februar 2015.

¹⁵ Nome, Siri (2014): The burden of mental health in a period with profound organizational and ideological changes during two decades – a prospective longitudinal clinical study of the utility of beds, mortality, and causes of death in a psychiatric hospital with sector responsibility. Doktoravhandling. Klinisk institutt 1. Universitetet i Bergen.

¹⁶ Nesvåg, R. m fl. (2015): Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. August 2015, Volume 50, Issue 8, pp 1267–1276.

¹⁷ Dalen, E., Holmen, J. og Nordahl, H. M. (2015): Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk. Tidsskrift for den norske legeforening nr. 2 januar 2015.

¹⁸ Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst (2014): Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler», Prosjektrapport 2014-1.

tede globalt. Hvert år dør ifølge WHO mellom 350 000 og 500 000 mennesker av leversykdom forårsaket av hepatitt C-infeksjon. I Norge, som i resten av Europa, er det særlig personer som injiserer narkotika som er rammet. 80–90 pst. av de smittede i Norge, som ellers i vesten, er personer som injiserer narkotika, vanligvis opioider. HCV-infeksjon er den vanligste infeksjonssykdommen blant personer som injiserer narkotika. I løpet av de siste årene har det kommet flere nye og effektive, men kostbare, legemidler til behandling av hepatitt C. Aktiv rusmiddelbruk er ofte et hinder for behandling av sykdommen, men i enkelte tilfeller kan behandling igangsettes. Folkehelseinstituttet (FHI) har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lage utkast til en bred nasjonal hepatittstrategi i løpet av 2015, i samarbeid med Helsedirektoratet og andre relevante aktører. Utgangspunktet for oppdraget er vedtaket under møtet i Verdens helseforsamling i mai 2014, som anbefaler at alle land lager slike strategier. Strategien skal blant annet ta for seg tilgjengelighet på forebygging, diagnostikk og behandling for personer som allerede er smittet med hepatitt C, med spesiell vekt på sårbare gruppers behov. Ett spørsmål som vil bli omtalt i denne strategien er bruk av hepatitt C-legemidler til rusavhengige.

Feil- og underernæring hos personer med rusproblemer kan få alvorlige konsekvenser hvis det ikke følges opp. Av doktoravhandlingen til Mone Sæland¹⁹, framgår det at mer enn 60 pst. av personer med omfattende rusproblemer i Oslo, ikke fikk i seg mat nok og kunne gå dager uten å spise. Kostholdet inneholder svært mye sukker, og ensidig kost gir lav tilførsel av vitaminer. Under- og feilernæring bidrar til redusert immunforsvar og økt risiko for infeksjoner.

Mange med rusproblemer har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen, og har et stort behov for tannbehandling. Tannbehandlingen er viktig, ikke bare for å bli kvitt smerter og ubehag, men også for sosial omgang og for å oppnå verdighet. Tannbehandling kan også være en nøkkel til en generell forbedring av helsen. Personer som oppholder seg i institusjoner ut over 3 måneder, har rett til vederlagsfri tannbehandling fra fylkeskommunene. Gjennom Stortingets årlige budsjettbevilgning får fylkeskommunene midler til å gi et tilbud om vederlagsfri tannbehandling til rusavhengige som mottar helse- og omsorgstjenester i

kommunen og til personer i LAR. Tannhelse-tjenestens kompetansesenter Øst har på oppdrag fra Helsedirektoratet undersøkt effekten av tannbehandlingstilbudet til personer med rusproblemer. Av de som deltok i undersøkelsen oppga om lag 95 pst. av rusavhengige som har tilbud om vederlagsfri tannbehandling at tilbudet har stor eller veldig stor betydning for dem. I et fåtall av fylkeskommunene er det etablert systematisk oppfølging etter utført behandling. Dette anses som særskilt viktig for personer som er i en rehabiliteringsfase, for eksempel etter opphold på institusjon. I samarbeid med Helsedirektoratet vurderer departementet hvordan dette kan følges opp.

Voldsforekomst

Mange i behandling for rusproblemer har erfaringer som voldsutsatte, oftest som barn og unge, men også i nære relasjoner eller i rusmiljøer som voksen og/eller som voldsutøvende ungdom og voksen. Mange kan ha erfaringer med flere typer vold og overgrep. I følge Brukerplan var sju pst. av de som inngår i kartleggingen selv utsatt for vold eller trusler, mens seks pst. utsatte andre for vold eller trusler, og samme andel ble både selv utsatt og utsatte andre for vold eller trusler²⁰.

En undersøkelse av alle voldsskader som ble behandlet på Oslo legevakt i løpet av ett år, viste at nær to av tre pasienter med slike skader var alkoholpåvirket²¹. I en liknende studie fra legevakten i Bergen var 70 pst. av pasientene med voldsskader alkoholpåvirket²². I et norsk utvalg av mannlige utøvere av vold i nære relasjoner i behandling ved Alternativ til vold (ATV), tilfredsstilte om lag 40 pst. kriteriene for rusavhengighet ved inntak til behandling²³. Majoriteten hadde alkoholrelaterte problemer. I et samarbeidsprosjekt mellom ATV og Tyrilistiftelsen (2011) rapporterte 85 pst. av mennene og 35 pst. av kvinnene i døgnbehandling i Tyrilistiftelsen at de hadde utøvd vold, og om lag 22 pst. oppga selv at de hadde et voldsproblem (utøvelse av vold). Hele 44 pst. av kvinnene hadde blitt utsatt for seksuell vold i sin oppvekst, for mennene gjaldt dette 10 pst.

²⁰ Helse Stavanger (2015): Rusmiddelmissbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014.

²¹ Melhus, K., Sørensen, K. (1997): Vold 1994 - Oslo Legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 117: 230-3.

²² Steen K., Hunskår, S. Vold i Bergen (1997): Et ettårsmateriale fra Bergen Legevakt. Tidsskrift for den norske legeforening 117: 226-9.

²³ Askeland, I.R., Heir, T. (2014): Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behavior: a cross-sectional study. BMJ Open.

¹⁹ Sæland, M. (2014): Eating on the Edge. A study focusing on dietary habits and nutritional status among illicit drug addicts in Oslo, Norway.

Den samiske befolkning

Det finnes lite forskning på rusproblemer og forekomst av rusproblemer i den samiske befolkningen. Det fremgår av Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg!* og Saminor-undersøkelsen at den samiske befolkningen har et lavere alkoholforbruk enn den norske, samt at andelen av totalavholdende er høyere. Tilsvarende funn finner vi i andre undersøkelser også, som Ung i Nord-undersøkelsen. En nylig avsluttet oppfølgingsstudie av Saminor I, Saminor II, som er en helse- og levekårsundersøkelse i utvalgte områder i nord- og midt-Norge, vil kunne gi svar på flere spørsmål og gi et oppdatert prevalensestimert. Dataene fra denne studien er i 2015 ennå ikke ferdig analysert.

Rusmiddelrelaterte problemer må forstås i en kulturell kontekst. Rus og rusproblematikk har for en stor del vært tabubelagt i den samiske samfunnet. Taushet rundt denne problematikken kan ha ført til en lavere benyttelse av tjenester ved at samer tilsynelatende i større grad kvier seg for å innrømme slike problemer og for å ta kontakt med hjelpeapparatet²⁴. I tillegg kommer at det har vist seg vanskelig å nå fram med tradisjonelle behandlingsformer, og at tjenestene som tilbys i for liten grad har vært tilpasset samisk språk og kultur. Studier tyder på at samisktalende er mindre fornøyde med helsetjenestene de tilbys²⁵.

Samiske pasienter og brukere har krav på likeverdige helse- og omsorgstjenester som den øvrige befolkningen. Dette framgår av pasient- og brukerrettighetsloven. Rettigheter til den samiske befolkning som urbefolkning er også regulert i internasjonale konvensjoner. Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at de må være bevisst sitt ansvar for å legge til rette for at samiske innbyggere skal få nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. For nærmere omtale av lovgivning og rettigheter vises det til Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

Rusbruk i enkelte innvandrergupper

Flere studier har vist at ungdom og voksne med innvandrerbakgrunn bruker langt mindre rusmidler enn personer med etnisk norsk bakgrunn²⁶.

Særlig gjelder dette for bruk av alkohol og cannabis. Forskjellene er mindre for eksperimentering med andre rusmidler. Både unge og voksne med asiatisk eller afrikansk bakgrunn som oppholder seg i Norge, drikker mindre alkohol enn andre. I tillegg drikker muslimer i mindre grad enn kristne eller ikke-religiøse alkohol. Menn med innvandrerbakgrunn bruker for øvrig langt mer rusmidler enn kvinner med innvandrerbakgrunn.

Khat regnes som et relativt mildt stimulerende rusmiddel og har vært kjent og brukt i Afrika og Midtøsten i nærmere tusen år. En rapport fra NOVA²⁷ fra 2006 blant khatbrukere i Oslo viste at det nesten utelukkende var innvandrere med somalisk bakgrunn som brukte khat i Norge og at omtrent 20 pst. av denne innvandrerguppen brukte khat i Norge ved utgangen av 2006. Kompetansesenter rus – Oslo har i samarbeid med Nasjonal kompetanseenhet for Minoritetshelse²⁸ gjennomgått den forskningsbaserte kunnskapen om khat. Rapporten konkluderer med at det ikke er nok å behandle symptomene av khatbruk uten også å ta tak i underliggende problemer som ensomhet, fremmedgjøring og arbeidsledighet. Det ble pekt på behovet for økt kompetanse om khatbruk i helsetjenesten og hjelpeapparatet og viktigheten av å jobbe oppsøkende mot marginaliserte grupper som kan være mer sårbare for å utvikle et rusproblem. Rapporten anbefalte å undersøke prevalensen av khatbruk i Norge før man setter i gang intervensjoner. Ettersom prevalensen av khatbruk utenom den somaliske befolkningen trolig er svært liten, vil det være lite hensiktsmessig å inkludere khat i de årlige befolkningsundersøkelsene om rusmidler. Det er Sirius' vurdering at forholdet mellom khatbruk og sosiale, psykiske, somatiske, økonomiske og rusmiddelrelaterte problemer vil kunne belyses gjennom det mangfoldet av internasjonal forskning som blant annet gjengis i Kompetansesenter rus – Oslo og NAKMIs rapport.

Det foretas store beslag av khat i Norge hvert år, noe som tyder på at planten er i relativt hyppig bruk. Det er imidlertid ikke slik at beslagene har økt år for år. Tall fra Kripos viser at det i 2010 og 2011 ble beslaglagt rundt sju tonn khat årlig, mens det i 2012 ble beslaglagt om lag seks tonn

²⁴ Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (Sanks): Innspill til ny opptappingsplan for rusfeltet.

²⁵ Nystad T, Melhus M, Lund E. (2008): Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services. *International Journal of Circumpolar Health*. 2008;67:114–121.

²⁶ Vedøy, T. F. og Amundsen, E. J. (2008): Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. *Sirus-rapport 1/2008*.

²⁷ Gundersen, T. (2006): Bruk av khat i Norge – Nytelse og lidelse. *NOVA skriftserie 1/2006*.

²⁸ Ali W. og M. Kaur (2013): Khat og helse – En kunnskapsoppsummering. Kompetansesenter rus – Oslo, Nasjonal kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI).

og fire tonn i 2013. De store mengdene som beslaglegges må imidlertid ses i sammenheng med at planten pakkes i bunter på 100–300 gram. Normalt tygges denne mengden av én person i løpet av tre til seks timer (EMCDDA, 2011). Størrelsen på khatbeslag kan med andre ord ikke sammenlignes med beslag av andre illegale stoffer som for eksempel cannabis.

Personer med utviklingshemming

Vi har få omfangsundersøkelser av rusmiddelbruk hos mennesker med utviklingshemming i Norge. Enkelte studier fra utlandet tyder på at bruk av rusmidler blant utviklingshemmede er mindre utbredt enn hos befolkningen generelt, men at risikoen for at personer med utviklingshemming utvikler et skadelig rusbruk er betydelig større enn i befolkningen for øvrig²⁹. Funn fra undersøkelser om personer med utviklingshemming som bruker rusmidler, viser at svikt i selvregulerende atferd og kognitive vansker gjør utviklingshemmede ekstra sårbare for de negative konsekvensene av rusbruk og utvikling av rusproblemer og virker begrensende for mestring av rusmidler og ruspåvirkning. Tiltak og behandling av rusproblemer hos utviklingshemmede krever kompetanse om utviklingshemming, rus og psykiske lidelser og samarbeid mellom fagmiljøene og tjenestenivåene^{30 31}.

Spillproblemer

Spill i ulike former brukes i store deler av befolkningen, i alle aldersgrupper. De aller fleste bruker spill som avkobling og supplement til andre fritidsaktiviteter. En stor norsk befolkningsstudie fra 2013³² viste at 59,1 pst. av personene i alderen 16 til 74 år hadde spilt pengespill i løpet av de siste tolv måneder. Omfanget av problemer knyttet til pengespill i Norge er lavere enn gjennomsnittet fra tidligere internasjonale befolkningsundersøkelser og lavere enn det som er funnet i seks tidligere norske undersøkelser (fra 2005, 2007, 2008 og 2010). Sammenliknet med tidligere nor-

ske undersøkelser viste studien en nedgang, særlig i andelen lavrisikospillere og problemspillere. Resultatene viste at 7,8 pst. av befolkningen ble kategorisert som lavrisikospillere, 2,4 pst. som moderate risikospillere og 0,6 pst. som problemspillere. Når det gjaldt deltakelse i ulike typer spill, dominerte skrapelodd (ikke internett) og tallspill, der majoriteten av spillerne hadde deltatt. I alt 26,7 pst. av spillerne hadde spilt pengespill på internett siste 12 måneder.

37 pst. hadde spilt dataspill i løpet av de siste seks månedene. Flere menn enn kvinner og flere yngre enn eldre hadde spilt. 96,7 pst. ble kategorisert som normaldataspillere, 3 pst. ble kategorisert som problemdataspillere og 0,3 pst. som dataspill-avhengige. Å tilhøre kategoriene problemdataspiller/-avhengig var relatert til mannlig kjønn, lav alder, å ha tre eller flere barn og visse yrkesstatusgrupper (deltidsansatt, student, arbeidsledig/ufør/på attføring/på avklaringspenger). De som var problemdataspillere/-avhengige rapporterte gjennomgående mer hyppig psykosomatiske symptomer enn normaldataspillere/ ikke-spillere.

Kulturdepartementet vil i 2016 legge fram en stortingsmelding om pengespill.

2.2 Tjenestetilbud

Ansvar for behandling og oppfølging av personer med rusproblemer er delt mellom kommunene og staten. I tillegg tilbyr private aktører, ideelle og frivillige organisasjoner tjenester som supplerer de offentlige tjenestene og bidrar til økt variasjon, mangfold og kapasitet i tilbudet.

Kommunene har et omfattende ansvar for tilbud til personer med rusproblemer og psykiske lidelser, som bl.a. involverer helse- og omsorgstjenester, NAV, skole, barnehage og barnevern. Kommunens ansvar omfatter forebygging, kartlegging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, inntektssikring, oppfølging i bolig, institusjonsplass, psykososial støtte og veiledning, støtte til pårørende og henvisning til og samarbeid med spesialisthelsetjenesten mv.

I 2014 var det registrert 771 årsverk innen kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med rusproblemer, i tillegg kommer årsverk som er felles for psykisk helse og rus på om lag 7 600 årsverk³³. Tidligere har kommunene rapportert på ressursinnsatsen innen psykisk helse

²⁹ Cooper, A-Q, Smiley, J., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 190 (1), s. 27 – 35.

³⁰ Naku (2010): Rus: Sårbarhet og konsekvenser. Artikkel publisert på www.naku.no.

³¹ Gruber, T. & Andersen, J. (2001): Misbrug uden behandling, Formidlingscenter Øst.

³² Pallesen et al (2014): Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2013. UIB/Institutt for samfunnspsykologi, mai 2014).

³³ Sintef (2015): Rapportering på kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Tabell 2.2 Antall årsverk rapportert totalt i rus- og psykisk helsearbeid i 2014

	Voksne	Barn	Totalt
Felles psykisk helse og rus	7 598	1 834	9 432
Psykisk helsearbeid	2 129	798	2 927
Rusarbeid	702	69	771
Totalt	10 429	2 702	13 131

Kilde: Sintef

og rusarbeid hver for seg. Fra 2014 er det utarbeidet et felles og forenklet skjema. Tallene for kommunalt rusarbeid før og etter 2014 er derfor ikke direkte sammenlignbare, og viser et noe lavere antall årsverk enn tidligere rapporteringer. Dette skyldes ifølge Sintef blant annet dobbelrapportering og at det er krevende for kommunene å skille disse to fagområdene.

Kommunenes utgifter knyttet til rusfeltet dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren. I tillegg kommer ulike tilskuddsordninger over statsbudsjettet rettet mot kompetanseheving, modellutprøving og kapasitetsvekst.

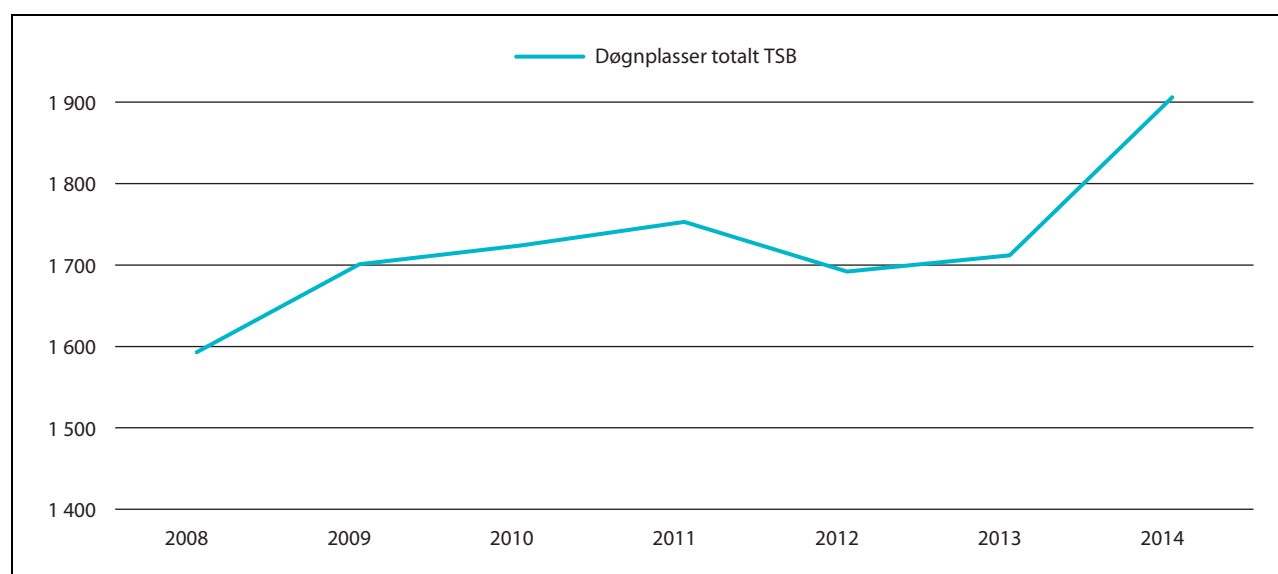
Ved rusreformen i 2004 ble det i alt overført om lag 1,3 mrd. kroner fra kommunene og fylkeskommunene til de regionale helseforetakene. Tall fra Samdata for 2014 viser at kostnadene til tverrfaglig spesialisert behandling i 2014 utgjorde om lag 4,6 mrd. kroner.

Samdatarapporten for 2014 viser at det totalt var om lag 586 000 oppholdsdøgn innen tverrfag-

lig spesialisert behandling. Det var i 2014 om lag 13 600 innleggelser, hvorav en betydelig andel pasienter hadde flere behandlingsopphold i løpet av året. I samme periode var det over 590 000 polikliniske konsultasjoner i tverrfaglig spesialisert behandling. Videre viser rapporten at det ble tilbudt poliklinisk rusbehandling innen psykisk helsevern ved nesten alle helseforetaksområdene.

På nasjonalt nivå viste rapporten at det var 1906 døgnbehandlingsplasser i 2014. Av disse var det 1099 (58 pst.) som var drevet av private – i alt vesentlig ideelle organisasjoner. I 2014 ble det inngått avtaler med private ideelle organisasjoner om kjøp av om lag 200 nye behandlingsplasser. Tilgjengelighet og lang ventetid til behandling er fortsatt en utfordring for mange som søker behandling for rusproblemer.

I 2015 er det rusmestringsenheter i 13 norske fengsler, med i alt om lag 130 plasser, hvor innsatte får et tilbud om rusbehandling og rehabilitering. En rusmestringsenhet er en forsterket enhet innenfor et fengsel. Det fungerer som en egen



Figur 2.1 Utviklingen i antall døgnplasser i TSB på nasjonalt nivå (2008–2014)

Kilde: Samdata 2015

avdeling, spesielt tilrettelagt for innsatte med rusproblemer. I tillegg er det etablert et samarbeid mellom kriminalomsorgen og Tyrilistiftelsen (Stifinner'n) om rehabilitering og behandling av innsatte ved Oslo fengsel (20 plasser) og Bredtvet fengsel (6 plasser) i Oslo. Stifinner'n har overføring til behandlingsinstitusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 som hovedmål, og innsatte ved Stifinner'n får prioritert plass ved Tyrilistiftelsen. Om lag 80 pst. av stifinner'ne overføres til institusjoner i Tyrilistiftelsen, mens 20 pst. overføres til andre behandlingsinstitusjoner.

Historisk har frivillig sektor stått for mye av utvikling og innovasjon, innenfor både forebygging, somatikk, psykisk helse og rusfeltet. Frivilligheten har vist vei for det som senere har blitt naturlige oppgaver for velferdsstaten. Det er både et behov og et potensiale for å styrke den frivillige innsatsen på helse- og omsorgsfeltet. På rusfeltet er det private, ideelle tjenesteleverandører som står for brorparten av døgnkapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling. I tillegg er det en rekke private, ideelle organisasjoner som leverer tjenester i samarbeid med kommunene, kriminalomsorgen og barnevernet. For å styrke den frivillige aktiviteten på helse- og omsorgsfeltet, har Frivillighet Norge, KS og Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Strategien omhandler somatikk, rus og psykisk helse, og skal blant annet bidra til å redusere ensomhet og styrke samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og offentlig sektor³⁴.

2.3 Behov for opptapping

Regjeringen har satsset på rusfeltet siden tiltredelsen. Det er en positiv utvikling på rusfeltet og det er helt sentralt å videreføre denne satsingen for at denne utviklingen skal fortsette. Innsatsen for å forbygge rusproblemer handler om et helsefremmende samfunn og har derfor fått et tydelig folkehelseperspektiv i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen.

I folkehelsemeldingen er frivillighet løftet fram som en forutsetning for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Innenfor det rusmiddelforebyggende arbeidet har frivillig sektor spilt en nøkkelrolle helt siden måteholdsforeningene og avholdsbeve-

gelsen startet opp på 1800-tallet. De frivillige organisasjonene er fortsatt statens og kommunenes viktigste allierte i det rusmiddelforebyggende arbeidet og i folkehelsearbeidet generelt. Paraplyorganisasjonen Actis og kampanjeorganisasjonen Av-og-til er blant en rekke frivillige organisasjoner som er sentrale pådrivere i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Av-og-til driver holdnings- og skapende arbeid gjennom et bredt nettverk av frivillige organisasjoner, kommuner og andre samarbeidsparter, og er et viktig supplement til Helse- og omsorgsdepartementets informasjonstiltak og kampanjer.

Samtidig gjenstår til dels store utfordringer på feltet som må møtes med en fornyet og forsterket innsats. Regjeringens mål med opptappingsplanen er å løse utfordringene knyttet til tidlig innsats, behandling og ettervern og oppfølgingstjenester.

Bruker- og pårørendeinnflytelse

Brukeres og pårørendes opplevelser av hva som er gode tjenester vektlegges i stadig større grad. Samtidig viser resultater fra enkelte undersøkelser at det fortsatt er manglende brukerinnflytelse.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2013 en nasjonal undersøkelse om pasienttilfredshet blant pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling³⁵. I denne undersøkelsen oppgir nesten halvparten av pasientene at samarbeidet med pårørende ikke har vært bra nok. Videre oppgir 14 pst. av pasientene med døgnopphold at de i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde innflytelse på behandlingen. Halvparten av pasientene oppgir også at de enten ikke hadde individuell plan (28 pst.) eller ikke visste om de hadde det (23 pst.).

En annen indikasjon på manglende brukermedvirkning er at bare 13 pst. av kartlagte personer med rusproblemer, som var brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, ble registrert med individuell plan (IP)³⁶. Videre viser en rapport om kommunalt rusarbeid for 2012, at 62 pst. av landets kommuner ikke hadde gjennomført brukerundersøkelser rettet mot brukere av kommunale rustjenester³⁷.

³⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2015): Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020). Utarbeidet i fellesskap med Frivillighet Norge, KS og Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁵ Haugum M; Iversen H.H; Bjertnes Ø.A (2013): Pasientfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling-resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Pas- Opp Rapport 7/ 2013.

³⁶ Helse Stavanger (2015): Rusmiddelmisbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014.

³⁷ Rambøll 2014: «Rapportering på kommunalt rusarbeid 2012» (IS-8).

Mangelen på systematisk innhenting og anvendelse av brukererfaringer, synliggjør behovet for å styrke brukernes rolle både på system- og individnivå i utviklingen av tjenestene og innholdet i disse.

Avhengighet og rusproblemer angår ikke bare den det gjelder, men også deres nærmeste. Personer med rusproblemer har i de aller fleste tilfeller pårørende, og deres livssituasjon vil i stor grad preges av den avhengiges opp- og nedturer og belastninger av ulik karakter og intensitet. En kartleggingsundersøkelse³⁸ ved Borgestadklinikken viser at fysiske symptomer relatert til stress, som for eksempel muskel- og skjelettplager, smerter i hode, bryst og mage, er gjengangere hos pårørende. I tillegg forekommer lange sykemeldingsperioder og stort forbruk av muskelavslappende midler, smertelindrende og avhengighetsskapende legemidler.

Brukernes og pårørendes egne erfaringer og kompetanse skal vektlegges sterkere i utforming av tjenestetilbudene til disse målgruppene, både på individ- og systemnivå.

2.3.1 Tidlig innsats

Målet om tidlig innsats har vært sentralt i de senere års satsinger. Samtidig peker OECD i en rapport på at det er behov for å styrke tilbudet til mennesker med milde og moderate rusproblemer.³⁹ Det er mye å vinne på å forhindre at milde og moderate problemer forverres. Spesielt gjelder dette risikofylt bruk av alkohol hos voksne og eldre, men også tidlig identifisering av unge med risikofylt bruk av både alkohol og illegale rusmidler. Fastlege, helsestasjon, hjemmetjenester og barnevern er sentrale aktører i arbeidet.

Det er behov for å se nærmere på modeller som bidrar til å utvikle gode og effektive tjenester tidlig i forløpet, og derigjennom redusere behovet for og bruken av mer spesialiserte tjenester. I følge OECD⁴⁰ er mangel på insentiver som fremmer forebygging og samhandling en utfordring.

Barn og unge

Det fremgår av Brukerplan-kartleggingen at personer i alderen 18–24 år i liten grad er kjent og blir

fulgt opp i tjenesteapparatet. Når unge med rusproblemer først blir oppdaget, har mange allerede utviklet et omfattende rusproblem. At kommunene ikke klarer å fange opp unge med rusproblemer tyder på at tjenestene i liten grad har gjort seg tilgjengelige for unge. Dette reiser spørsmål om eksisterende arenaer er gode eller omfattende nok til å fange opp rus og avhengighetsproblematikk tidlig nok.

Ungdata-undersøkelsene viser at unges bruk av alkohol har flatet ut, og fra årtusensskiftet finner man en tydelig nedgang. Det er likevel mange unge som drikker alkohol, og da særlig i den siste tenåringsfasen. Eksperimentering med og bruk av alkohol kan for noen være en symbolsk markering av steget fra å være barn til å bli ungdom. For mange unge er alkoholinntak også sammenvevd med vennskap, flørtning og en sosial livsstil.

Når det gjelder bruk av narkotiske stoffer, viser Ungdata-undersøkelsene at etter en økning i bruken fram mot rundt år 2000, har det det siste tiåret vært en markant nedgang i bruk av hasj og marihuana i aldersgruppa rundt 15 år. Stoffer som kokain, ecstasy og heroin har bare marginal utbredelse. Ungdataundersøkelsene viser at ungdom som begynner å drikke tidlig, i mange tilfeller har atferdsmønstre kjennetegnet av andre typer antisosial atferd og bruk av tyngre rusmidler. Man finner også at disse gjerne har et mer trøblete forhold til skolen og til foreldrene. De begår flere kriminelle handlinger, har dårligere psykisk helse og får oftere problemer senere i livet. I et tidlig innsats- og rusforebyggende perspektiv innebærer det at det er avgjørende å identifisere og avhjelpe disse problemene før de også manifesterer seg som rusproblematikk.

Barn som pårørende – familieperspektiv

Rundt 70 000 barn har foreldre med et så alvorlig alkoholproblem at dette går ut over deres daglige fungering. Telles kun klart alvorlige lidelser, rammes 30 000 av foreldres alkoholbruk. Beregninger viser at mange av foreldrene i familier med alkoholproblemer også har andre psykiske problemer⁴¹. Tall fra Brukerplan viser at åtte pst. av alle som inngår i kartleggingen har omsorg for ett eller flere barn, og av dem har 41 pst. kontakt med barnevernet.

Å ha foreldre med rusproblemer kan føre til psykiske problemer og følelsesmessige utfordrin-

³⁸ Kompetansesenter rus – region sør (2012): Hvem er de pårørende. Rapport – desember 2012.

³⁹ OECD (2014): OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards. OECD Publishing.

⁴⁰ OECD (2014): OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards. OECD Publishing.

⁴¹ Nasjonalt folkehelseinstitutt (2011): Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Rapport 2011:4.

ger, overgrep og dobbelt risiko for tidlig død for barn som pårørende, sammenlignet med andre barn. Det er viktig å se rusmiddelbrukets konsekvenser for samspillet i en familie og for barnets psykososiale helsetilstand. Barn som har nærstående med rusproblemer eller psykiske lidelser har vesentlig høyere sannsynlighet for selv å utvikle rusproblemer enn barn og unge som i mindre grad opplever dette⁴². Mange voksne med omfattende hjelpebehov, blant annet på grunn av rusavhengighet, forteller at de ble oversett og forsømt i barne- og ungdomsårene. Det er avgjørende at barn som vokser opp med rusbelastede foresatte identifiseres tidlig. Blant helsetjenestene er helsestasjons- og skolehelsetjenesten svært viktige for å fange opp barn med foreldre med rusproblemer.

Barn og unge som tidlig og ofte blir konfrontert med foreldres og voksnes omfattende rusmiddelbruk, tenderer til å ha et større rusmiddelbruk enn barn og unge som i mindre grad opplever dette. Det må settes inn virksomme hjelpetiltak for å bryte den sosiale arven. Tidlig hjelp vil gjøre at barna og foreldrene får hjelp til å forebygge omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Tidlig hjelp til familien vil også kunne bidra til å forebygge ungdomsvold og vold i nære relasjoner. Ifølge Brukerplan-rapporten er det en utfordring at den store gruppen av unge som fanges opp for sent, og videre det store antall personer med alkoholrelaterte problemer som ikke er kjent for tjenesteapparatet.

Eldre

Eldre og rusproblemer er et tema som i liten grad har vært tematisert i offentlige satsinger. Mens alkoholforbruket hos ungdom har gått ned siden 2006, har det skjedd en økning i Eldres alkoholforbruk. Samtidig vil tallet på eldre bli fordoblet fram mot 2050. Mye tyder derfor på at alkoholrelaterte sykdommer og problemer blant dagens og morgendagens eldre vil representere en betydelig samfunnsmessig utfordring, og føre til ytterligere press på helse- og omsorgstjenestene i framtiden⁴³. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Regionalt kompetansesenter for rus-

middelforskning i Helse Vest (Korfor) utarbeidet en egen rapport om Eldres rusmiddelbruk⁴⁴. Rapporten ser både på alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre, og helsemessige og sosiale problemer blant eldre i LAR. Rapporten peker på at aldring er forbundet med økt sårbarhet for sykdom og nedsatt funksjonsevne, krevende endringer i livssituasjon og tap av venner og pårørende. For de fleste eldre inngår bruk av alkohol i det gode liv, samtidig som kroppens toleranse for alkohol reduseres med alderen. Alkoholbruk i kombinasjon med dårlig ernæringsstatus⁴⁵ og høyt forbruk av legemidler, øker risikoen for sykdom, ulykker og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre. Både demografi og endrede drikkevaner i nye eldregenerasjoner vil sannsynligvis skape store utfordringer for helse-, omsorgs- og sosialtjenestene i årene som kommer, både kapasitetsmessig og når det gjelder hvordan tjenestetilbudene skal innrettes for å møte Eldres behov.

Veksten og omfanget i Eldres alkoholforbruk, ofte i kombinasjon med høyt forbruk av medikamenter, krever at vi i årene framover må ha økt oppmerksomhet om eldre og alkohol. Dette gjelder både i forskning, forebygging og behandling.

Arbeidsliv

Arbeidsplassen som rusmiddelfri sone står fortsatt sterkt i Norge. Det gjør arbeidsplassen til en sentral forebyggingsarena, da majoriteten av nordmenn er i arbeid. Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan) har imidlertid i sitt innspill til opptappingsplanen vist til at antall jobbrelaterte situasjoner med alkohol har økt, og at vi påvirkes av alkoholkulturen på vår arbeidsplass. I gråsonen mellom arbeid og fritid har alkohol utviklet seg til å spille en viktig rolle. Norsk arbeidsliv er dessuten blitt mer internasjonalsert og ført til økt reisevirksomhet og representasjon. I noen sammenhenger kan bruk av alkohol oppleves som en forventning.

Også i tilknytning til arbeidslivet er alkohol det aller mest brukte rusmiddelet, men det forekommer også bruk av medikamenter og narkotiske stoffer som cannabis og kokain. I en pilotundersøkelse i fire norske bedrifter (samt noen yrkessjåfø-

⁴² Heltne, U. og Steinsvåg, P., Ø. (2011): Barn som lever med vold i familien – Grunnlag for beskyttelse og hjelp. Universitetsforlaget.

⁴³ Løset, Gøril K og Britt Slagsvold (2013): Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer? Artikkel i Daatland, S. O. og Slagsvold, B. (red): Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Nova-rapport nr 15/13. Norsk Institutt for forskning om Oppvekst, velferd og aldring.

⁴⁴ Korfor (2015): Eldres rusmiddelbruk. Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet. Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, Stavanger Universitetssykehus.

⁴⁵ Knutheim, T (2015): Eldre og bruk av rusmidler – kan eldre «forebygges»? Publisert på www.forebygging.no

rer) i regi av Sirius og Folkehelseinstituttet, ble det påvist spor av sløvende medikamenter hos 5,1 pst. av og bruk av narkotika hos 1,7 pst. av de ansatte som deltok i undersøkelsen⁴⁶.

Nesvåg⁴⁷ anslår at 30 pst. av korttidsfraværet og 15 pst. av langtidsfraværet kan være alkoholrelatert. Flere studier har også dokumentert at en betydelig andel ansatte selv oppgir å ha hatt rusrelatert fravær^{48 49} eller nedsatt arbeidskapasitet på grunn av alkoholbruk dagen før.

En jobbrelatert alkoholkultur både inkluderer og ekskluderer, og kan i verste fall bidra til eskalering av et alkoholproblem. Grensene mellom arbeid og fritid er blitt mer uklare og situasjoner med bruk av alkohol relatert til arbeidet øker. Omfanget varierer imidlertid avhengig av bedriftskultur, bransje og bedriftens lokalisering. Å ha en jobb å gå til er i seg selv helsefremmende. En bevisst bedriftskultur, som inkluderer dialog om og bevissthet rundt alkoholkulturen ved arbeidsplassen og gråsonene de ansatte opplever, er også en helsefremmende bedriftskultur.

Forskjellen mellom å beholde eller å miste arbeidet for en person med rusproblemer vil være helt avgjørende. Det samme er det for en person i en rehabiliteringsprosess som har vært ute av arbeidslivet. Arbeidsplassen kan følgelig være en avgjørende arena for både tidlig innsats, inkludering og reintegrering.

Samtidig vet vi at nærvær til arbeidsliv i seg selv er en viktig helsefremmende faktor. Tall fra OECD viser at sykefravær ut over to måneder gir betydelig forhøyet risiko for at personer faller ut av arbeidslivet⁵⁰. Det har vært en særlig innsats knyttet til arbeid og aktivitet overfor personer med psykiske helseutfordringer i Norge, blant annet gjennom en handlingsplan og oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse. En tilsvarende innsats rettet mot mennesker med rusproblemer har ikke vært forsøkt.

Nye psykoaktive rusmidler

Internasjonalt er det knyttet stor bekymring til den økende utbredelsen av såkalte nye psykoaktive rusmidler (NPS/New Psychoactive Substances). I 2013 ble 81 nye psykoaktive stoffer meldt inn til EUs system for tidlig varsling, og antallet stoffer som overvåkes har nå passert 400⁵¹. NPS, som også omtales som legal highs, designer drugs, motedop osv. er laget for å ligne tradisjonell narkotika. Utfordringen er at stoffene er ment å ha en lignende ruseffekt, men virkningen kan være mye sterkere. Flere av disse substansene utløser uvanlig kraftige og til dels uforutsigbare virkninger i kroppen. De psykiske skadevirkningene kan være mange, og hva disse stoffene vil gi av langtidsvirkninger vet man ikke. For mange av de aktuelle stoffene finnes det lite eller ingen dokumentasjon om hvordan de virker, og skadevirkningene er lite kjent. Det rapporteres jevnlig om alvorlige forgiftninger og dødsfall i sammenheng med bruk av noen av disse stoffene. Dette kan skyldes at mange av stoffene er svært potente (kraftige) og brukerdosene dermed svært små. Dette gjør at det foreligger betydelig overdoserisiko, selv ved inntak av en antatt brukerdose.

En annen utfordring er at dette er stoffer som ofte er billige og lett tilgjengelige. Nettbutikker står for det meste av salget, og pakningene er ofte utformet slik at de fremstår som legale for å unngå mistanke fra tollmyndighetene.

Antallet nye rusmidler øker både i Europa og i resten av verden. EUs narkotikaovervåknings-senter (EMCDDA), har som oppgave å overvåke narkotikasituasjonen i Europa. En viktig del av arbeidet er identifisering og tidlig varsling om forekomsten av nye narkotiske stoffer gjennom et system for tidlig varsling⁵². Samtidig som ny EU-lovgivning på området drøftes, utsettes systemet for tidlig varsling for stadig større press på grunn av mengden og mangfoldet av stoffer som dukker opp på markedet⁵³.

2.3.2 Kompetanse

Det er behov for å styrke brukermidvirkning og kunnskapen om brukeres og pårørendes behov. Mange bruker- og pårørendeorganisasjoner melder om at tjenestene stadig blir flinkere til å nyttiggjøre seg bruker- og erfaringskompetanse. Samti-

⁴⁶ Christophersen m.fl. (2010): Use of alcohol and drugs by Norwegian employees. Journal of occupational medicine and toxicology.

⁴⁷ Nesvåg, S. M. (2005): Alkoholkulturer i norsk arbeidsliv. Doktorgradsavhandling. Stavanger, Rogalandforskning.

⁴⁸ Nesvåg, S. og T. Lie (2001): Rusmiddelbruk blant ansatte. Rogalandforskning. Stavanger.

⁴⁹ Christophersen m.fl. (2010): Use of alcohol and drugs by Norwegian employees. Journal of occupational medicine and toxicology.

⁵⁰ OECD (2015): Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.

⁵¹ EMCDDA.

⁵² FHI - Fakta om nye rusmidler / NPS. Faktaside.

⁵³ EMCDDA (2015): Europeisk narkotikarapport 2014 - trender og utviklinger.

dig er det fortsatt utfordringer knyttet til å ta dette i bruk på en god og systematisk måte både på system- og individnivå.

Personellet er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene. Årsverksrapportene fra Sintef (kommunalt rus- og psykisk helsearbeid) og Samdata (tverrfaglig spesialisert behandling) viser at ansatte innen rusfeltet gjennomgående har god og relevant utdanning. Et sentralt mål for regjeringen er derfor å videreutvikle og styrke denne kompetansen. Samtidig er det fortsatt behov for mer kunnskap om rusproblematikk hos dem som arbeider innen rusfeltet.

Personer med rusproblemer har ofte svært sammensatte problemer og behov for tjenester og bistand fra en rekke ulike instanser i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Ofte får de dekket sine behov knyttet til sitt rusproblem, mens andre behov ikke nødvendigvis blir dekket⁵⁴. Vi vet at mange av pasientene i tverrfaglig spesialisert behandling har en psykisk lidelse og at en betydelig andel av pasientene i psykisk helsevern har et rusproblem. Tilsvarende finner man i somatiske akuttavdelinger og indremedisinske avdelinger at rusproblemer svært ofte, direkte eller indirekte, er årsak til innleggelsen. Videre vet vi at dødeligheten blant mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer er høy, og at ubehandlede somatiske lidelser er en viktig årsak til dette. Å styrke kompetansen om samtidige rusproblemer og psykiske lidelser og somatiske helseproblemer, og å etablere en helhetlig helse- og omsorgstjeneste som fanger opp sammensatte lidelser på tvers av fagområder, representerer derfor en særlig utfordring.

Overnevnte viser at det er en utfordring at mange ansatte i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene mangler basiskunnskap både om rus- og avhengighetsproblematikk og hyppig forekommende tilleggsproblematikk hos mennesker med rusproblemer⁵⁵. Utfordringsbildet tilsier at det er behov for å innrette dagens og nye kompetansetiltak slik at de i større grad bidrar til økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk i øvrige deler av helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Dette vil bidra til bedre kartlegginger og vurderinger av brukernes behov, som igjen vil bidra til bedre tjenester. Det er derfor et mål for regjeringen å styrke kompetansen

om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer. Det er videre behov for å øke kunnskapen om eldre rusmiddelbruk og om utviklingshemming og rus.

Rusfeltet er preget av et stort mangfold av tjenester og tiltak, fra lavterskel aktivitetstiltak til tverrfaglig spesialisert behandling. Tilbudene – i særlig grad døgnbaserte behandlingstilbud – baserer seg på ulike behandlingsfilosofi og metodikk. Dette representerer en politisk ønsket utvikling med stort mangfold i behandlingstilbudene til rusavhengige. Samtidig som det er ønskelig med mangfold, bidrar et mangfoldig tilbud til at det er krevende å måle kvaliteten og effekten av tilbudene, og mangfoldet kan gjøre det vanskelig for brukerne å orientere seg og velge tilbud.

I planlegging, organisering og drift av helse- og omsorgstjenestene er det behov for informasjon og dokumentasjon om problemomfang, kvalitet, årsaker, ressursinnsats, innhold og resultater. Tilsvarende gjelder for forebyggende tiltak. Som det framgår av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!, er det fortsatt en utfordring at kommunene i liten grad har oversikt over den samlede rusmiddelsituasjonen. Mye av dette skyldes at de ordinære statistikkssystemene, IPLOS og KOSTRA, i liten grad fanger opp informasjon om rus og psykisk helse. Derfor har en rekke kommuner gjennomført egne kartlegginger, blant annet ved hjelp av Brukerplan. Brukerplan og andre kartleggingsverktøy bidrar til både å gi kommunene verdifull informasjon, samt bidrar til å gi statlige myndigheter et oversiktsbilde. Det er derfor behov for å utvikle kvalitetsindikatorer for feltet, samt framskaffe mer kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i befolkningen.

Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (Sanks) har i sitt innspill til opptappingsplanen understreket behovet for kompetanse om samisk språk og kultur. Både på kommunalt nivå og i helseforetak er det viktig å tilby kurs til helse- og omsorgspersonell. Sanks har etablert kursmoduler og kompetansehevede tiltak rettet mot både mot tverrfaglig spesialisert behandling og kommunene.

2.3.3 Behandling

Mange med rusproblemer får god hjelp i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig opplever mange rusavhengige tjenestetilbudet som fragmentert, og tilsynsrapporter viser at det er en utfordring å tilrettelegge tilbudene slik at de dekker den enkeltes behov.

⁵⁴ Langås, A. M. (2014): Komorbide lidelser ved rusmiddelavhengighet må behandles. Nr. 9 – 13. mai 2014.

⁵⁵ Helsedirektoratet (2015): Innspill til arbeidet med opptappingsplanen for rusfeltet.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Mennesker med alvorlige rusproblemer og psykiske problemer får i dag i for liten grad sammenhengende og koordinerte tjenester. Behovet for å innrette tjenester og hjelpetiltak slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud er påpekt i flere dokumenter og rapporter, bl.a. av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten⁵⁶, Statens helsetilsyn⁵⁷ og Rambøll⁵⁸.

Kapasitet er en forutsetning for å kunne levere tjenester av tilstrekkelig omfang og kvalitet, og Helsedirektoratet har i sitt innspill til opptappingsplanen foreslått at styrking av kommunalt rusarbeid bør prioriteres. Veksten bør i all hovedsak styrke de ordinære kommunale tjenestene, som gis etter helse- og omsorgstjenesteloven i sammenheng med øvrige velferdstjenester, som arbeid, bolig mv. Helsedirektoratet har i tråd med Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjenester – helhet og nærhet, foreslått at det utvikles nye tilnæringsmåter for denne målgruppen, som teambaserte flerfaglige løsninger, og samhandlingsmodeller, for eksempel aktivt oppsøkende tverrfaglige behandlingsteam.

Flere tilsyn og undersøkelser indikerer at det er utfordringer i det kommunale rusarbeidet knyttet til mangelfull kartlegging og utredning av behov. Fylkesmannen i Hedmark har i perioden 2012–2014 gjennomført ni tilsyn med helse- og omsorgstjenester til voksne personer med psykiske lidelser og samtidig langvarig rusproblemer. I åtte av ni kommuner ble det funnet avvik knyttet til blant annet mangelfull kartlegging og utredning av behov, at det i liten grad fattes vedtak, og at ansvar for planlegging og iverksetting av individuell plan er uklart. Slike avvik er funnet i flere fylker og er i samsvar med tilsvarende funn i det landsomfattende tilsynet i 2004⁵⁹.

Det er svært problematisk at det ikke fattes vedtak om tjenester. Når det ikke fattes vedtak gis det heller ikke formell mulighet til å klage. Rett saksbehandling skal bidra til å sikre likhet og rettferdig fordeling av tjenester med forsvarlig kvalitet. Ifølge Helsetilsynet⁶⁰ er retten til å klage et av

samfunnets viktigste virkemidler for å sikre likhet og rett kvalitet på tjenestene. Dersom tjenester tildeles og innrettes uten vedtak vil det kunne svekke rettssikkerheten.

Vi vet at svært mange personer med rusproblemer har en svært dårlig helsetilstand. Tall fra Brukerplan-kartleggingen for 2014 viser at over halvparten av de registrerte var på «rødt» eller «blodrødt» funksjonsnivå, som innebærer at de har et dårlig eller svært kritisk dårlig funksjonsnivå⁶¹. Dette er personer med omfattende behov, og som har behov for tjenester og bistand fra en rekke sektorer innad i kommunene, samt ofte behov for mer spesialisert behandling. Dette krever at kommunene tenker nytt om hvordan man innretter tjenester til denne målgruppen, herunder vurderer opprettelse av ulike typer lavterskel tiltak, som f.eks. gatehospital eller ulike oppsøkende tjenester, som f.eks. ACT-team.

To undersøkelser fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten om brukererfaringer blant innlagte i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) viser at brukerne i liten grad er tilfreds med de kommunale tilbudene. Hele 77 pst. av brukerne i TSB og 66 pst. av pasientene i psykisk helsevern svarte at de ikke i det hele tatt, i liten grad eller i noen grad var tilfreds med tilbudet fra kommunene⁶². Dette tilsier at kommunene i sterkere grad må etablere systemer for brukerinvolvering.

Tverrfaglig spesialisert behandling

En sentral utfordring innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er at mange venter for lenge på behandling og mange opplever at de ikke får den hjelpen de ønsker når de er motivert for dette. Jo raskere man får tilbud om hjelp, jo raskere kan behandling starte og faren for overdoser reduseres. Det er positivt at ventetidene på oppstart av behandling har gått betydelig ned de senere år. I 2010 var gjennomsnittlig ventetid på 75 dager, mens den ble redusert til 55 dager i 2014.

Det vil være nødvendig med ytterligere styrking av den samlede kapasiteten innen TSB.

⁵⁶ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014): Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse.

⁵⁷ Helsetilsynet (2005): Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmisbrukere.

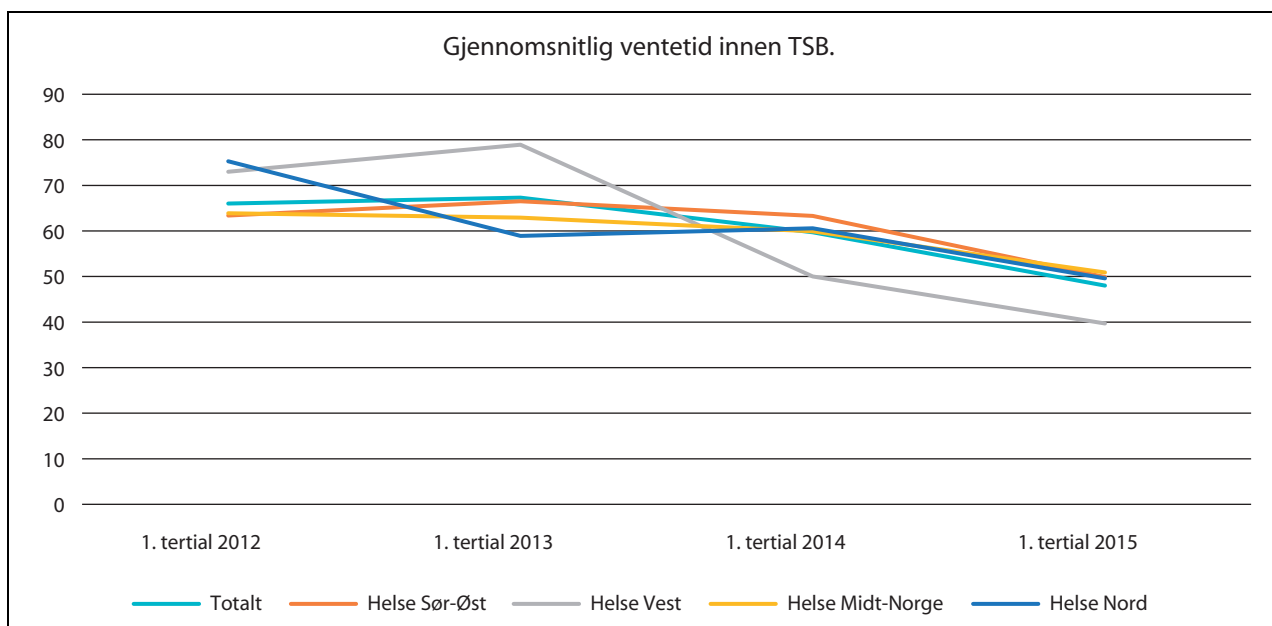
⁵⁸ Rambøll Management (2011): Utvalgsundersøkelse om personer med rusproblemer.

⁵⁹ Helsetilsynet (2005): Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005.

⁶⁰ Helsetilsynet (2005): Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005.

⁶¹ Helse Stavanger (2015): Rusmiddelmissbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014.

⁶² Haugum, M., Iversen H. H. (2014): Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2014. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, PasOpp-rapport nr. 6-2014.



Figur 2.2 Gjennomsnittlig ventetid innen TSB (2012–2015)

Kilde: Norsk pasientregister (NPR)

Utviklingen med mer ambulante og oppsøkende/polikliniske tjenester innen TSB skal fortsette og er en ønsket utvikling. Samtidig skal dette ikke gå på bekostning av kapasiteten innen døgnbaserte tjenester. Innføring av pakkeforløp også på rusfeltet vil være et viktig bidrag for å sikre personer med rusproblemer trygge, forutsigbare og sammenhengende tjenester. Ordningen med fritt behandlingsvalg vil bli innført i 2015 innen psykisk helsevern og TSB. Dette vil være et bidrag til at personer med rusproblemer kan få raskere hjelp og selv kan velge den hjelpen de ønsker.

Selv om det er tilbud til unge med rusproblemer ved mange institusjoner innen TSB i dag, opplever flere at de ikke mottar tjenester som er tilstrekkelig tilrettelagt for unge. Det er derfor grunn til å vurdere å utvide tilbudet til denne pasientgruppen. Videre har mange personer med rusproblemer til dels omfattende historie med vold fra egen oppvekst og i eget voksenaldermiljø. Kompetansen innen vold- og traumeområdene må vurderes styrket. Videre er det en utfordring at det er et økende antall eldre med rusproblemer som søker hjelp. Tilbudet til denne pasientgruppen må sikres.

Det er igangsatt et arbeid med en ungdomshelsestrategi. Strategien skal dekke aldersgruppen 13–25 år, og skal etter planen legges frem i 2016. Ungdomstiden er en periode preget av løsrivelse fra foreldre. Arenaer utenfor hjemmet som skole, fritidsarenaer, arbeid, venner og kjærester får større betydning, både for utvikling

av identitet og for de unges psykiske og somatiske helse. Det overordnede målet i strategien vil være at ungdom og unge voksne skal ha de beste forutsetninger for å leve gode liv og oppleve mestring: fysisk, psykisk og sosialt. Disse forutsetningene påvirkes og skapes primært på andre arenaer enn i helsetjenesten; på skolen/universitetet/høgskolen, i hjemmet, på fritidsarenaer og på arbeidsplassen.

Mange pasienter med rusproblemer har etterspurt mer oppmerksomhet om fysisk aktivitet under behandlingen. Selv om mange institusjoner har integrerte tilbud om fysisk aktivitet under et behandlingsopphold, vil en bedre tilrettelegging av denne delen av behandlingen være nyttig for mange pasienter.

Våren 2015 ble det lagt fram en rapport om forekomsten av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler⁶³. Liknende undersøkelser av innsattes psykiske lidelser har aldri tidligere vært gjennomført i Norge. Basert på anerkjent diagnosekartleggingsverktøy fremkommer det i rapporten at forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte var betydelig høyere enn i normalbefolkningen. Over 70 pst. hadde personlighetsforstyrrelser, vel ¼ hadde alkoholmisbruk eller avhengighet, over 50 pst. hadde narkotikaproblemer og angst- og stemningslidelser var utbredt. Funnene i rapporten vil ligge til grunn for det videre arbeidet

⁶³ Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (2014): «Cramer-rapporten».

på feltet, herunder vurdering av nye tiltak innen psykisk helsevern og TSB i fengslene i Norge.

LAR ble gjort landsdekkende fra 1998, og har gitt mange opiatavhengige en betydelig bedre livssituasjon. Svært få venter nå på oppstart i LAR og det er grunn til å tro at man nærmer seg et metningspunkt på hvor mange som ønsker seg inn i LAR av dagens opiatavhengige. Det er fortsatt behov for å styrke oppfølgingen av den enkelte LAR-pasient og de hjelpetiltak som den enkelte er avhengig av å få for å kunne mestre eget liv⁶⁴. Spesielt samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten må styrkes, blant annet ved å sørge for bedre oppfølgingstjenester, som bolig arbeid.

I den senere tid er det blitt tydelig at flere i LAR ønsker å trappe ned eller avslutte behandling i LAR. Det har derfor blitt utviklet egne Ut av LAR-tilbud. Slike tilbud må kvalitetssikres og styrkes, slik at muligheten for å trappe ned eller avslutte den medikamentelle behandlingen helt, blir en reell mulighet for de som ønsker og evner dette, forutsatt at dette skjer på en forsvarlig måte. Innen utgangen av 2015 startes arbeidet med en gjennomgang og revidering av gjeldende retningslinje for LAR. I den reviderte retningslinjen vil nedtrapping og avslutning i LAR inngå, og det vil bli vurdert om det er grunnlag for å også inkludere flere typer medikamenter i LAR. Arbeidet er forankret i Helsedirektoratet.

I Helsedirektoratets retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av barn frem til skolepliktig alder, anbefales det at kvinner som er i LAR og blir gravide, bør fortsette i LAR. I tillegg anbefales at kvinnelige opiatavhengige som blir gravide starter opp i LAR for at kvinnen kan stabiliseres og selv kunne ivareta barnet på en best mulig måte. I nevnte retningslinje er det åpnet for at kvinner skal kunne trappe ned eller slutte helt i LAR, men dette må i tilfelle gjøres etter en grundig vurdering slik at det kan skje på en forsvarlig måte. Noen kvinner har opplevd at å trappe ned/ slutte helt i LAR ikke har vært en reell mulighet. Det er derfor viktig at en slik mulighet blir tydeliggjort for de som ønsker dette, samtidig som det fastholdes at å trappe ned eller slutte må skje på en trygg og forsvarlig måte. Kunnskapen om effekten av LAR-medikamenter på barnets utvikling må styrkes.

Kunnskapen om medikamentell behandling ved alkoholproblemer har økt, og det er kommet

flere nye medikamenter på markedet. Det vil derfor være grunnlag for å vurdere økt bruk av medikamentell behandling av alkoholproblemer.

Samhandling

Tilsynsrapporter og evalueringer viser at tjenestetilbudet til personer med rusproblemer fortsatt er fragmentert og lite samordnet. Mennesker med alvorlige rusproblemer og psykiske problemer får i for liten grad sammenhengende og koordinerte tjenester. Behovet for å innrette tjenester og hjelpetiltak slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud, er påpekt i flere dokumenter og rapporter, bl.a. av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens Helsetilsyn og Rambøll.

Mange i gruppen har behov for tjenester fra flere sektorer og nivåer, som igjen stiller store krav til samordning og koordinering innad og mellom tjenestenivåene. Det er behov for å styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, slik at helse- og omsorgstjenestene til personer med rusproblemer er tilgjengelige, at de er kontinuerlige og at de er tilpasset den enkeltes individuelle behov.

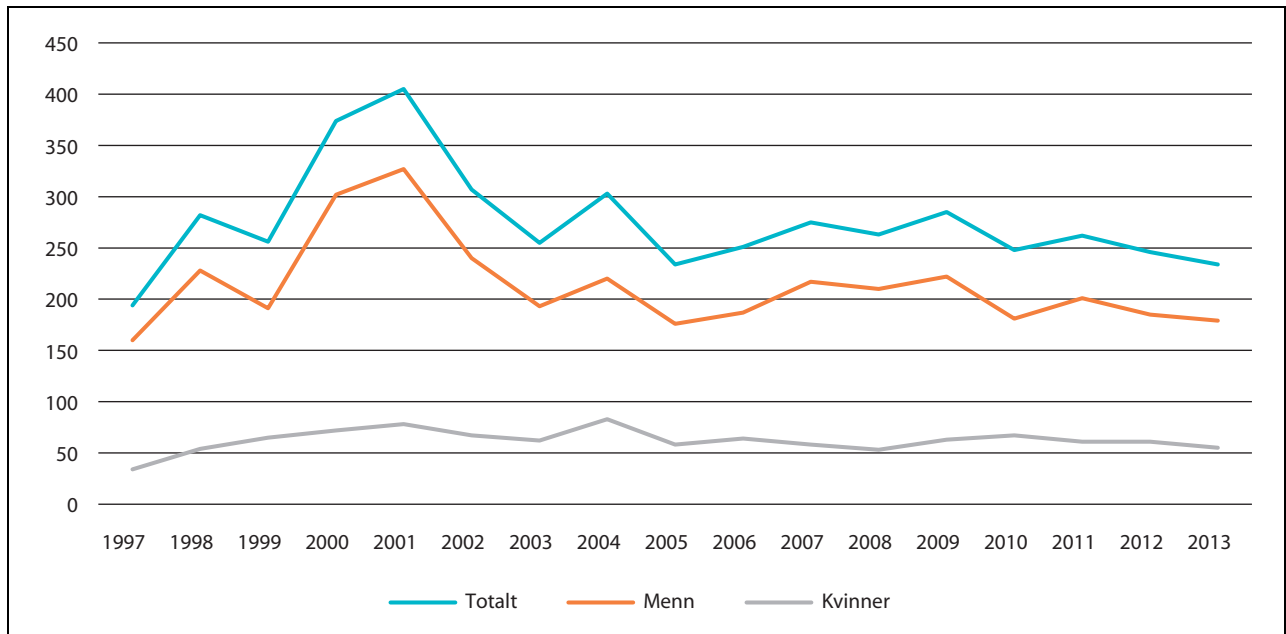
Sammenhengende behandlingsforløp er avgjørende for å kunne oppnå best mulig effekt av den behandling som iverksettes. Dette innebærer at pasientene og brukerne ikke skal oppleve at det oppstår unødig venting i noen del av et behandlingsforløpet – fra oppstart av avrusnings-/abstinsensbehandling til videre døgn-/dag- eller poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Mange med rusproblemer har betydelige psykiske og/eller somatiske lidelser i tillegg til rusavhengighet. Det er derfor avgjørende at de blir helhetlig utredet og ikke bare for rusproblemene. En slik utredning vil danne grunnlaget for en behandling som vil være tilrettelagt for de lidelser den enkelte måtte ha. Dessuten vil det være nødvendig at også kommunene, både helse- og omsorgstjenestene og NAV, samarbeider med spesialisthelsetjenesten allerede fra oppstart av behandling. Tilrettelagte tjenester der alle berørte tjenesteytere «er sammen om oppgaven», vil gi personer med rusproblemer et trygt, helhetlig og godt tilbud.

Overdoser

Som det fremgår av kapittel 2, har Norge et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med mange andre europeiske land.

Til tross for en positiv trend med nedadgående tall, er det fortsatt et betydelig antall overdose-

⁶⁴ Seraf (2015): Statusrapport 2014. En aldrende LAR-populasjon? Seraf rapport 2/2015 og ProLar sin brukerundersøkelse fra 2014.



Figur 2.3 Narkotikautløste dødsfall

Kilde: Sirius

dødsfall. Risikofaktorer for opioiddødsfall er inntak av opioider med sprøyte eller etter pauser, som avrusning, utskrivning fra behandling, behandlingsbrudd mv⁶⁵. På lang sikt vil en overgang til andre inntaksmåter – inhalering – være den sikreste måten å redusere antall overdosedødsfall for personer som opprettholder sitt opioidbruk. Det er derfor implementert en egen kampanje for å bidra til overgang fra injisering til inhalering (Switch) gjennom den nasjonale overdosestrategien. Mange overdosesituasjoner skjer i forbindelse med overganger, som løslatelse fra fengsel eller utskrivning fra behandling. Det er derfor behov for å se nærmere på tiltak som bidrar til å lette disse overgangene.

Videre framgår det av statusrapporten til Seraf⁶⁶ at selv om antallet dødelige overdoser blant personer i LAR er stabilt, har andelen hvor metadon anses som dødsårsak økt siden 2011. Dette er ifølge Seraf påfallende siden antallet i LAR som behandles med metadon ikke har økt vesentlig i perioden. Det er derfor viktig å se på tiltak som bidrar til å redusere overdosedødsfall blant personer i LAR. Som det framgår av Seraf-rapporten, er det viktig å etablere så gode

utleveringsordninger som mulig for å unngå lekkasje av LAR-medikamenter ut til det illegale markedet. I tillegg omtales utfordringer i samarbeidet mellom LAR-tiltakene i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester som særlig viktige forklaringer på overdosedødsfallene i LAR. Samhandling om og oppfølging av LAR-pasienter vil være sentrale problemstillinger i revideringen av de nasjonale retningslinjene for LAR, som Helsedirektoratet allerede har startet arbeidet med.

Straff eller behandling

Bruk av narkotika og besittelse av små kvanta til egen bruk reguleres av bestemmelsen i legemiddelloven § 24 første ledd, jf. § 31 annet ledd. Strafferammen for overtredelse er bot eller fengsel inntil 6 måneder. I regjeringserklæringen og i samarbeidsavtalen med Kristelig folkeparti og Venstre framgår det at narkotikaforbudet, også mot besittelse og bruk, skal opprettholdes. Dette av allmennpreventive hensyn og som instrument som muliggjør tidlig innsats. Formålet er at færre skal eksperimentere med og bruke narkotika.

Mindre alvorlig narkotikakriminalitet kan også være ulovlige handlinger som nasking og tyveri for å skaffe penger til narkotika og hvor det er et utvilsomt offer. Avhengig av hvor alvorlig narkotikaforbrytelsen er, kan det reageres på ulike måter. I mange tilfeller vil fengsel vil være en uforholdsmessig og mindre hensiktsmessig reaksjon.

⁶⁵ Helsedirektoratet (2014): Nasjonal overdosestrategi (2015–2017).

⁶⁶ Seraf (2015): Statusrapport 2014. En aldrende LAR-populasjon? Seraf rapport 2/2015 og ProLar sin brukerundersøkelse fra 2014.

Det er ønskelig med et sett av ulike reaksjonsmuligheter. Det må vurderes hvordan forbudet kan håndheves og hvilke reaksjonsformer som kan være aktuelle. I den forbindelse må også effekten og rehabiliteringsverdien av tradisjonell fengselsstraff overfor personer med narkotikaproblemer, som ofte i tillegg har betydelige somatiske og psykiske lidelser, vurderes. Ved valg av reaksjonsform og straffeutmåling må det også skilles mellom unge og/eller førstegangsovertredere og personer som har et omfattende narkotikaproblem. Riksadvokaten har i den sammenheng uttalt at politiet ikke skal jage slitne narkomane for måltallenes skyld⁶⁷.

Allerede i dag eksisterer alternative tiltak som kan settes i verk overfor narkotikabrukere i stedet for eller i tillegg til ordinær fengselsstraff. Ved påtaleunntatelse eller betinget dom kan det knyttes vilkår, og disse kan bestå i at lovbryteren samtykker i visse former for behandling eller oppfølging som Narkotikaprogram med domstolskontroll og ruskontrakter. Erfaringene med Narkotikaprogram med domstolskontroll er positive⁶⁸, og regjeringen har i statsbudsjettet for 2016 foreslått å gjøre ordningen permanent for hele landet.

Vold

Vold generelt, og vold i nære relasjoner spesielt, er temaer som i liten grad dekkes i profesjonsutdanningers grunn- og videreutdanninger. Som oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd og tiltaksplanen En god barndom varer livet ut (2014–2017), har det blitt utredet hva som bør være felles innhold i alle helse- og veldferdsutdanninger. Utredningen anbefaler at undervisning om rus og vold skal inngå i alle utdanningene.

Mange tjenesteutøvere opplever tilstrekkelig kompetanse om voldsproblematikk, voldsrisikovurderinger, sikkerhetsarbeid ved risiko for vold og behandling av voldsproblemet eller volds erfaringene/traumene.

Det er fortsatt en utfordring at rusproblemer behandles først, mens voldsproblemer, voldserfaringer/traumer eller andre psykiske helseproblemer behandles senere, eller at det gis samtidig behandling, men av ulike behandlere eller ved ulike behandlingssteder. Det forekommer også at

personer blir avvist fra rusbehandling på grunn av uttalte eller kjente voldsproblemer.

Spillproblemer

I hovedsak er det ruspoliklinikker og behandlingstilbud for pasienter med rusproblemer som gir et behandlingstilbud til spillavhengige. Det gis imidlertid også tilbud ved noen poliklinikker innen psykisk helsevern. Det er en utfordring at det er ulik tilgjengelighet til behandlingstilbudene. Behandlingssteder utenfor de store byene har gjennomgående liten pasienttilgang. Vedvarende lav etterspørsel etter tjenester kan gjøre det krevende å opprettholde nødvendig kompetanse og tilgjengelighet. Det er behov for mer kunnskap om etterspørsel og bruk av ulike behandlingstilbud i de ulike delene av landet, herunder beskrivelser av geografiske ulikheter.

2.3.4 Oppfølgingstjenester og ettervern

En av de store utfordringene som mange med sammensatte behov møter, er at oppfølgings-, etterverns- og rehabiliteringstjenestene i liten grad er koordinert og samordnet. Dette skyldes i stor grad at tjenestene og tilbudene er organisert i siloer og sektorer. Effekten av gode tiltak blir dermed svakere enn potensialet. Det er et stort potensial for bedre koordinering, samordning, samhandling og planlegging av kommuners samlede oppfølgings- og rehabiliteringsarbeid.

Arbeid og tilrettelagt aktivitet

I Brukerplan-kartleggingen framgår det at 41 pst. av de registrerte ikke er i noen form for lønnet arbeid eller meningsfylt aktivitet. Fattigdom, isolasjon, ensomhet, mangel på nettverk og tilhørighet, er faktorer som både forårsakes av, leder til, opprettholder og forsterker rus- og psykiske problemer. Brukere som har gjennomført behandlingsopphold i tverrfaglig spesialisert behandling, viser ofte til dette som en av årsakene til tilbakefall.

Dette viser at det er behov for å styrke tilbudene som skal bidra til en meningsfull hverdag, rehabilitering, økonomisk sikkerhet, og som fremmer mestringsevne og sosial inkludering.

Pasientundersøkelsene ved døgninstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling viser at mange opplever at oppfølging og rehabilitering i kommunene etter endt opphold er mangelfull, og at tilbudene om tilrettelagt aktivitet og arbeid kan bli mye bedre. En slik tilrettelegging kan i stor

⁶⁷ <http://www.dagsavisen.no/innenriks/politiet-skal-ikke-l%C3%B8pe-etter-slitne-narkomane-1.278016>.

⁶⁸ Falck, S. (2014): Narkotikaprogram med domstolskontroll – en oppfølging av 115 av de første klientene. Sirius rapport 4/2014.

grad gjøres i forkant av et døgnopphold, slik at arbeid/utdanning og/eller tilrettelagt aktivitet er avklart allerede før et behandlingsopphold starter. Slik vil den enkelte få brukt mest mulig av tiden på institusjon på selve behandlingen, i trygg forvisning om at rammebetingelsene for videre oppfølging og rehabilitering er tilrettelagt etter oppholdet.

Et sentralt mål for regjeringen er å holde folk i arbeid. Det er derfor viktig at arbeidsgivere har kompetanse eller vet hvor de kan henvende seg ved mistanke om eller der man oppdager at en arbeidstaker har et rusproblem. Det er ved flere anledninger, bl.a. i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen, gitt klare anbefalinger om at virksomheter bør etablere en partsforankret rusmiddelpolitikk og IA-avtale. Slike tiltak vil bidra til avdekking av eventuelle rusproblemer tidlig og kunne forhindre at rusmiddelbruk resulterer i opphør av arbeidsforhold.

Bolig

Rundt 122 000 personer regnes som vanskeligstilte på boligmarkedet. I tillegg mangler rundt 6200 et fast sted å bo⁶⁹. Personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse. Kartleggingen fra 2012

viser at 54 pst. av de bostedsløse er avhengige av rusmidler, og at 38 pst. har psykiske lidelser⁷⁰. Tallene fra Boligutvalget stadfestes i Brukerplan-kartleggingen, hvor det framgår at ti pst. av de kartlagte personene er uten fast bolig⁷¹.

Mange brukere trekker frem en stabil og trygg bolig som det viktigste første skrittet i en rehabiliteringsprosess. Ifølge Sintef-rapporten om unødvendige innleggelses, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter,⁷² kunne et betydelig antall innleggelses i spesialisthelsetjenesten vært unngått om kommunale tilbud, særlig bolig, var på plass. Videre viser rapporten at sju pst. av pasientene innen psykisk helsevern og en pst. av pasientene innen tverrfaglig spesialisert behandling er registrert som utskrivningsklare. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet er stort sett at de mangler et egnet kommunalt boligtilbud.

⁶⁹ NOU 2011: 15 Rom for alle.

⁷⁰ Dyb, E. og K. Johannessen (2013): *Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging*. NIBR-rapport 2013:5 2013:5.

⁷¹ Helse Stavanger (2015): *Rusmiddelmissbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014*.

⁷² Sintef (2013): *Unødvendige innleggelses, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter - omfang og kjennetegn ved pasientene*. Sintef-rapport.

3 Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

Regjeringens rusmiddelpolitikk er forankret i et bredt folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenester som møter rusproblemer med tidlig innsats, riktig behandling og god oppfølging. Problemerkene som er beskrevet i kapittelet foran handler om behovet for å sette den enkeltes helse- og omsorgstjenester i sammenheng med arbeid, økonomi, skole, utdanning, bolig, barnevern og andre sosiale forhold og levekår.

De omfattende utfordringene er over flere år blitt dokumentert av både Statens helsetilsyn (2004 og 2006) og forsknings- og kompetansemiljøer som Sintef Helse (2008) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013). Dette er utfordringer som ikke er løst gjennom Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! og som krever en særskilt innsats.

Regjeringen ønsker en helhetlig opptappingsplan med følgende fem hovedmål:

1. Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
2. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.
3. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
4. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
5. Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

Regjeringen vil foreslå å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 185 mill. kroner for 2016 inkludert ordningen fritt behandlingsvalg. Som et ledd i satsingen har regjeringen for budsjettåret 2016 foreslått følgende tverrdepartementale satsing:

- 400 mill. kroner av veksten i de frie inntektene begrunnes med en økt satsing på rusfeltet.
- 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mottaks- og oppfølgingssentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlings-

sentre som for eksempel etter modell av LASSO i Oslo.

- 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).
- 20 mill. kroner til styrking av tilskudd til arbeidstrening og aktivisering i regi av frivillige organisasjoner og sosialt entreprenørskap.
- 15 mill. kroner til styrking av tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer, basert på erfaringene fra modellkommuneforsøk.

Regjeringen foreslår at følgende tiltak/målsetninger prioriteres i løpet av planperioden:

- Bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo (500 mill. kroner).
- Øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne med 500 plasser (75,5 mill. kroner).
- Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer (93 mill. kroner).
- Åpne mottakssentre i de største byene og sørge for økt utbygging av oppsøkende behandlingsteam etter modell av ATC-team, lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet (100 mill. kroner).
- Øke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (100 mill. kroner).

Regjeringen vil trappe opp bevilgningene til rusfeltet i tråd med de langsiktige mål og tiltak som følger av prioriteringene i denne opptappingsplanen. Det er behov for forutsigbarhet knyttet til særskilte prioriterte områder. Disse fremkommer av tiltakslisten over. Samtidig må planen sikre tilstrekkelig fleksibilitet for å fange opp endrede behov, nødvendig fornyelse og god fremdrift. Derfor inneholder planen også langsiktige mål og tiltak som ikke er beløpsfestet. Tiltakene som er nevnt i opptappingsplanen vil bli vurdert opp mot den økonomiske rammen for planen. For flere av tiltakene er det behov for nærmere vurderinger av innretning og økono-

miske og administrative konsekvenser. Regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak innenfor planrammen.

3.1 Medvirkning

Brukernes behov skal være utgangspunktet for tjenestene som ytes, og samarbeid med brukerne og pårørende er grunnleggende for å tilrettelegge tjenestene på en god måte. For å sikre gode tjenester, vil regjeringen skape pasient- og brukernes helse- og omsorgstjeneste. Målsettingen forutsetter et bevisst og systematisk arbeid, og vil i mange tilfeller kreve en kultur- og holdningsendring. Endringer i form av nye arbeidsmetoder, omorganisering eller oppgaver, vil være nødvendig for å kunne imøtekomme brukernes ønsker og behov på en bedre måte – et system for brukere og ikke et system for systemets skyld.

Organisering og innretning av tjenester med utgangspunkt i brukerens ønsker, behov og mestringsevne er et uttrykk for, og en anerkjennelse av, brukerkompetanse og verdien av å tilpasse tjenestene til den enkelte. Tjenestene bør utformes og tilrettelegges slik at det foreligger ulike tilbud og reelle valgmuligheter for brukeren. Et nært samarbeid med brukerne og deres pårørende i utvikling og organisering av tjenestene er en forutsetning for å etablere gode brukertilpassede tilbud.

For de aller fleste rusavhengige er et liv uten rusproblemer et ønsket framtidsmål. I mange tilfeller innebærer det rusfrihet, eventuelt assistert med substitusjonsbehandling (LAR) for de med mer omfattende behandlingsbehov. Samtidig er det viktig å sette realistiske mål for den enkelte, og sørge for at alle som trenger det og ønsker det får hjelp. Regjeringen ønsker at tjenestene til personer med rusproblemer skal være en del av et integrert og helhetlig tjenestetilbud og ikke en særomsorg. For å oppfylle kravene om brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester må tjenestetilbudet tilpasses den enkelte bruker. Tilpasning av tjenester til den enkeltes behov er ikke etablering av særomsorg, selv om det i noen tilfeller innebærer at man etablerer eller organiserer tjenester rundt den enkelte som avviker fra hvordan man tradisjonelt har organisert tjenestene. Dette er i tråd med Helsedirektoratets veileder Sammen om mestring¹. I veilederen skisseres tre hovedforløp, som beskriver hvordan tjenestene kan tilrettelegges for personer med rusproblemer:

- Hovedforløp 1: milde og kortvarige problemer.
- Hovedforløp 2: kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser.
- Hovedforløp 3: alvorlige langvarige problemer/lidelser.

Det er store variasjoner i graden av alvorlighet mellom de tre gruppene. Grupperingen bidrar til å beskrive noen særskilte behov i de ulike delene av et forløp. Samtidig må det erkjennes at en inndeling i denne typen grupperinger ikke er presise beskrivelser av virkeligheten, samt at det er en rekke likhetstrekk og fellesnevner mellom de tre gruppene også. Innsatsen som settes inn vil derfor ofte være den samme, men med ulik grad av intensitet.

Videre er det viktig å anerkjenne pårørendes egne behov og verdsette deres kompetanse og innsats. Pårørende er en ressurs og bør møtes som en samarbeidspartner i kraft av rollen de innehar. Samtidig vil de også kunne ha behov for konkret individuell oppfølging. Involvering av pårørende i behandling og utvikling av tjenestetilbud er viktig både av hensyn til pårørende og til brukerens situasjon. Undersøkelser viser at pårørendeinvolvering både reduserer faren for tilbakefall hos brukeren og fører til færre symptomer. Det bedrer sosial fungering og gir økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos brukere og pårørende. Regjeringen har foreslått å innføre en egen bestemmelse om kommunens ansvar for pårørende. Den nye bestemmelsen vil samle og tydeliggjøre kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad.

En brukerorientert tjeneste fordrer også sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner. På rus- og psykisk helsefeltet er det mange bruker- og pårørendeorganisasjoner, som i stor grad bidrar til å fremme brukermedvirkning. I arbeidet med planen har organisasjonene ved flere anledninger meldt inn at organisasjonene er i en økonomisk presset situasjon, samtidig som det er økende etterspørsel etter deres tjenester. I tillegg er det framhevet at det er behov for å vurdere grep som sikrer brukermedvirkning lokalt, både på individ- og systemnivå. Det er flere måter å

¹ Helsedirektoratet (2014): Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne – Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-2076.

sikre brukermidvirkning på lokalt. I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig å ansette personer med erfaringskompetanse. I andre tilfeller vil det være mer hensiktsmessig med gode rammevilkår for bruker- og pårørendeorganisasjoner, slik at de kan være representert i møter, i råd og utvalg. Regjeringen vil i løpet av planperioden legge til rette for både aktiv bruker- og pårørendeorganisasjoner, og for at tjenestene i større grad tar i bruk erfaringsbasert kunnskap.

Organisasjonene har også meldt inn behov for forenkling av søknadsprosedyrer mv. Det er allerede igangsatt et arbeid med å utvikle kvalitetskriterier som skal benyttes til utmåling av tilskudd, og oppfølging av bevilgede midler. Dette arbeidet er viktig for å skape et mer oversiktlig, transparent og rettferdig system for utmåling av tilskudd. Videre er det viktig at dette arbeidet bidrar til å sikre lokal forankring. Departementet vil vurdere å desentralisere tilskuddsforvaltningen til Fylkesmannen.

3.2 Kompetanse

Målet med kompetansemidlene er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk. utfordringsbildet viser at satsingen på kvalitet og kompetanse må utvides ved å inkludere flere sektorer og personellgrupper enn satsingen på rusfeltet tradisjonelt har gjort.

Mange barn og unge vokser opp under vanskelige forhold i familier preget av vold, rus og omsorgssvikt, alvorlig psykisk sykdom og skilsmisser med høyt konfliktnivå. Et svært viktig helse- tjenestetilbud til barn og unge og deres familier er helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tjenesten har høy oppslutning og stor tillit i befolkningen. Den er et viktig lavterskeltilbud. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes og videreutvikles ved å øke antall årsverk, skape mer flerfaglighet og tydeliggjøre tjenestens kjerneoppgaver. I 2014 ble tjenesten styrket med 180 mill. kroner over kommunerammen. Tjenesten ble ytterligere styrket med 270 mill. kroner i 2015. For 2016 er det foreslått en ytterligere styrking med 200 mill. kroner, til sammen 667,7 mill. 2016-kroner.

For å understøtte en helhetlig tilnærming i de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med rusproblemer og for å styrke den generelle basiskompetansen om rusproblematikk, foreslås det å samle dagens kommunale kompe-

tansetiltak på rusfeltet med øvrige kompetansetiltak på helse- og omsorgsdepartementets budsjett (kap. 761 post 68). Med dette styrkes mulighetene til å få en helhetlig og fleksibel innretning av midlene, for å se somatikk, rus og psykisk helse i sammenheng. Dette vil bidra til en mer effektiv og fleksibel tilskuddsforvaltning, og oppfordre både tilskuddssøkere og -forvaltere til i større grad å se tiltakene i sammenheng. Bevilgningen skal gi rom for at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.

Et annet tiltak som skal bidra til å gi helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenester er Kompetanseløft 2020. De kommunale kompetansetiltakene på rusfeltet vil inngå i Kompetanseløft 2020. Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennom Kompetanseløft 2020 samles alle eksisterende og nye tiltak knyttet til kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i en felles plan. Tiltakene omfatter alle nivå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og favner bredt. Tiltakene handler blant annet om bedre ledelse på alle nivåer, om å heve det faglig nivået i alle yrkesgrupper, om å sikre en tilstrekkelig faglig bredde, om endret innretning på videreutdanningene slik at de møter utfordringene i tjenestene, og om å bidra til faglig utvikling og kunnskapsspredning. Tilskuddene til De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (KoRus) som skal bidra til å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, inngår også i Kompetanseløft 2020. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløft 2020 følger opp både Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og regjeringens plan for omsorgsfeltet – Omsorg 2020. I tillegg til disse overordnede grepene, er det behov for å styrke kompetansen innenfor utvalgte områder.

Det totale alkoholkonsumet er høyere i dag enn i 1993, men det totale alkoholkonsumet ser ut til å ha flatet ut siden 2008. Samtidig har den eldre delen av befolkningen og kvinner et høyere alkoholkonsum i dag enn tidligere. Det har samtidig vært en markert økning i alkoholrelatert sykkelighet og innleggelse i sykehus. Dette krever økt kunnskap. Regjeringen vil styrke tiltak som bidrar til avdekking og kartlegging av rusproblemer. Det

er behov for både å styrke og videreutvikle eksisterende tiltak, samt utvikle nye modeller og tiltak, herunder vurdere om det bør utarbeides e-læringsverktøy eller lignende. Satsingene må tilpasses de ulike målgruppene og sektorene. Det er et behov for å utvikle effektive metoder for å identifisere og intervensere overfor personer med høy risiko for, eller allerede utviklede helseproblemer, spesielt relatert til et høyt alkoholforbruk.

Både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten bør i større grad enn i dag forebygge og avdekke skadelig bruk av rusmidler. Samtidig vet vi at det ikke er tilstrekkelig kompetanse til å avdekke og gripe inn. Det er behov for å styrke kompetansen om samtidige rusproblemer, psykiske lidelser og somatiske sykdommer og problemer. Regjeringen vil øke kompetansen og bruk av faste rutiner knyttet til avdekking og kartlegging av rusproblemer i kommunene og i somatiske sykehusavdelinger.

Ett viktig tiltak for å gi kommunene nødvendig utrednings-, diagnostiserings- og behandlingskompetanse når det gjelder rus- og psykiske problemer, er lovfesting av kommuners plikt til å ha psykologkompetanse. Psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste vil kunne være brobyggere mellom tjenestene innen rus og psykisk helse, og bidra til en mer helhetlig utredning av brukeres samlede utfordringer. I statsbudsjettet for 2016 foreslår regjeringen å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykolog med 45 mill. kroner, noe som vil gi rom for inntil 150 nye psykologårsverk.

Det er videre behov for å øke oppmerksomheten om eldre og rus, som følge av et voksende antall eldre. Vi vet at det brukes mer rusmidler blant eldre i dag enn tidligere. Samtidig er det fortsatt slik at få eldre kartlegges for rusproblemer. Mangelfull kartlegging er bekymringsverdigg når vi vet at eldre mennesker er mer følsomme for alkoholens virkninger og bivirkninger enn yngre. Hjemmebaserte tjenester er, sammen med fastlegen, sentrale kommunale tjenester og kontaktpunkt, og sysselsetter dermed nøkkelpersoner som må inneha kvalifisert kompetanse. Regjeringen vil stimulere til kompetanseheving om eldre og rus, både rettet mot den enkelte og mot relevant helse- og sosialpersonell.

Det er begrenset kunnskap om hvilke effekter nye psykoaktive stoffer gir på kort og lang sikt. Helsepersonell må være klar over hva som finnes og hvilken risiko det innebærer å bruke slike stoffer. Informasjon om dette kan brukes til forebygging og opplysning til sårbare grupper, spesielt

ungdom. Det skal iverksettes tiltak for å bidra til å hindre utbredelse av psykoaktive rusmidler over internett, gjennom å forsterke det nasjonale og internasjonale samarbeidet om varsling og analyse av nye stoffer.

NAV-kontorene har kontakt med personer med ulike typer utfordringer. Det å avdekke eventuelle rusutfordringer kan være et viktig ledd i arbeidet med å bistå personer både når det gjelder overgang til arbeid og å bedre livskvaliteten til den enkelte. Det skal kartlegges hvilken kompetanse NAV-kontorene har om rus- og avhengighetsproblematikk. Kartleggingen vil bli gjennomført i 2016. På bakgrunn av kartleggingen skal eventuelle tiltak for å bedre kompetansen utvikles og iverksettes i løpet av opptappingsplanperioden. Målet er at ansatte i NAV-kontorene skal ha tilstrekkelig kompetanse til at personer med rusproblematikk kan motta gode tjenester på linje med andre brukere. Tiltak iverksettes innenfor eksisterende rammer for kompetansetiltak i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Tjenestene må være kultursensitive og tilrettelegges for å kunne møte rus- og psykiske problemer hos mennesker med minoritetsbakgrunn. Tilrettelegging av informasjon og kommunikasjon for personer med begrensede norskkunnskaper er av stor betydning. Barn i minoritetsfamilier opplever ofte at de må være tolker og kontaktpersoner mot det norske hjelpeapparatet når pårørende ikke snakker norsk. Det er spesielt vanskelig når foreldre eller søsken er alvorlig syke, og der dette må formidles videre. Det er viktig at veilederen Kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (IS-1924) og Nasjonal strategi om likeverdige helse- og omsorgstjenester, gjøres kjent for tjenestene.

Bredden og de ulike behovene på feltet krever et vidt spekter av kompetanse – tverrfaglighet. Blant annet er det behov for sosial faglig kompetanse. Det er også behov for sosialfaglig kompetanse. Sosialfaglige hensyn er bl.a. knyttet til sosial trygghet, likestilling og likeverd, forebygging av sosiale problemer og styrking av sosiale relasjoner. Personer med rusproblemer er en av brukergruppene som særlig har behov for denne kompetansen.

I Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd, anslås det at det er om lag 75 000 personer med utviklingshemming i Norge. Det foreligger lite dokumentasjon om forekomsten av rusproblematikk og psykiske lidelser hos denne gruppen. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Naku), vil derfor få i oppdrag å utrede hvilken utbredelse utviklingshemming, rus og

psykisk problemer har i Norge. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide Mitt livs ABC, som har som mål å bidra til kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming. Det skal vurderes om kompetanse om rus og psykiske lidelser bør inngå i dette tiltaket.

Forskning

Norsk og internasjonal forskning tyder på at tilgjengelig kunnskap i liten grad tas i bruk i tjenestenes virksomhet og kvalitetsutviklingsarbeid. Videre kan det synes som at kommunene i varierende grad søker bistand, råd og veiledning fra de ulike kompetansesentrene på helse- og omsorgsfeltet. Det er derfor behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget slik at vi vet mer om hvilken kunnskap kommunene etterspør, hvordan denne kunnskapen bør formidles og i hvilket format kunnskapen bør presenteres for å sikre at kommunene tar den i bruk i sitt kvalitetsarbeid.

Generelt er tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) et forskningssvakt område der det bare i begrenset grad er foretatt forskning om effekten av ulike behandlingsformer. Det er derfor behov for å øke kunnskapen om effekten av de tiltak og den behandling som tilbys personer med rusproblemer. Regjeringen vil derfor gjennom Norges forskningsråds programmer Helsevel, God behandling og Bedre helse, bidra til økt forskning om rus- og avhengighetsproblematikk.

Nasjonal kompetansetjeneste for TSB er lagt til Helse Sør-Øst RHF ved Oslo Universitetssykehus. Tjenesten har ansvar for å bygge opp og spre kompetanse på ulike helsefagområder. Tjenestene skal samarbeide nært med de kliniske miljøene i hele landet for å bedre tilbudene til pasientene, gjennom systematisering av pasienterfaringer, klinisk praksis og forskning. De har etablert en rekke fagutviklings- og forskningsprosjekter for å samle og øke kunnskap om rus- og avhengighetsbehandling. I tillegg har de etablert et eget nasjonalt forskningsnettverk for TSB. Dette nettverket skal legge til rette for mer klinisk forskning og stimulere og hjelpe i gang forskning på områder der det ikke er tilstrekkelig kunnskap.

Regional senter for rusmiddelforskning i Helse Vest v/Stavanger HF (Korfor) har utviklet et kvalitetsregister for TSB. Korfor vil innen utgangen av 2015 sende en søknad om nasjonal status for registeret.

Det er også stor mangel på forskning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og rus- og psykisk helsetjenester er intet unntak her. Mangel på data om brukere og om tjenestene som gis,

er viktige hindre både for god styring av tjenestene, men også for videreutvikling av praksis og implementering av ny kunnskap. Innføringen av et kommunalt pasient- og brukerregister er et viktig tiltak for å styrke kunnskapen om aktiviteten i kommunale tjenester, og som vil stimulere til forskning på disse tjenestene og brukerne av dem.

Det er behov for å gjennomføre studier om den økende bruken av nye syntetiske stoffer, for å svare på spørsmål om hvor stort omfanget er og hvilke grupper i samfunnet som bruker slike stoffer og hvem disse brukerne er.²

Regjeringen vil øke kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer.

Kunnskaps- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

De regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene utgjør en viktig del av nasjonale myndigheters satsing på å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, barnevernet og andre sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet fastsatt samfunnsoppdrag og oppgaver for 21 av kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Blant disse finner vi de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Samfunnsoppdraget for kunnskaps- og kompetansesentrene er å bidra med kompetanse, delta i undervisning, veiledning, informasjon og nettverksarbeid. I tillegg kan sentrene delta i praksisnær og praksisrelevant forskning. Sentrene skal samarbeide med relevante kompetansesentre og -tjenester. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidlene til sentrene og har fått i oppdrag å sørge for tiltak som skal sikre at tjenestene får bedre kjennskap til sentrenes virksomhet og likeverdig tilgang til disse. Dette kan skje gjennom etablering av et felles nettsted/nettportal hvor sentrene er knyttet opp. Flere av kunnskaps- og kompetansesentrene har formidlet ønsker om en organisatorisk sammenslåing. Et sentralt formål med en slik sammenslåing må være at de aktuelle sentrene blir i stand til å levere kompetansestøtte til målgruppene på en bedre måte.

Rus- og avhengighetsmedisin

Det har vært et problem mange steder å få rekruttert leger til TSB. Det var derfor viktig at

² Innspill til opptrappingsplanen for rusfeltet fra Folkehelseinstituttet.

Norge, som det første land i verden, etablerte en egen fullverdig spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin. Den nye legespesialiteten ble godkjent i november 2014. Per september 2015 var det avholdt to overgangskurs med om lag 150 deltakere. Overgangskursene er for leger som ønsker å søke om godkjenning i den nye spesialiteten etter overgangsreglene som vil gjelde i to år. Helsedirektoratet mottok høsten 2015 over 20 søknader til vurdering for godkjenning i den nye rus- og avhengighetsspesialiteten. De første kursene for leger i spesialisering for denne spesialiteten er avholdt.

Faglig veiledning

For å sikre at ny forskningsbasert kunnskap blir tatt i bruk, har Helsedirektoratet over flere år utarbeidet en rekke veiledere og retningslinjer på rusfeltet. Dette er et viktig ledd i arbeidet med å styrke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk. Helsedirektoratet vil som fag- og myndighetsorgan ha en sentral rolle i å veilede og bistå i implementering av ny kunnskap.

Mye av kunnskapsutviklingen og forskningen på rus- og avhengighetsproblematikk foregår utenfor Norge. Det er derfor lagt til rette for at norske forsknings- og kompetansemiljøer skal kunne samarbeide med tilsvarende organisasjoner i utlandet, slik at vi løpende får tilgang til oppdatert kunnskap.

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgs-

tjenesten og omvendt. Å sikre erfarings- og kompetanseutveksling mellom nivåene er svært viktig for å sikre gode tjenester. Det er behov for kontinuerlig å arbeide videre med gjensidig rådgivning, veiledning og kompetanseoverføring for å møte brukere og pasienter med rett kompetanse på begge tjenestenivå. Brukernes kompetanse må inngå som en del av fagperspektivene, og begge tjenestenivåene må ta utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv.

Internasjonalt samarbeid

Norge deltar aktivt i internasjonalt samarbeid på rusfeltet, både gjennom FN-organene UNODC og WHO, gjennom Europarådet og EU/EØS-samarbeidet, og gjennom nordisk, annet regionalt og bilateralt samarbeid. Det internasjonale engasjementet skal videreføres. Deltakelsen har to hovedformål. For det første betinger en kunnskapsbasert politikk her hjemme at vi følger med på utviklingen i rusmiddelsituasjonen i landene rundt oss og verden for øvrig, samt at vi følger med på kunnskapsutviklingen på tiltakssiden. For det andre er det et mål med den norske deltakelsen å søke innflytelse på de internasjonale prosessene. Norge ønsker å bidra til en kunnskapsbasert rusmiddeldebatt, og ikke minst til å sikre helseperspektivet og respekt for menneskerettighetene i internasjonal rusmiddelpolitikk.

Boks 3.1 Regjeringen vil:

- Styrke brukermedvirkning på systemnivå ved økt bruk av personer med erfaringskompetanse og systematisk samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner.
- Legge til rette for aktive bruker- og pårørendeorganisasjoner.
- Gjennomgå støtteordninger til bruker- og pårørendeorganisasjoner med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler.
- Øke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer.
- Etablere et eget nasjonalt kvalitetsregister for TSB.
- Vurdere samordning av tilskuddsordninger til kompetanse for flere sektorer (helse- og omsorgstjenesten, barnevern, skole mv.).
- Øke kompetansen og etablere faste rutiner knyttet til avdekking og kartlegging av rusproblemer i kommunene og i somatiske sykehusavdelinger.
- Øke oppmerksomheten om eldre og rus blant annet ved å øke kompetansen blant helse- og sosialpersonell og styrke behandlings- og oppfølgingstilbudet til et voksende antall eldre med rusproblemer.
- Iverksette og gjennomføre nytt kompetanseløft for kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor kompetansetiltak rettet mot rus og psykisk helse inngår.
- Bidra til økt forskning om rus- og avhengighetsproblematikk gjennom Norges forskningsråds programmer Helsevel, God behandling og Bedre helse.

3.3 Tidlig innsats

Tidlig innsats er arbeid som bidrar til å identifisere og håndtere et problem på et tidlig tidspunkt. Tidlig innsats har tradisjonelt blitt knyttet til arbeid rettet mot barn og unge, men begynnende (rus)problemer har ingen øvre aldersgrense.

Helsefremmende tiltak forankret i en omfattende folkehelsepolitikk, trygghet for hjelp og omsorg når man trenger det, er bærebjelker i vårt velferdssamfunn. Det innebærer blant annet å sikre mer likeverdige vilkår for barn som vokser opp i fattige familier og i familier med rusproblemer og psykiske helseutfordringer. De fleste nordmenn lever gode og trygge liv, med tilgang til de tilbudene de har behov for, gjennom godt utbygde velferdsordninger. Likevel er det fortsatt mennesker som ikke får den hjelpen de trenger, og som opplever store vanskeligheter og problemer. Regjeringen vil jobbe for at Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom, og vil tette hullene i sikkerhetsnettet for grupper som i dag faller igjennom. Regjeringen vil bidra til å etablere et tettere samarbeid mellom barnevern, helsestasjoner, barnehage, skole, politi og NAV for å unngå at barn blir kasteballer mellom offentlige etater. Regjeringen vil også bidra til et bedre og mer forpliktende samarbeid mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Det er avgjørende at de som først møter barna, evner å fange opp og hjelpe barn som trenger profesjonell hjelp så tidlig som mulig.

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge og deres familier er et viktig satsingsområde for regjeringen, og det er allerede iverksatt en rekke tiltak som styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

3.3.1 Fra bekymring til handling

Å se at noen har et mulig problem er ikke nødvendigvis så vanskelig. Heller ikke å snakke om det. Å gripe fatt i det, avklare og følge opp, viser seg derimot vanskeligere. I mange tilfeller vil ulike tegn på mistilpasning eller atferdsavvik være forløpere til et rusproblem. Selv om det erkjennes at det er vanskelig å ta steget fra bekymring til adekvat handling, er det like fullt helt nødvendig. Ansatte som møter utfordringen, mener det er behov for mer kompetanse om rusrelatert problematikk og hvordan de konkret skal samtale med barn og foreldre. Videre er det behov for kunnskap om hvor man skaffer over-

sikt over relevante hjelpetiltak og etablere gode samarbeids- og henvisningsrutiner.

Helsedirektoratet fikk på denne bakgrunn i oppdrag å utarbeide en veileder – Fra bekymring til handling – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet – for å forbedre samhandling og tidlig innsats på rusområdet. Veilederen, som ble utgitt i 2009, ble utarbeidet i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Veilederen gir en oversikt over sentrale elementer i å oppdage tidlig og handle i praksis, og omfatter risikobruk av alle typer rusmidler. Hovedvekten er lagt på tidlig identifisering av risikobruk av alkohol hos ungdom, gravide, voksne og eldre, samt barn og unge som pårørende eller tredjepart. Den gir en oversikt over beskyttelses- og risikofaktorer og beskriver noen generelle, vage symptomer og tegn på et problem, som vi ikke alltid vet hva skyldes. Helsedirektoratet har også laget en egen nettjeneste om tidlig intervensjon, som henviser til beskrivelser av ulike metoder og oversikter over anerkjente rapporter, prosjekter og metoder som kan benyttes til innsats for ulike aldersgruppene, se www.tidligintervensjon.no.

Helsedirektoratet har i samarbeid med blant andre de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål fulgt opp veilederen med en omfattende implementering og opplæring. Dette er et langsiktig arbeid og behovet for ytterligere å forsterke handlingskompetansen på tidlig intervensjon er fortsatt stort og må antas å forbli det i flere år framover.

I et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal det utarbeides en revidert veileder. Målet er en kortfattet veileder med kunnskapsbaserte anbefalinger til kommunen for å styrke oppdager- og handlingskompetansen i alle ledd og sektorer. Den vil hovedsakelig innrette seg mot oppdager- og handlingskompetanse overfor barn, unge og foresatte. Den reviderte veilederen forventes å foreligge i løpet av første halvår 2016.

Det vises for øvrig til Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, hvor det framgår at tidlig oppdagelse og oppfølging ikke må avgrenses til helsetjenesten eller til problematisk rusmiddelbruk i en tidlig livsfase.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med berørte departementer bidra til at tidlig intervensjonstiltak blir systematisk utprøvd og evaluert i løpet av planperioden.

3.3.2 Barn og unge

Barn og unge møter utfordringer i tjenesteapparatet både når de har eget rusproblem, og når foreldre eller andre nære omsorgspersoner har det.

Barn og unge med rusproblemer blir ofte fanget opp for sent, både av helsestasjons- og skolehelsetjeneste, barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Det er behov for å utvikle bedre metoder i etatene for å avdekke barn og unge med rusproblemer, og styrke kunnskapen og kompetansen om slik rusproblematikk blant tjenestepersonell. Det betyr ikke at de som mottar rusbehandling i dag ikke får god hjelp, men tilbudet bør styrkes ytterligere for å forebygge videre problemutvikling på et tidlig tidspunkt.

Barn som er pårørende til personer med rusproblemer er en spesielt sårbar gruppe. Hjelpemiddelet må overfor denne gruppen både ivareta foreldrenes situasjon, samtidig som barnas egne behov må ses og følges opp. Resultater fra Brukerplan-rapporten³ bekrefter dette. Det kommunale tjenesteapparatet har allerede i dag et klart ansvar for å sikre at barn som pårørende til personer med rusproblemer får den hjelp og oppfølging de har behov for. Foreldre som har rusproblemer og ikke kan gi god nok omsorg, skal som hovedregel ikke ha omsorg for barn. Barneverntjenesten foretar i hvert enkelt tilfelle en vurdering om omsorgen er forsvarlig, om det bør settes inn hjelpetiltak eller om en omsorgsovertakelse er nødvendig for å bedre barnets livssituasjon, jf. lov om barneverntjenester.

Oppfølging av gravide

I perioden med svangerskap, fødsel og i barnets første leveår er de fleste kvinner/familier i kontakt med helsetjenesten over lengre tid. Dette gjør at helse- og omsorgstjenesten er i en gunstig posisjon til å avdekke rusproblemer og til å følge opp risikobruk. Helse- og omsorgstjenesten har også et ansvar for å spre kunnskap om at all rusbruk bør unngås under svangerskapet, særlig i første del. Rusbruk skal tas opp i svangerskapsomsorgen som del av et bredere tema om levevaner i svangerskapet.

I henhold til nasjonale faglige retningslinjer både for svangerskaps- og barselomsorgen skal familiene tilbys oppfølging i spesialisthelsetjenesten og utvidet oppfølging i kommunehelsetjenesten ved mistanke om rusbruk under svan-

gerskapet og i barseltiden. Det er viktig å få til gode samtaler og refleksjon om bruk av rusmidler. Helsedirektoratet arbeider med å revidere gjeldende retningslinje for svangerskapsomsorgen. Direktoratet er bedt om å inkludere erfaringer fra et pilotprosjekt med rådgivende livstilsamtale tidlig i svangerskapet i arbeidet.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har svært stor oppslutning i befolkningen. Ingen annen tjeneste når så mange, og det er bred politisk enighet om tjenestens viktighet. Det er allikevel områder med behov for styrking og forbedring.

I 2013 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenester til barn i alderen 0–6 år. Tilsynet omfattet utvalgte helsestasjoner i 78 utvalgte kommuner og bydeler. Kommunene ble plukket ut på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse. Fylkesmennene fant lovbrudd i 56 av de 78 kommunene/bydelene. Fylkesmennene fant bl.a. at mange kommuner hadde redusert programmet og/eller slått sammen kontroller uten at man hadde vurdert den faglige forsvarligheten ved å gjøre dette. Begrunnelsen var ressursmangel.

Tilsynet fant også at kommunene verken hadde kartlagt behovet for opplæring eller behov for ytterligere kompetanseutvikling for sine ansatte. Flere kommuner manglet oppdaterte bemannings- og kompetanseplaner, og det forelå ikke opplæringsplaner for nytilsatte. Det var ingen overordnede rutiner for å implementere nye faglige nasjonale retningslinjer og veiledere.

Det rapporteres fra barn og unge selv at skolehelsetjenesten er lite tilgjengelig når de trenger den. Elever gir klart uttrykk for at de ønsker at helsesøster skal være på skolen hver dag. Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten forteller at de må prioritere mellom helseundersøkelser (vaksinering, veiing og måling m.m.), samtaler med enkeltelever, helseopplysning i grupper/klasser og tverrfaglige møter. På skoler der helsesøster er mye til stede, øker den proaktive, universelle jobbingen mot alle elever.

Regjeringen har gjennom de siste tre statsbudsjettene styrket kommunenes frie inntekter med til sammen 667 mill. 2016-kroner med bakgrunn i behovet for å videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ved å gi midlene som frie inntekter kan kommunene prioritere å styrke tjenestene der behovet er størst, og samtidig slippe byråkratiske søknads- og rapporteringskrav. Kommunene har ulike behov og er selv best egnet til å

³ Helse Stavanger (2015): Rusmiddelmissbruk i Norge. Brukerplan – statistikk 2014.

avgjøre om innsats og styrking bør rettes mot hele helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller om det for eksempel er jordmortjenesten og skolehelsetjenesten som bør styrkes.

Nurse Family Partnership

Regjeringen har gjennom tiltaksplanen mot vold og overgrep En god barndom varer livet ut (2014–2017) og strategien Barn som lever i fattigdom (2015–2017), igangsatt tiltaket Hjelp til førstegangsfødende foreldre i risiko – Nurse Family Partnership – i Norge. Målet er å redusere risikoen for skjevutvikling hos sped- og småbarn (0–2 år). Målgruppen er risikoutsatte førstegangsfødende som trenger ekstra støtte. Det kan være gravide med lite nettverk, som selv har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold, har psykiske vansker, vansker med rus eller vedvarende lav inntekt. Familier blir fulgt opp av spesialutdannet helsepersonell gjennom hjemmebesøk fra tidlig graviditet og fram til barnet fyller to år. Programmet har vist god effekt for videre utvikling for foreldre og bedre samspill mellom foreldre og barn. Det skal settes i gang utprøving av programmet i to pilotområder, for å kunnskap om på hvordan programmet fungerer.

Barnehage og skole

Barnehagen møter både barn og foreldre hver dag og er derfor en viktig arena for å oppdage barn som lever med en vanskelig hjemmesituasjon. Barnehageloven § 22 pålegger alle ansatte i barnehager opplysningsplikt til barneverntjenesten uten hinder av taushetsplikt, og presiserer at barnehagepersonalet i sitt arbeid skal være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernets side. Videre har barnehagepersonalet opplysningsplikt til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Veilederen Til barnets beste – samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten, ble gitt ut i samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og det daværende Barne- og likestillingsdepartementet i 2009. Temaet barn med særskilte behov er ett av fire tematiske satsingsområdene i Kunnskapsdepartementets kompetansestrategi for barnehagen.⁴

⁴ Kunnskapsdepartementets kompetansestrategi for barnehagen (2014): Kompetanse for framtidens barnehage. Strategi for kompetanse og rekruttering 2014–2020.

Skoler med et trygt og godt læringsmiljø og gode elev-lærer relasjoner, har lav forekomst av mobbing, vold og seksuell trakassering. Skoler med et godt læringsmiljø er også gode på å se elever som sliter med andre typer problemer, som f.eks. begynnende rusproblemer eller rus i hjemmet. Tverrsektorielt samarbeid er nødvendig for å styrke arbeidet med forebygging. Tidsbrukutvalgets undersøkelser viser at mange oppgaver som lærerne utfører i skolen, tar for stor del av lærens tid. Skolen er en kompleks samfunnsinstitusjon og det kan ikke forventes at alle oppgaver utføres av læreren.

Kunnskapsdepartementet har satt i gang et prosjekt om flere yrkesgrupper i skolen, Et lag rundt eleven, som blant annet skal bidra til bedre oppfølging av utsatte barn og unge i deres skolehverdag. Satsingen innebærer bruk av ulike yrkesgrupper som en tilgjengelig ressurs på skolen og i klasserommene. Prosjektet innebærer systematisk bruk av allerede eksisterende personressurser internt på skolen og/eller i kommunen og/eller å styrke skolens personale med miljøfaglig kompetanse gjennom å ansette f.eks. vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger. Målene er:

- Elevene skal få et bedre læringsmiljø som forebygger mobbing og psykiske problemer.
- Elevene skal ha større mulighet til å komme i kontakt med voksne som kan hjelpe dem med ulike psykososiale og helsemessige utfordringer.
- Utsatte barn og unge skal fanges opp og følges opp.

Gjennom prosjektet Et lag rundt eleven skal regjeringen vurdere og prøve ut ulike modeller for hvordan dette best kan skje.

Systematisk oppfølging av barn av personer med rus- og/eller psykiske problemer

Modellkommuneforsøket ble i 2006 igangsatt for å prøve ut ulike tiltak for å styrke kompetansen og utvikle gode verktøy overfor barn av foreldre med rus- og/eller psykiske problemer. 26 kommuner har deltatt og evalueringen viser at gode modeller bidrar til mer systematisk og kunnskapsbasert identifikasjon og oppfølging av barn av personer med rus- og/eller psykiske problemer. Modellkommuneforsøket har bidratt til:

- Økt faglig kompetanse i kommunen og felles forståelse/faglig plattform – både mellom ulike kommunale nivåer og mellom ulike kommunale tjenester.

- Styrket forankring og fokus i kommunen på arbeidet overfor målgruppen.
- Bedre kommunalt samarbeid overfor målgruppen.
- Bedre systematikk i kommunens arbeid – rett tjeneste til rett tid.
- Samlokalisering/samordning av kommunale tjenester.

Med bakgrunn i evalueringsresultatene har Bufdir anbefalt at erfaringene fra Modellkommuneforsøket bør implementeres i nye kommuner. Regjeringen vil derfor sørge for videreføring og spredning av forsøket.

Det er i 2015 opprettet en ny tilskuddsordning som skal sikre at erfaringene fra modellkommuneforsøket videreføres og at barn av foreldre med rus- og/eller psykiske problemer, tidlig skal få systematisk og kunnskapsbasert hjelp.

Koordinert og tverrfaglig hjelp til utsatte barn og unge under 24 år (0–24-samarbeidet)

Målet med 0–24-samarbeidet er å sørge for at flere barn og unge utvikler god helse, gjennomfører utdanningsløpet og gis det nødvendige grunnlag for en god tilknytning til arbeidslivet. For å nå målet er det avgjørende at utsatte barn og unge oppdages og hjelpes så tidlig som mulig. Den tidlige innsatsen bør være tverrfaglig når det er til det beste for barnet. Derfor er det viktig at de ulike kommunale tjenestene som helsestasjon, barnehage, barnevern, skole og NAV utvikler et bedre samarbeid om samtidig bruk av tiltak og tjenester i kombinasjon. Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider nå tett med sine fagdirektorater for å tilrettelegge og tilpasse de ulike sektorenes virkemidler, ved en bedre samordning av regelverk, systematisk direktorats-samarbeid og samordning av tilsyns- og tilskuddsforvaltningen. Hensikten er å gjøre det enklere for kommunene å samarbeide på tvers av faggrenser og regelverk som i dag kan oppleves som hindre for tverrfaglige tiltak til utsatte barn og unge. De involverte departementene har gitt alle fylkesmennene felles, koordinerte og likelydende oppdrag om å bidra inn i 0–24-samarbeidet på lokalt nivå.

Økt bruk av tverrfaglige tjenester/koordinerte tiltak fra ulike tjenesteytere skal føre til at:

- Flere utsatte barn og unge oppdages tidligere og gis bedre koordinert hjelp i barnehage- og skolealder.

- Flere utsatte ungdommer utenfor skole og arbeid følges opp med tverrfaglige tiltak, herunder helse-, sosial-, arbeids- og opplæringstiltak.
- Flere utsatte elever gis tilbud om praktisk opplæring i videregående skole.
- Flere elever gjennomfører videregående opplæring.
- Færre faller utenfor arbeidslivet.

Oppfølgings- og losfunksjon for ungdom for å hindre at utsatt ungdom dropper ut av videregående skole

Ungdom som faller ut av videregående opplæring har dårligere helse, flere psykiske lidelser og bruker mer rusmidler enn de som fullfører tolv-årig skolegang. Det er behov for å styrke tiltak som sikrer ungdom skoletilknytning, trivsel og mestring for å bidra til bedre skoleprestasjoner og økt gjennomføring i videregående opplæring.

Regjeringen etablerte i 2014 tilskuddsordningen Oppfølgings- og losfunksjon for ungdom. Ordningen er en videreføring av det treårige forsøksprosjektet LOS-prosjektet som ble avsluttet i 2013. LOS-prosjektet er blitt evaluert og viser at 70 pst. av ungdommene på kort sikt får en forbedret tilknytning til skole og arbeidsliv. Gjennom LOS-ordningen skal ungdommene få en person – en los – å forholde seg til og som sørger for tett oppfølging og bidrar til at ungdommene bedre kan nyttiggjøre seg tilbud som gis i skolen eller av andre tjenester. Losene rapporterer at ungdommene som deltar i prosjektet opplever vansker som mobbing, psykiske problemer, rusproblemer og familieproblematikk, i tillegg til lav skolemotivasjon og utfordringer med å mestre de faglige kravene i skolen.

Målgruppen er ungdom i alderen 14–23 år som står utenfor, eller står i fare for å havne utenfor, skole og arbeid. Innsatsen skal særlig rettes mot ungdom der høyt skolefravær eller manglende skole-tilknytning har sammenheng med utfordringer som for eksempel helseproblemer i form av rusbruk, psykiske vansker og nedsatt funksjonsevne.

Ungdomshelsestrategien

Det er igangsatt et arbeid med en ungdomshelsestrategi. Strategien skal dekke aldersgruppen 13–25 år, og skal etter planen legges frem i 2016. Planen skal bl.a. belyse hvordan man sikrer tilgjengelighet, kapasitet og godt koordinerte tjenester til ungdom, herunder også nettbaserte helse-tjenester.

Problemstillinger knyttet til psykisk helse, ensomhet, mobbing, frafallsproblematikk, rus, vold, seksuelle overgrep, samt samfunnets press og utenforskap skal behandles. I tillegg skal det ses på hvordan helsetjenestene ivaretar ungdom som kan ha særskilte helseutfordringer; enslige asylsøkere under 18 år, ungdom fra ulike minoritetsgrupper, unge med kroniske og/eller langvarig sykdom, ungdom som pårørende og unge under omsorg av barnevernet.

Barn og unges egne erfaringer og synspunkter skal stå sentralt i å utvikle og gjennomføre gode tjenester til denne gruppen. I utarbeidelse av ungdomshelsestrategien vil ungdom med ulike bakgrunn bli invitert til et ungdomspanel. Panelet skal gi innspill vedrørende utfordringsbildet og aktuelle tiltak.

3.3.3 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet er kilde til helse og livskvalitet og er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge. Fysisk aktivitet er viktig for en god oppvekst og må derfor være en naturlig del av sentrale oppvekstarenaer som barnehage og skole, samtidig som fritidstilbud og nærmiljøer må gi muligheter for både organisert og spontan lek og fysisk utfoldelse.

Videre vet vi at fysisk aktivitet er en viktig forebyggende faktor når det gjelder for tidlig død og en rekke lidelser som hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, overvekt og fedme, diabetes type 2 og enkelte kreftformer. Ulike former for fysisk aktivitet, gjerne ute i naturen, bidrar til forebygging og behandling av ulike psykiske lidelser som depresjon og angst. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har en økt forekomst av somatiske sykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, overvekt og metabolsk syndrom. Disse livsstilssykdommene og tilstandene medfører mersykkelighet hos pasientene. Dette gjelder også for mennesker med rusavhengighet. Det er behov for en mer systematisk tilnærming til forebygging av livsstilssykdommer, behandling og oppfølging for somatisk sykdom i disse pasientgruppene.

Tidlig innsats er nødvendig. Grunnlaget for aktivitetsvaner og god fysisk og psykisk helse gjennom hele livet legges i barne- og ungdomsårene.

Skolen favner alle barn og unge og kan derfor gjennom tilpasset opplæring gi alle elever muligheter til fysisk aktivitet og bevegelseserfaring, og dermed grunnlag for helse og læring. Regjeringen vil legge til rette for at skolene sikrer daglig

fysisk aktivitet for alle elever. Som oppfølging av Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen, iverksettes et treårig forsøk med utvidet tid til kroppøving og fysisk aktivitet på ungdomstrinnet. Forsøket gjennomføres som et forskningsprosjekt og innrettes slik at virkningene av ekstra tid til fysisk aktivitet og kroppøving på elevenes fysiske og psykiske helse, på læringsmiljø og trivsel kan studeres. Arbeidet starter opp i 2015 med en forskningskartlegging som sammen med erfaringsbasert kunnskap og teori danner grunnlag for modeller som utprøves i skoler fra skoleåret 2016/2017.

I tillegg til den formelle læringen som skjer i utdanningsløpet, er den uformelle læringen som skjer på fritiden, viktig for barns oppvekst. Barn som vokser opp i inntektsfattige familier og barn med innvandrerbakgrunn deltar jevnt over mindre enn andre i fritidsaktiviteter. Dette gjelder også idrett og friluftsliv, og særlig gjelder det jenter. Deltakelse gir mestringfølelse, inkludering i nærmiljøet, vennskap og sosiale nettverk. Regjeringen har som målsetting at alle barn og unge skal ha muligheten til å delta i minst en fritidsaktivitet jevnlig. Det vises til Barn som lever i fattigdom, regjeringens strategi for perioden 2015–2017, og tilhørende tilskuddsordning mot barnefattigdom.

3.3.4 Kosthold

Kartlegging viser at mange rusavhengige har mangelfullt kosthold som gir ernæringsmessige problemer som under- og feilernæring. Feilernæringen kan øke mottakelighet for infeksjon og sykdom, samtidig som det kan svekke motstandsdyktighet ved infeksjon og sykdom, jf. omtale i kapittel 2.1 om brukernes helsetilstand. Det er viktig at det er oppmerksomhet om dette i tilbud til og behandling av rusavhengige, jf. kapittel 3.4.6. Gode vaner etableres tidlig og tas med senere i livet. Det er derfor viktig å legge til rette for at barn og ungdom kan ha et variert og sunt kosthold og tilegne seg kunnskap og ferdigheter de kan ha nytte av hele livet, også med tanke på om de rammes av sykdom som krever særlige ernæringshensyn. Det sosiale aspektet ved mat og måltider er også sentralt.

Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter tydeliggjør at regjeringen vil støtte opp under barnehagenes og skolens tiltak for å tilrettelegge for gode mat- og måltidsvaner. Regjeringen vil videre invitere til bredt samarbeid for å stimulere til tiltak som kan gi økt praktisk kunnskap og bedre ferdigheter om mat-

laging, råvarer og hygiene. Dette er kunnskap som rusavhengige også vil kunne ha god nytte av, for gradvis å kunne ta ansvar for eget kosthold. Faste måltider deler inn dagen og setter rammer for andre aktiviteter. Å etablere en god måltidsrytme er derfor et mål som kan gi positive ringvirkninger. Måltidene kan være en arena for gode samtaler. Samarbeid med brukerne om mattilbud og tilrettelegging er viktig for å motivere til å delta i måltidene. I forbindelse med Stortingets behandling av Folkehelsemeldingen, er regjeringen bedt om å sørge for at det utarbeides en helhetlig handlingsplan med konkrete tiltak for å fremme sunt kosthold i hele befolkningen. Arbeidet vil starte opp i 2016 og det tas sikte på å ferdigstille handlingsplanen i 2017.

3.3.5 Eldre og rus

At flere eldre drikker og at de drikker mer, er ikke bare et norsk fenomen. Lignende utvikling har skjedd i andre nordiske land som Finland, Danmark og Sverige. Veksten og omfanget i Eldres alkoholforbruk krever at vi i årene framover endrer forestillingen om hvem som rammes av rusproblemer. Dette berører både forskning, forebygging og behandling.

Behandlingskapasiteten må økes og behandlingstilbudene utformes for å takle rusproblemer i den voksende gruppen eldre. Kunnskap om og behandling av alkoholrelaterte sykdommer og problemer blir også i større omfang enn tidligere aktuelt for eldreomsorgen, og krever opplæring og kompetanseoppbygging i de kommunale omsorgstjenestene. Dette gjelder både hjemmetjenester med bolig og dagaktivitetstilbud og sykehjemmene.

I rapporten Eldres rusmiddelbruk⁵ er det lagt stor vekt på at det er de ordinære helse- og omsorgstjenestene som møter eldre med alkoholrelatert problematikk, og som må ha den kompetansen og den bredden av fagfolk som er nødvendig for å kunne komme tidlig til med hjelp for å forebygge rusrelaterte helseproblemer og gi god behandling og hjelp med de helsemessige og sosiale problemene som oppstår. Så langt det er mulig bør det også være de ordinære helse- og omsorgstjenester som ivaretar hjelpetilbudet når det er behov for omsorgsbolig eller sykehjemsplass, eller innleggelse i sykehus. Disse tjenestene bør

imidlertid ha fagpersoner med kompetanse på rus som heller støtter og utfyller enn erstatter øvrig fagpersonell.

De faglige anbefalingene i utredningen er utover dette blant annet at:

- Det bør utvikles bedre metoder for å identifisere utfordringer og endre alkoholvaner blant eldre med sikte på å forebygge helsemessige og sosiale problemer og styrke deres muligheter til å ha god helse og mestringssevne.
- Det bør utvikles et kompetansehevingsprogram for helse- og omsorgstjenesten, slik at fagmiljøene kan få felles kunnskap, ferdigheter og holdninger i arbeidet med alkoholrelatert problematikk.
- Det bør settes i gang et utviklingsprosjekt for å evaluere og videreutvikle godt tilpassede bo- og pleieløsninger for eldre med omfattende alkoholrelaterte problemer, og modeller for lavterskel pleie- og omsorgstiltak med tilpassede flerboligløsninger for eldre LAR-pasienter med omfattende helsemessige og sosiale problemer.
- Det bør slås uttrykkelig fast at det psykiske helsevern har plikt til å yte nødvendig psykisk helsehjelp, selv om den psykiske lidelsen vurderes som rusutløst.

For å styrke mulighetene den enkelte har til å mestre hverdagen, og for å gi tidlig hjelp, vil regjeringen styrke arbeidet med forebyggende hjemmebesøk. Forebyggende hjemmebesøk vil kunne avdekke rusproblemer. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle en veileder, og Helse- og omsorgsdepartementet vil utarbeide et rundskriv om forebyggende hjemmebesøk.

Mobilisering mot ensomhet

Mange i samfunnet vårt er ensomme, og ensomhet rammer i større grad yngre og eldre mennesker enn andre. Tre av ti personer over 80 år sier de er ensomme.

For eldre mennesker kan sviktende helse og tap av nære personer og nettverk føre til isolasjon og ensomhet. Det kan også gi risiko for skadelig rusmiddelbruk. Det kan gjøre det vanskeligere å mestre hverdagens utfordringer og å leve med sykdom. Regjeringen har derfor styrket innsatsen for å redusere ensomhet hos eldre og legge til rette for økt sosial kontakt og aktivitet. Blant annet er det gitt tilskudd til Seniordans Norge for å få flere eldre med på seniordans, og det er gitt tilskudd til et samarbeid mellom Norges Røde Kors og Den norske Turistforening for å få eldre som opplever ensomhet med på gågrupper.

⁵ Korfor (2015): Eldres rusmiddelbruk. Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet. Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, Stavanger Universitetssykehus.

Ensomhet kan ramme alle, men belastningen kan bli ekstra tung for de som også sliter med rusproblemer. Derfor er det viktig å få med alle grupper på en bred mobilisering for fellesskap og sosial støtte. I budsjettet for 2016 har regjeringen foreslått i alt 36,8 mill. kroner til mobilisering mot ensomhet, hvorav 20,8 mill. kroner er en videreføring av tilleggsbevilgninger i 2015. Denne innsatsen skal først og fremst drives fram i regi av de frivillige organisasjonene.

Strategi for en moderne eldrepolitikk

I Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, er aktive eldre et nytt innsatsområde. Regjeringen vil utarbeide en strategi for en moderne eldrepolitikk som skal omfatte alle sektorer. Regjeringens mål er å stimulere til aktive eldre med vekt på mulighetene som ligger i økt deltakelse i arbeids- og samfunnsliv. Strategien skal bidra til økt bevissthet og kunnskap om hvilke forhold og betingelser som vil fremme aktive eldre, og hvordan vi skal få til endringer i holdninger og praksis. Å legge vekt på forhold som har betydning for sunn aldring tidligere i livsløpet blir viktigere når vi lever lengre. Med gode levevaner som sosial, fysisk og kognitiv aktivitet samt god ernæring kan eldre mennesker få flere friske leveår. I denne sammenheng blir det viktig å følge utviklingen i eldres bruk av alkohol og andre rusmidler, kanskje særlig i overgangen fra arbeidsliv til pensjonisttilværelse. For høyt bruk av rusmidler vil kunne redusere eldres muligheter til å være aktive og bevare god helse og mestring. Det tas sikte på strategien skal legges fram vinteren 2016.

3.3.6 Lavterskel tiltak og skadereduksjon

Tidlig innsats forbindes ofte med innsatsen rettet mot barn og unge, eller innsats rettet mot personer som er i ferd med å utvikle et rusproblem. Men tidlig innsats handler også om å sette inn tiltak som hindrer at problemer forverrer seg eller bidrar til å redde liv. Det umiddelbare målet er bedre helse og et mer verdig liv, herunder også hindre overdoser eller spredning av smitte, som hepatitt C. Ulike lavterskeltiltak vet vi kan være et viktig bindeledd til andre hjelpetiltak, og vil for enkelte virke positivt for brukerens motivasjon til å gjøre noe med selve rusmiddelbruket/avhengigheten. Formålet med skadereduserende tiltak er at den rusavhengige må tilbys hjelp, uten at rusfrihet er en betingelse for å få hjelp.

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lage utkast til en bred nasjonal hepatittstrategi, i samarbeid med Helsedirektoratet og andre relevante aktører i løpet av 2015. Utgangspunktet for oppdraget er vedtaket under møtet i Verdens helseforsamling i mai 2014 som anbefaler at alle land lager slike strategier. Ett spørsmål som vil bli omtalt i denne strategien er hepatitt C-legemidler til rusavhengige. Strategien skal blant annet ta for seg tilgjengelighet på forebygging, diagnostikk og behandling for personer som allerede er smittet med hepatitt, med spesiell vekt på sårbare gruppers behov.

Regjeringen vil gjennom stimuleringsmidler og veiledningsmaterieell bidra til at kommunene utvikler et bredt spekter av tjenester til personer med rusproblemer, herunder utvikling av lavterskeltiltak og skadereduserende tiltak. Regjeringen vil vurdere behovet for tiltak innen den nasjonale overdosestrategien, herunder tilgang på rent brukerutstyr og Switch-kampanjen, som skal få brukere til å gå over til inhalering i stedet for injisering av heroin. Tilskuddet til oppfølging av overdosestrategien er foreslått videreført i statsbudsjettet for 2016.

3.3.7 Arbeidslivet som arena for inkludering og rusmiddelforebygging

Arbeidslivet kan være en god arena for å forebygge negative følger av rusmiddelbruk – både fordi arbeidsplassen sosialiserer og påvirker medarbeiderne og fordi arbeidsgiver har et ansvar for helse, miljø og sikkerhet. God informasjon til ledere, tillitsvalgte og medarbeidere er nødvendig for å skape bevissthet om betydningen av en inkluderende og forebyggende rusmiddelkultur på arbeidsplassen.

Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter fastslår at regjeringen slutter opp om målet i forrige folkehelsemelding om at flest mulig ansatte i privat sektor og alle ansatte i offentlig sektor og alle studenter og elever skal være omfattet av en generell og bevisstgjørende rusmiddelpolitikk som er tydelig forankret i virksomhetens ledelse. Det er viktig å sikre dette målet gjennom en konkretisering, og i meldingen heter det at stat og kommune skal stimuleres til å gå foran med et godt eksempel gjennom en ledelsesforankret rusmiddelpolicy.

Det er nødvendig å senke terskelen for å innføre og ta i bruk retningslinjer for rusmiddelbruk. Etter et forslag fra rusfeltets samarbeidsorgan Actis, vil Helse- og omsorgsdepartementet nedsette en arbeidsgruppe, med deltakelse fra Akan

og andre berørte aktører, som skal utarbeide en veileder for rusmiddelforebyggende arbeid i offentlige virksomheter. Veilederen skal inneholde forslag til hvordan offentlige virksomheter kan utforme egne retningslinjer for rusmiddelbruk der det gis veiledning om prosess, innhold og oppfølging. Veilederen skal bidra til at statlige og kommunale arbeidsgivere og læresteder kan gå foran med et godt eksempel i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Arbeidsmiljøloven § 3-5 pålegger arbeidsgiver plikt til å gjennomgå opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Veilederen skal inneholde eksempler på hvordan det rusmiddelforebyggende arbeidet kan inngå i denne opplæringen. Flere stortingsmeldinger fra Helse- og omsorgsdepartementet har tatt til orde for at studenter og elever også bør omfattes av retningslinjer for rusmiddelbruk. Det er nødvendig å forankre disse intensjonene i utdanningssektoren. Veilederen skal derfor også inneholde forslag til hvordan studentenes organer ved universiteter, høyskoler og andre læresteder kan innføre retningslinjer for rusmiddelbruk.

Trepartssamarbeidet mellom LO, NHO og staten har gjennom Arbeidslivets kompetansesenter for avhengighetsproblematikk (Akan) bidratt til å hjelpe ledere og medarbeidere med å forebygge og håndtere rusproblemer og avhengighet. Trepartssamarbeidet med Akan skal fortsatt være hovedpilaren for rusmiddelforebygging i arbeidslivet. Det er fortsatt viktig å synliggjøre behovet for rusmiddelforebyggende arbeid, utvikle kunnskap og metoder og å oppfordre arbeidslivet til å ta i bruk kunnskapsbaserte verktøy og metoder innenfor rammen av arbeidsmiljøloven og IA-avtalen. Akan-samarbeidet skal gi en synlig og forsterket innsats for god ruskultur i utdanning og arbeidsliv.

3.3.8 Spillproblemer

Kulturdepartementet vil legge fram en stortingsmelding om pengespillpolitikken. Stortingsmeldingen skal drøfte alle sider ved en helhetlig pengespillpolitikk. Slik det rusmiddelforebyggende arbeidet ses i sammenheng med det brede, generelle folkehelsearbeidet, skal også pengespillpolitikken vurderes for å forebygge spilleproblemer i den norske befolkningen i framtiden. Regjeringen vil komme med en anbefaling om framtidig reguleringsmodell for pengespill i Norge og vurdere hvilke tiltak som er nødvendige for å opprettholde en ansvarlig spillpolitikk i framtiden.

Forebygging av problematisk spillatferd hører med i folkehelsearbeidet, og må også ses i

sammenheng med rusmiddelforebyggende arbeid. Spillproblemer er fra 2016 tatt inn i regelverket for tilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid som en del av det rusmiddelpolitiske feltet. Akan arbeider også med spillproblematikk, og har et nettbasert program for egentesting og justering av spillvaner under utvikling. I tillegg vil Akan tilby arbeidsgivere informasjon og veiledning om forebygging og håndtering av spillproblematikk.

Det er også i helsetjenestene behov for en helhetlig tilnærming til utredning og behandling av spillproblemer, med oppmerksomhet mot mulige tilleggsproblemer og bakenforliggende faktorer knyttet til sosial situasjon, psykisk helse, rusmiddelbruk mv.

Det er få som utvikler spillrelaterte problemer i Norge. For at færrest mulig i fremtiden skal utvikle spillproblemer er det viktig at pårørende, nettverk, skoler, arbeidsplasser, helsetjenester mv. er bevisste på problematikken og agerer når de ser at enkeltpersoner står i fare for å miste kontroll over sin bruk av spill. På samme måte som ved symptomer på annen sykdom og avhengighet, er det avgjørende at den enkelte får tilbud om hjelp i en tidlig fase.

Pengespillmarkedet utvikler seg raskt. Derfor er det viktig at behandlingsstedene er oppdatert på hva som skjer i markedet, og hvordan introduksjonen av nye spill kan påvirke aktuelle behandlingsformer. Som ledd i arbeidet med å sikre tilstrekkelig kompetanse og tilgjengelighet i helsetjenestene, bør det vurderes om dagens tilbud har en hensiktsmessig organisering for å møte fremtidige utfordringer og behov for behandling.

Innsatsen mot spillproblemer koordineres gjennom Handlingsplan mot spillproblemer som revideres hvert tredje år. Kulturdepartementet har ansvaret for å koordinere handlingsplanen mot spillavhengighet. Planen utløper i 2015. Det er igangsatt arbeid med ny plan for perioden 2016–2018, som ventes å foreligge i løpet 2015.

Som en del av denne planen får Helse- og omsorgsdepartementet årlig avsatt midler fra overskuddet til Norsk Tipping til tiltak for forebygging og behandling av spillavhengighet. Midlene forvaltes av Helsedirektoratet. Handlingsplanen for 2016–2018 vil ha økt oppmerksomhet på de helsemessige utfordringene knyttet til spilleavhengighet. I tillegg legges det opp til kompetanseheving både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, inkludert barne- og ungdomspsykiatrien. De behandlingsrelaterte tiltakene viderefører og videreutvikler de nettbaserte behandlingstilbudene. Det er behov for å styrke

innsatsen overfor familier og barn som pårørende.

3.3.9 Kriminalitetsforebygging

På en rekke kriminalitetsområder viser analyser fra politiet at en høy andel av lovbruddene skjer i ruspåvirket tilstand. Dette gjelder både for utøvere av og ofre for kriminalitet. Det er derfor viktig at innsatsen innenfor kriminalitetsforebygging ses i sammenheng med den rusforebyggende innsatsen.

Kriminalitetsforebygging krever et godt samarbeid på tvers av samfunnssektorer. Politiråd og SLT (samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak) er viktige samordningsmodeller for å sikre dette.

Politiråd har fått stor utbredelse siden innføringen av ordningen høsten 2006. Ved inngangen til 2015 var det etablert et politirådssamarbeid med 412 av landets kommuner. Politidirektoratet fortsetter arbeidet med å sikre at det er et politirådssamarbeid med alle landets kommuner. Ordningen med politiråd ble evaluert i 2014 og viste at det er stor tilfredshet med politirådene både i politiet og i kommunene. Samarbeidet bidrar til større informasjonsflyt mellom politi og kommune, samt større grad av felles ansvar for og mer målrettet kriminalitetsforebygging.

I tillegg til politiråd er det i underkant av 200 kommuner og bydeler som har et etablert SLT-samarbeid, som retter seg mer spesifikt mot målgruppen barn og unge. Det gis tilskudd til etablering og videreføring av SLT i kommunene både fra Helsedirektoratet og Justis- og beredskapsdepartementet. Helsedirektoratet har evaluert sin tilskuddsordning og vurdert ressursbruk og måloppnåelse. Evalueringen peker på at det fortsatt er behov for et tett samarbeid mellom helse- og justissektoren. Helsedirektoratets ordning videreføres i 2016 i tråd med Justis- og beredskapsdepartementets Handlingsplan for forebygging av kriminalitet. Fra 2017 vil det være aktuelt å vurdere ordningen i sammenheng med utvikling av et program for folkehelsearbeid i kommunene som ble varslet i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter eller andre modeller som bygger opp under innsatsen for det helhetlige lokale folkehelsearbeidet.

Forebygging og bekjempelse av narkotikalovbrudd er en viktig oppgave for politiet. Dette gjelder alle ledd i kjeden fra produksjon og innførsel, til salg og bruk. I det forebyggende arbeidet er det særlig viktig med tidlig innsats. Det må reage-

res raskt overfor barn og unge som pågripes i forbindelse med narkotikalovbrudd, eller når barn og unge påtreffes i situasjoner og miljøer som gir grunn til bekymring.

Bruk av alternative straffereaksjoner er et viktig virkemiddel ved narkotikalovbrudd jf. omtale kapittel 3.4.8.

Økt omsetning av rusmidler over internett vekker bekymring. Dette gjelder særlig nye psykoaktive rusmidler. Norske helsemyndigheter, politi og toll samarbeider med helsemyndigheter i Norden og med EUs narkotikaovervåkingssenter EMCDDA om varsling og analyse av nye stoffer.

Det arbeides med å sikre at legemiddelavgivningen regulerer feltet så effektivt som mulig. Det er gjort endringer som innebærer at generiske stoffgrupper kan settes på narkotikalistene. Videre arbeides det med prosedyrer som skal sikre mer effektiv håndhevelse av legemiddeloven § 13a som gir hjemmel til å beslaglegge og destruere legemidler som er importert i strid med regelverket.

En av drivkreftene bak regjeringens initiativ for en mer helhetlig og effektiv skatte- og avgiftsforvaltning, er et ønske om sterkere grensekontroll. Regjeringen foreslår derfor i statsbudsjettet for 2016 å bevilge 91,5 mill. kroner til styrking av Tolletatens grensekontroll. Forslaget innebærer at Tolletatens etterretnings- og analysekapasitet styrkes ved at det etableres et nasjonalt kompetansesenter for analyse og etterretning. Som del av dette kompetansesenteret skal det etableres en enhet med internettilknyttet smugling som spesialområde. Enheten skal særlig jobbe mot den stadig økende mengden syntetisk narkotika som blir bestilt på internett og sendt i posten. Forslaget omfatter også etablering av kameraer ved alle landeveis grenseoverganger. Sammen med at etatens kjøretøy nå har fått permanent utrykningsstatus, vil kameraene øke etatens evne til å bekjempe smugling over ubemannede grenseoverganger. Det foreslås samtidig at kontrollen på Svinesund (E6) og Ørje (E18) døgnbemannes og at bemanningen på flere av de store lufthavnene økes. Bemanningen på Gardermoen ble styrket allerede i 2015 som del av oppstarten med prøveprosjektet med forenklet transfer på Gardermoen.

Aktuelle reaksjoner

Besittelse og bruk av narkotika er straffbart etter norsk lovgivning, og regjeringen vil opprettholde dette forbudet som et instrument for å kunne gripe inn tidlig. Det er mange grunner som tilsier

bruk av alternative former for reaksjon for mindre alvorlige narkotikalovbrudd. Regjeringen ønsker økt bruk av alternative strafferettslige reaksjoner overfor unge lovbytere.

Overfor unge lovbytere mellom 15 og 18 år er det innført to nye strafferettslige reaksjoner – ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Reaksjonene trådte i kraft 1. juli 2014. Ungdomsstraff er ment som et alternativ til ubetinget fengsel og lengre samfunnsstraffer ved alvorlig kriminalitet. Ungdomsoppfølging er ment til bruk ved mindre alvorlig kriminalitet. Sistnevnte reaksjon vil være aktuell ved mindre alvorlige narkotikalovbrudd. De nye strafferettslige reaksjonene bygger på prinsippene om gjenopprettende prosess. En bestanddel er et ungdomsstormøte tilrettelagt av en ungdomsadministrator. Dette skal munne ut i en ungdomsplan. Et individuelt sammensatt oppføl-

gingsteam har ansvar for å følge opp ungdommen og gjennomføre planen. Ansvaret for gjennomføringen av disse reaksjonene er lagt til konfliktrådene.

I utarbeidelsen av de nye reaksjonene har man sett hen til erfaringene fra tidligere prosjekter med bruk av ungdomskontrakter og oppfølgingsteam. Erfaringene viser at oppfølging i samarbeid mellom politi og påtalemyndighet og lokale hjelpeinstanser er godt egnet for unge lovbytere.

Bruk av påtaleunntatelse med prøvetid og særvilkår vil være en særlig aktuell reaksjon overfor unge lovbytere ved mindre alvorlige narkotikalovbrudd, i tilfeller hvor ungdomsoppfølging ikke vurderes som egnet. I rundskriv 2/2014 fra Riksadvokaten framgår det at slik påtaleunntatelse bør anvendes framfor ileggelse av bot overfor unge lovbytere mellom 15 og 18 år.

Boks 3.2 Regjeringen vil:

- Revidere veilederen Fra bekymring til handling om tidlig intervensjon.
- Videreutvikle helsestasjons- og skolehelse-tjenesten.
- Styrke tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer. Denne satsingen bygger på erfaringene fra modellkommuneforsøket.
- Tilskuddsordningen til Oppfølgings- og løsfunksjon for ungdom styrkes for å øke antall kommuner som har tiltak for å hindre at ungdom dropper ut av videregående skole.
- Tilrettelegge og tilpasse de ulike sektorenes regelverk, tjenester og virkemidler overfor utsatte barn og unge blant annet gjennom ungdomshelsestrategien og regjeringens 0–24-samarbeidet (2015–2020).
- Systematisk utprøve og evaluere tiltak for tidlig intervensjon.
- Vektlegge fysisk aktivitet i det forebyggende arbeidet.
- Øke bevisstheten om betydningen av riktig kosthold i det forebyggende arbeidet.
- Synliggjøre gevinsten av rusmiddelforebyggende arbeid i arbeidslivet og utvikle og stimulere til bruk av kunnskapsbaserte metoder.
- Bidra til en forsterket innsats for en synlig og god ruskultur i utdanning og arbeidsliv gjennom Akan-samarbeidet.
- Stimulere stat og kommune til å gå foran med et godt eksempel gjennom en ledelsesforankret rusmiddelpolitikk.
- Sikre en helhetlig spillpolitikk som vektlegger ansvarlighet og god forvaltning av inntekter til frivillig sektor.
- Se forebygging og behandling av problematisk spillatferd i tettere sammenheng med innsatsen mot rusproblemer.
- Forsterke det nasjonale og internasjonale samarbeidet om varsling og analyse av nye stoffer for å hindre utbredelse av psykoaktive rusmidler over internett.
- Videreutvikle og øke bruken av helsefaglige tiltak og metoder som reaksjon på mindre alvorlige narkotikarelaterte lovbrudd, herunder ungdomskontrakt.
- Bidra til at kommunene utvikler et bredt spekter av tjenester til personer med rusproblemer, herunder utvikling av lavterskel tiltak og skadereduserende tiltak.

3.4 Behandling

Regjeringen vil styrke det samlede behandlings- og tjenestetilbudet til personer med rusproblemer – fra lavterskeltilbud lokalt til tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten. Hovedinnsatsen i denne planen skal rettes mot kommunesektoren, men utviklingen av det kommunale tjenestetilbudet må ses i sammenheng med utviklingen av spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil skape en helse- og omsorgstjeneste som understøtter god samhandling innad og mellom tjenestenivåene, og som erkjenner at mange har behov for flere forsøk for å lykkes. Dette krever at vi viderefører og etablerer nye samhandlingstiltak, som stimulerer til å ta i bruk kunnskapsbaserte modeller og nye arbeidsformer.

3.4.1 Kommunene – en nøkkelrolle

Kommunene har et omfattende ansvar for personer med rusproblemer, og det er de senere årene etablert en rekke gode tilbud og tiltak i kommunene. Det framgår av kapittel 2.3 at det fortsatt særskilte utfordringer som må løses. Dette er utfordringer som ikke er løst gjennom Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! og som krever en særskilt innsats.

I forbindelse med innlemming av tilskudd til kommunalt rusarbeid i kommunerammen foretok Sintef i 2013 en kartlegging av konsekvensene av innlemmingen⁶. Kartleggingen viser at flere kommuner angir at mangel på ressurser og kompetanse er årsaken til at kommunene ikke lykkes overfor målgruppen. Helsedirektoratet har også pekt på at det fortsatt er behov for økt kapasitet i den kommunale rusomsorgen og har anslått et behov for 4000 nye årsverk innen 2020. Det framgår av kapittel 2, at det fortsatt er behov for å styrke oppfølgingen av den enkelte LAR-pasient og de hjulpetiltak som den enkelte er avhengig av å få for å kunne mestre eget liv⁷. Samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten må styrkes, blant annet ved å sørge for bedre oppfølgingstjenester, som bolig og arbeid.

Det er kommunene som kjenner sine innbyrgers behov best, og dermed er nærmest til å vurdere omfang og bredde i tjenestetilbudet. Mange mennesker med rusproblemer har behov for tje-

nester fra flere ulike kommunale aktører, og det er et mål for regjeringen at kommunene kan se velferdsoppgavene i sammenheng, og integrere det kommunale rusarbeidet i det ordinære tjenesteapparatet. Et sentralt element i regjeringens program for bedre styring og ledelse er å legge mer vekt på resultater av offentlige tiltak for innbyggerne, samtidig som detaljstyringen av hvordan målene skal nås reduseres. Regjeringen legger til grunn at mål og tiltak rettet mot kommunene som hovedregel skal skje gjennom frie inntekter. Dette legger til rette for kommunal handlefrihet til å styrke egne tjenester, eller å inngå avtaler med private, ideelle eller frivillige organisasjoner. Kommunene skal sørge for et forsvarlig tjenestetilbud til personer med rusproblemer, og har over de siste årene tatt stadig større ansvar på feltet. Dette er en ønsket utvikling som sikrer at tjenestene er godt tilpasset lokale forhold, og bidrar til en best mulig utnyttelse av ressursene. Samtidig ønsker regjeringen å stimulere til et mangfold som sikrer brukerne gode tjenester, og det er ønskelig at kommunene i større grad samhandler med frivillig sektor, jf. Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020). Frivillige og ideelle organisasjoner har en unik kompetanse, blant annet innen nettverks- og aktivitetsarbeid, som er helt sentrale elementer i etterverns- og oppfølgingsarbeidet.

I regjeringens økonomiske opplegg for kommunene i 2016 er det foreslått at 400 mill. kroner av veksten i frie inntekter er begrunnet i behovet for å styrke kommunale tjenester til personer med rusproblemer. Satsingen skal bidra til økt tilgjengelighet og økt kapasitet i det samlede kommunale tiltaksapparatet. Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene, vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler. Departementet vil gjennom etablerte rapporteringsordninger følge nøye med på utviklingen i sektoren, og om kommunene følger opp regjeringens satsing med tiltak innenfor rusområdet. Blant annet gjennom Helsedirektoratets rapporteringsskjema for kommunalt rus- og psykisk helsearbeid (IS-24/8) vil vi få informasjon om kommunenes ressursinnsats målt i antall årsverk innen kommunalt rus- og psykisk helsearbeid.

Det er behov for å supplere denne informasjonen med mer brukerrettet informasjon. Gjennom Brukerplan-rapportene vil vi kunne følge opp endringer på brukernivå. Brukerplan inneholder informasjon om brukere som er kjent i tjenestene, og som har hatt eller følges opp for alvorlige rusproblemer eller som har mottatt tjenester i løpet av siste 12 måneder.

⁶ Sintef (2014): Kommunalt rusarbeid og innlemming av rus-tilskudd til kommunalt rusarbeid i rammen til kommunene. Sintefrapport.

⁷ Seraf (2015): Statusrapport 2014. En aldrende LAR-populasjon? Seraf-rapport 2/2015 og ProLar sin brukerundersøkelse fra 2014.

I Brukerplan benyttes en tredelt skala for funksjonsnivå – grønn, gult og rødt. Dette gir et relativt detaljert og oppdatert bilde av både antall brukere, deres funksjonsnivå og hvilke tjenester de mottar. Dette vil gi en god indikasjon av effekten av kommunale tiltak. Det er et mål for regjeringen at en økt andel av personer med rusproblemer oppnår bedre skår på samlet funksjonsnivå i Brukerplan, og på sentrale levekårsvariabler som arbeid, aktivitet og bolig.

På bakgrunn av Brukerplan-rapporten vil regjeringen kunne måle effekten av kommunale tiltak gjennom følgende resultatmål:

- Økt andel brukere med omfattende rusmiddelbruk som oppnår bedre skår på samlet funksjonsnivå i Brukerplan.
- Økt andel brukere med samtidige psykiske helseutfordringer som oppnår bedre skår på samlet funksjonsnivå i Brukerplan.
- Økt andel brukere med fysiske helseutfordringer som oppnår bedre skår på samlet funksjonsnivå i Brukerplan.
- En klar nedgang i andelen personer med rusproblemer som skårer rødt på arbeid/utdanning/aktivitet i Brukerplan innen 2020.
- Flere rusavhengige som har boligproblemer, skal få et egnet sted å bo.

Individuell plan og koordinator

Tjenestetilbudene til mennesker med rus- og/eller psykiske problemer kan oppleves som fragmentert. For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har kommunen en plikt til å tilby koordinator. Disse brukerne har også en lovfestet rett til individuell plan (IP). Resultater fra Brukerplan-kartleggingen i 2013 viser at kun 13 pst. av over 11 000 kartlagte brukere hadde IP. Alle skal ikke ha en IP⁸, men det er rimelig å anta at flere personer med rusproblemer hadde hatt nytte av en IP. Evalueringen av tillitspersonforsøket⁹ viste at brukerne opplevde at faste kontaktpersoner bidro til å gjøre tjenestene mer tilgjengelige, bedre individuelt tilpasset og mer involverende. Brukerne som i utgangspunktet ikke kjente til retten til individuell plan (IP) eller som av ulike årsaker ikke ønsket å ha IP, fikk positive erfaringer og praktisk nytte av planarbeid gjennom forsøksperioden.

⁸ Helsedirektoratet (2008): Gjør det så enkelt som mulig. Tipshefte om individuell plan.

⁹ Rambøll Management (2011): Evaluering av tillitspersonforsøket. Sluttrapport. IS-0353.

Regjeringen vil bidra til å sikre at alle med rett til individuell plan gis tilbudet og/eller tilbud om oppfølging av koordinator, blant annet gjennom spredning av erfaringene fra tillitspersonforsøket og styrking av kommunenes frie inntekter.

3.4.2 Etablering og utvikling av samarbeidsmodeller og nye arbeidsmetoder

I tillegg til en satsing gjennom frie inntekter, vil det være behov for særskilte satsinger for å bygge opp eller prøve ut særskilte tiltak eller prosjekter. I regjeringserklæringen har regjeringen slått fast at det skal etableres flere mottaks- og oppfølgingscentre (MO-sentre) i de største byene. Videre er det behov for å satse mer på oppsøkende virksomhet for utsatte grupper, som personer med behov for sammensatte tjenester. Det er et mål at tjenestene, i større grad enn i dag, skal innrettes etter brukerne og pasientenes behov, og ikke med utgangspunkt i hvordan tjenestene er organisert. Dette krever mer nytenking og bedre samhandling. Målet er færre brudd i behandlingsforløpet og bedre oppfølgingstilbud.

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, har regjeringen slått fast at tverrfaglighet skal være det bærende prinsipp i tjenesteutformingen, og at det må etableres flere tverrfaglige team. Personer med rus- og psykiske problemer er avhengige av en tverrfaglig tilnærming til utformingen av tjenestene. Regjeringen vil derfor i planperioden stimulere til opprettelsen av nye modeller for samhandling og tverrfaglige team, både innad i kommunen, men også i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Mottaks- og oppfølgingscentre

Regjeringen vil stimulere til samordning av tjenester til personer med rusproblemer. Mottaks- og oppfølgingscentre (MO-sentre) er et eksempel på organisering av tjenester til personer med rusproblemer, som bidrar til bedre samordning. Det er i flere norske kommuner etablert ulike varianter av MO-sentre, men felles for alle er at de har som formål å sikre rask tilgang til hjelp og samle forskjellige tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten under samme tak, jf. Stoltenberg-utvalget.¹⁰ Tiltakene varierer fra de som tilbyr utdeling av brukerutstyr og lavterskel helsetiltak, til behandlingsforberedende tiltak for unge.

Behovet for å innrette tjenester og hjelpetiltak slik at den enkelte møter et sammenhengende,

¹⁰ Stoltenbergutvalget (2010): Rapport om narkotika.

helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud, er påpekt i flere dokumenter og rapporter, jf. kapittel 2. MO-sentre vil bidra til økt tilgjengelighet til hele tiltaksapparatet, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil i løpet av planperioden stimulere til etablering av flere MO-sentre.

Oppsøkende behandlingsteam

Aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen er en behandlingsform utviklet i USA på begynnelsen av 1970-tallet for å behandle mennesker med alvorlig psykisk lidelse i deres nærmiljø. Behandlingen er teambasert, flerfaglig og omfatter et bredt spekter av tjenester. I Norge er modellen implementert som et faglig og økonomisk samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at ACT-teamene kan levere både spesialisert helsehjelp og kommunale tjenester samtidig.

Resultatene fra evalueringen¹¹ av ACT-team er gode. Tjenestene treffer målgruppen godt. Nær 90 pst. av brukerne har schizofreni, schizotypi, paranoide lidelser eller bipolar lidelse og om lag 60 pst. av brukerne har i tillegg problemfylt bruk av ett eller flere rusmidler. Over 80 pst. av brukerne har vært innlagt i psykisk helsevern året før inntak i teamene. Etter 24 måneders oppfølging av ACT-team, finner evalueringen signifikant bedring på flere områder. Boforholdene for brukerne er markant bedret, og flere har stabil inntekt i form av uførestønad eller har kommet i arbeidsrettede tiltak eller utdanning. Antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten halveres, og antall liggedøgn på tvang reduseres ytterligere. For personer med mange innleggelser før inntak i ACT-teamene reduseres tvangsbruken med over 70 pst.

Når evalueringen i tillegg viser at brukerne, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere er fornøyde og har stor tro på modellen, må dette få betydning for hvordan tjenestene til disse brukergruppene organiseres, også flere steder enn der ACT-team er implementert i dag. Det er verken god pasientbehandling eller fornuftig ressursbruk at kommunale, sosiale og arbeidsrettede tiltak settes i gang først når pasienten er «ferdigbehandlet» i spesialisthelsetjenesten. I Norge har Helsedirektoratet stimulert til etablering av ACT-team, og fleksible ACT-team (FACT).

I Innst. 11 S (2014–2015) uttaler en samlet helse- og omsorgskomite at det er viktig å få etablert en varig finansieringsmodell for oppsøkende behandlingsteam, der både kommunene og helseforetakene ansvarliggjøres.

Regjeringen vil arbeide videre med spørsmålet om videre implementering av aktivt oppsøkende behandlingsteam. Et av de sentrale suksesskriteriene for aktivt oppsøkende behandlingsteam er at teamene er etablert som et organisatorisk og økonomisk samarbeid mellom tjenestenivåene. Samtidig forutsetter ACT- og FACT-modellene et befolkningsgrunnlag, som gjør at det kun er grunnlag for å etablere team etter disse modellene i et mindretall av norske kommuner. Det vil derfor være behov for å se på hvordan man kan bruke de positive erfaringene fra disse organisasjonsformene også i kommuner og regioner med mer spredt befolkning.

Regjeringen vil i løpet av planperioden stimulere til etablering av flere flerfaglige, oppsøkende behandlingsteam, blant annet etter modell av ACT-team.

Lavterskel substitusjonsbehandling og helsetiltak

Det er de senere årene blitt etablert flere tiltak som tilbyr lavterskel substitusjonsbehandling og/eller helsetiltak. Bakgrunnen er behovet for å fange opp flere for å redusere helseskade og overdoser, samt fange opp personer som antas å dra nytte av substitusjonsbehandling. I tillegg kan denne typen lavterskeltiltak bidra til at brukerne oppretter kontakt med helse- og omsorgstjenestene, slik at de kan stabiliseres i en periode for avklaring av om LAR eller andre behandlingsformer er aktuelt¹².

Et eksempel på lavterskel substitusjonsbehandlingstiltak er LASSO-prosjektet i Oslo (legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo). LASSO er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune overfor de mest hjelpetrengende rusavhengige, hvor hovedformålet er å redusere risiko for helseskade forårsaket av injeksjon av opioider. Videre er målsettingen at LASSO skal redusere risiko for overstadig rusbruk og overdosedødsfall og gi mulighet for utredning og behandling av sykdom slik at deltakerne får en bedre fysisk og psykisk helsesituasjon.

Gatehospitalet i regi av Frelsesarmeen i Oslo er et annet eksempel på et lavterskel helse- og

¹¹ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) (2014): Utprøving av ACT i Norge, hva viser resultatene?

¹² Seraf (2014): Statusrapport for LAR 2013. Seraf-rapport 1/2014.

omsorgstilbud til rusavhengige med omfattende hjelpebehov. Ved Gatehospitalet tilbys det medisinsk døgnpleie ved langvarig sykdom som ikke trenger sykehusinnleggelse, ved underernæring og fysiske utmattelse.

Regjeringen vil gjennom særskilte midler stimulere til at det blir opprettet flere lavterskel tiltak i de største byene, både lavterskelsubstitusjonsbehandling etter modell av LASSO i Oslo og andre tilbud etter modell av Gatehospitalet.

Andre skadereduserende tiltak

For de fleste vil det ideelle og langsiktige målet være rusfrihet. Samtidig er det slik at ikke alle er motiverte til, eller ønsker å slutte. Det er derfor viktig at det settes realistiske mål for den enkelte, og at alle som trenger det og ønsker det, får hjelp, uavhengig av om de ønsker å slutte med rusmidler eller ei. Velfungerende lavterskel helsetiltak eller andre skadereduserende tiltak vil kunne bidra til økt verdighet og livskvalitet for personer med et aktivt rusproblem, samtidig som det vil kunne virke positivt inn på brukernes motivasjon til å gjøre noe med selve avhengigheten på sikt. Det finnes i dag flere eksempler på denne typen tiltak, fra lavterskel tiltak og væresteder, til institusjonstjenester som Stokka- og Stovnerskogen sykehjem. Et sentralt mål for regjeringen er at alle møter et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenestetilbud.

Psykologer i kommunene

Regjeringen vil lovfeste kommuners plikt til å ha psykologkompetanse, og tar sikte på å innføre en slik plikt fra 2020. Frem til da skal det etableres et nytt rekrutteringstilskudd, som gir økt forutsigbarhet og mindre byråkratisk rapportering for kommunene. Tilskuddsbeløpet settes til 300 000 kroner per årsverk per år, inntil lovplikten trer i kraft. Regjeringens forslag til statsbudsjett gir dermed rom for inntil 150 nye psykologårsverk i 2016. Det har vært en markant økning i antall psykologer i kommunene og det legges opp til at denne utviklingen kan fortsette og styrkes.

Medikamentell behandling av alkoholproblemer

Skadelig bruk av alkohol ga ifølge Verdens helseorganisasjon opphav til 3,3 mill. dødsfall i 2012¹³. Samtidig vet vi at alkohol er forbundet med en

rekke alvorlige sosiale problemer, herunder vold, sykefravær i arbeidslivet mv. Det finnes flere legemidler på markedet i dag, men disse tas i liten grad i bruk i behandlingen av alkoholproblemer¹⁴. I følge Bramness¹⁵, skyldes manglende bruk av medikamenter i behandlingen blant annet uvitenhet og skepsis blant behandlere, samtidig som det er bred enighet internasjonalt om at det for noen er effektivt å bruke medikamenter i kombinasjon med annen terapi for alkoholproblemer. Regjeringen vil derfor vurdere tiltak for økt bruk av medikamentell behandling av alkoholproblemer.

I Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen har regjeringen foreslått å oppheve legemiddelforskriften § 14-14 første ledd bokstav a (rusavhengighet). Forslaget innebærer ikke endringer i finansieringen av LAR, men innebærer at legemidler til behandling av alkoholproblemer kan vurderes for refusjon på blå resept på lik linje som annen forebyggende behandling som i dag dekkes gjennom blåreseptordningen. Dette vil kunne gjøre legemidler som kan brukes i behandling av alkoholproblemer mer tilgjengelige for pasientene.

3.4.3 Pårørende

Regjeringen vil føre en politikk som bidrar til at pårørende av personer med rus- og psykiske problemer blir tatt vare på og får nødvendig avlastning, støtte, informasjon og faglig veiledning. Det er samtidig viktig å anerkjenne pårørende som en viktig ressurs både for brukeren og for helse- og omsorgstjenestene.

Voksne pårørende utfører betydelige omsorgsoppgaver, og familie og pårørende utgjør en sentral del av samfunnets totale omsorgsressurs. Det er anslått at innsatsen fra pårørende i helse- og omsorgssektoren nesten er på størrelse med den offentlige innsatsen, målt i antall årsverk i omsorgstjenesten¹⁶. Det er viktig at tjenestene på et tidlig tidspunkt i behandlingen kartlegger, samarbeider med og involverer pårørende. Pårørende kjenner historien til brukeren og de kan derfor gi tjenesteapparatet viktig informasjon om brukeren. I flere utredninger er det pekt på at samspillet med pårørende er mangelfullt og ofte tilfeldig. Tiltak som anerkjenner og verdsetter pårørendes innsats og kompetanse, og som støttes av kommu-

¹³ WHO (2014): Global status report on alcohol and health 2014.

¹⁴ Jakobsen, S. E. (2014): Piller kan slukke suget etter alkohol. www.forskning.no.

¹⁵ Bramness, J. (2013): Medikamentell hjelp til alkoholproblemer. Blogginlegg på www.uio.no Publisert 18. mars 2013.

¹⁶ Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

nene gjennom avlastning, opplærings- og veiledningstilbud er etterspurt. Pårørendes kompetanse, som er opparbeidet gjennom omsorgsinnsett og samhandling med ulike instanser, deltakelse i likemannsarbeid og kurs og veiledning for pårørende, og ikke minst gjennom lang erfaring med hvordan ulike tjenestetilbud virker inn på den som har tjenestebehovet, er en kompetanse som tjenesteapparatet må vite å verdsette og benytte.

Samtidig er det viktig å ta hensyn til behovene pårørende har. På grunn av ulike belastninger står familie og pårørende i fare for å utvikle egen helseproblemer. Mange lever med store emosjonelle belastninger, praktiske, sosiale og økonomiske utfordringer, og noen har også påtatt seg krevende omsorgsoppgaver som følge av barns, ektefellers eller foreldres rusmisbruk. De neste tiårene er det grunn til å forvente at det blir knapphet både på fagutdannet personell og frivillige omsorgsytere. Tiltak for å styrke og bevare pårørendeomsorgen vil derfor kunne få stor samfunnsmessig betydning. Sett fra et samfunnsperspektiv er det en utfordring at mange omsorgsgivere blir syke i perioder, fordi omsorgsbyrden er for stor. Konsekvensen kan bli uførhet eller langvarig arbeidsledighet. Målet er derfor å ha et godt støtteapparat for de pårørende, og å bygge opp ordninger som støtter opp om pårørendeomsorg, og som gjør det mulig for pårørende å kombinere omsorgsoppgaver med deltakelse i samfunns- og arbeidsliv.

Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020

Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020, som er beskrevet i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, skal bidra til å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Målet er å legge til rette for at pårørendeomsorgen kan opprettholdes på dagens nivå, og gjøre det enklere for pårørende å kombinere omsorg med deltakelse i yrkes- og samfunnsliv. Pårørendeprogrammet legger vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende. Det dreier seg blant annet om fleksible avlastningsordninger, pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning, samspill og samarbeid, samt forskning og utvikling.

Som et ledd i pårørendeprogrammet har Helsedirektoratet etablert en tilskuddsordning med mål om å utvikle kommunale modeller som bedrer samspillet mellom pårørende og de kom-

munale helse- og omsorgstjenestene. 21 kommuner deltar i dette arbeidet. Erfaringer fra arbeidet skal brukes i Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide en overordnet pårørendeveileder for kommunene, på tvers av alle pårørendegrupper. Opplæringstiltak rettet mot spesielle målgrupper planlegges i oppfølgingen av veilederen. Høsten 2015 sendte Helse- og omsorgsdepartementet på høring et forslag om styrket pårørendestøtte i helse- og omsorgstjenesteloven.

Manglende nettverk

Som det framgår over er pårørende i mange tilfeller en ressurs for den enkelte i sin rehabiliteringsprosess. Samtidig er det slik at ikke alle har pårørende, eller ønsker bistand fra sine pårørende. Det er derfor viktig at tjenestene innrettes på en slik måte at de ikke forutsetter tilsyn og hjelp fra pårørende. Videre er det viktig at tjenestene er bevisst på hvorvidt en bruker har et nettverk rundt seg eller ikke, ved utmåling og tildeling av tjenester til personer med rusproblemer.

For personer som er i ferd med å etablere seg etter endt behandling er behovet for nettverk spesielt viktig. Som det framgår av kapittel 3.5.2 er manglende nettverk en av flere faktorer som både leder til, opprettholder og forsterker rus- og psykiske problemer. Det er behov for å styrke tilbud som kan bidra til en meningsfull hverdag, fremme mestringsevne og sosial inkludering. For nærmere omtale se, kapittel 3.5.2.

Barn som pårørende

Mange barn er også pårørende. Barn som pårørende skal ivaretas ut fra sine egne behov – og er et ansvar for både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Når det er grunn til å tro at barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, skal alle ansatte (uavhengig av sektor), uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste (Helsepersonelloven § 33). Det er kjent at barn som pårørende til mennesker med rusproblemer har utvidet risiko for å få psykiske vansker^{17 18}. I 2013 ble det igangsatt en levekårsundersøkelse for barn som pårørende til mennesker med rusproblemer, som også inkluderer voksne pårørende til personer med rusproblemer. Det

¹⁷ Velleman, R. & Orford, J. (1999): Risk and Resilience: Adults who were the Children of Problem Drinkers. London: Harwood.

¹⁸ Lindgaard, H. (2002): Voksne børn fra familier med alkoholproblemer – mestring og modstandsdygtighed? Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

pågår videre en stor barn som pårørende-studie om barns/familiens situasjon i forbindelse med psykisk sykdom, rusproblem eller alvorlig somatisk sykdom. Studien gjennomføres ved fem ulike sykehus i Norge. Resultatene fra levekårsundersøkelsen og den store barn som pårørende-studien publiseres i løpet av 2015 og vil danne grunnlag for å utvikle tiltak.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a at helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, i nødvendig utstrekning skal ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Selv om det ikke er nødvendig å opprette en egen stilling for å ivareta denne funksjonen, vil helseinstitusjonene ha plikt til å ha tilstrekkelig med personell som kan ivareta denne funksjonen når behovet oppstår. I følge helsepersonelloven § 10 a, har helsepersonell plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Helsepersonell skal bidra til å dekke behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre.

Selv om kommunene ikke er pålagt å ha barneansvarlig personell, gjelder likevel plikten etter helsepersonelloven § 10 a til å ivareta barn som pårørende på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell som driver privat praksis har også ansvar for å ivareta barn av pasienter med psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, men har ikke plikt til å utnevne barneansvarlig personell. I mange tilfeller vil dessuten pasienter samtidig ha kontakt med både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samhandling mellom forskjellige offentlige tjenester kan ha mye å si for at behovene til barn som pårørende blir håndtert på en god måte. Dagens barneansvarlige personell innenfor spesialisthelsetjenesten kan bidra til å etablere godt samarbeid mellom instanser, både innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I forbindelse med utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og overføring til de kommunale helse- og

omsorgstjenestene, er det å etablere godt samarbeid spesielt viktig.

Regjeringen vil i løpet av planperioden vurdere om helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal ha barneansvarlig personell og om en slik plikt bør innføres.

Nasjonale kvalitetsindikatorer for arbeid med pårørende og barn som pårørende

Det er behov for å synliggjøre i hvilken utstrekning tjenestene arbeider med å inkludere pårørende og barn som pårørende. Regjeringen vil vurdere om det bør etableres nasjonale kvalitetsindikatorer for arbeidet med pårørende og barn som pårørende. Etablering av kvalitetsindikatorer vil kunne bidra til både å øke bevisstheten om nytteverdien av å trekke med pårørende i et behandlingsforløp, men også til å si noe om kvaliteten på tjenestene.

Familiemelding

Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om familiepolitikken i løpet av 2016. Familiemeldingen skal beskrive dagens familiemangfold, samt identifisere og drøfte utfordringer enkelte familier møter. Meldingen skal gi retning for en samlet offentlig politikk på de viktigste områder som berører familiene. Regjeringen vil styrke sikkerhetsnettet når familien svikter, og vektlegge forebyggende arbeid og tidlig innsats for å sikre gode oppvekstvilkår for barna. Et mål er også å bidra til konfliktløsning, kvalifisert hjelp og behandling, der foreldre sliter med høyt konfliktnivå og vold. Samtidig vil regjeringen legge til rette for familiers frihet til å ivareta sine kjerneoppgaver på best mulig måte.

3.4.4 Frivillige og ideelle

Frivillige og ideelle organisasjoner har historisk vært viktige pådrivere på rusfeltet, og spiller fortsatt en sentral rolle innen forebygging og det samlede tilbudet til rusmiddelavhengige. Det framgår av regjeringsplattformen at regjeringen vil skape større rom for private, lokale og frivillige initiativ. Bidraget fra ideell og frivillig sektor både er og har vært avgjørende for utviklingen av norsk rusmiddelpolitikk og tjenester til personer med rusproblemer. Dette er kompetanse, erfaringer og tjenester vi må sikre. Hovedinnsatsen i denne planen er rettet mot kommunene, og (videre)utvikling av frivillighetsfeltet bør ses i denne sammenheng.

Som et ledd i dette arbeidet har regjeringen i samarbeid med KS og Frivillighet Norge utarbeidet en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet, som også omhandler rusfeltet. Strategien skal bidra til å redusere ensomhet, beholde og rekruttere flere til frivillig sektor og styrke systematisk samarbeid mellom kommunene og frivillige aktører. En sentral målsetting for opptrappingsplanen er å gi brukerne bedre tjenester lokalt, med en stabil bosituasjon og gode oppfølgings- og rehabiliteringstjenester. Regjeringen mener at det er i dette rommet frivillighetsfeltet spiller en helt sentral rolle, gjennom å tilby aktivitets- og nettverkstiltak, som supplerer og understøtter den offentlige innsatsen.

Frivillige og ideelle organisasjoner er sentrale aktører på rusfeltet, både innen forebyggende arbeid og innen tjenestetilbud. I mange tilfeller yter ideelle tilbydere tjenester som kommunene har en lovpålagt plikt til å utføre etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Flere av tjenestetilbudene har også grenseflater mot NAV og spesialisthelsetjenesten.

Dette er uproblematisk i tilfeller hvor dette skjer gjennom kontrakter mellom organisasjonene og kommunene. De statlige stimuleringsmidlene til ideelle og frivillige på rusfeltet har imidlertid et økonomisk tyngdepunkt mot de institusjonsbaserte tjenestene og institusjonene har en begrenset geografisk spredning. Regjeringen vil i samarbeid med partene gjennomgå tilskuddsordninger til frivillige og ideelle organisasjoner på tjenestefeltet med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler i tråd med gjeldende regelverk.

3.4.5 Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Det er et mål at tilgjengeligheten til tjenestene skal øke og at man i større grad skal se psykiske lidelser og rusavhengighet i sammenheng. Videre er det viktig at private og offentlige tjenester trekkes tettere sammen i utviklingen av det samlede og helhetlige behandlingstilbudet for rusavhengige og for å styrke den faglige utviklingen. I dette ligger blant annet behov for å knytte de offentlige og private tjenesteyterne tettere opp mot felles forskning, fagutvikling og i felles planarbeid. For å sikre dette skal strukturen til de distriktspsykiatriske sentrene (DPS) legges til grunn som nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus og avhengighetslidelser der lokale forhold tilsier det.

Regjeringen ønsker økt mangfold i behandlingstilbudene til rusavhengige, og har økt ram-

mene til de regionale helseforetakene til kjøp av om lag 200 nye døgnplasser. Det har blant annet vært en forutsetning at plassene skal bidra til økt kapasitet innen langtidsbehandling, at det skal være tilbud i alle helseregionene om behandlingsplasser der rusfrihet er et mål i behandlingen og at alle helseregionene skal ha tilgjengelig plasser innen behandlingsmetoden terapeutiske samfunn.

Regjeringen ønsker å sikre tilbud om LAR-frie behandlingsplasser i alle helseregioner. Dette vil være viktig for de pasienter som opplever vansker med å være på samme institusjon med pasienter som er i LAR. For å sikre mangfold slik at alle rusavhengige mottar best mulig behandlingstilbud tilpasset de behov den enkelte har, vil de regionale helseforetakene derfor sørge for at det også for framtiden er behandlingstilbud ved LAR-frie behandlingstilbud.

Det er viktig å utvikle behandlings- og oppfølgingstilbud til grupper som i dag mangler et adekvat tilbud, som barn og unge, eldre og spillavhengige. Mange unge mangler i dag et tilbud tilpasset deres behov og problemer. Egne tilbud innen TSB, spesielt rettet inn mot de yngste, vil bli utviklet. Blant annet vil det bli vurdert om det er behov for etablering av TSBung. Videre har mange rusavhengige en oppvekst og/eller er i miljøer med utbredt utøvelse av vold. Det vil derfor være behov for å vurdere og styrke kompetansen og oppmerksomheten rundt vold og traumer innen TSB. I tillegg er det nødvendig å styrke behandlingsskapasiteten til et voksende antall eldre med rusproblemer.

Mange innsatte har til dels omfattende psykiske lidelser og mange er rusavhengige. Dette fremgår av Cramer-rapporten¹⁹. Det vil derfor være behov for å styrke det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern og TSB for innsatte.

Videre vil regjeringen innføre en ordning med pakkeforløp innen tverrfaglig spesialisert behandling etter mal av pakkeforløp innen kreft. En slik ordning vil bidra til at rusavhengige får en helhetlig utredning, får hjelp når de trenger det og til at det er kontinuitet i tjenestene, uten at pasienten må vente på videre behandling eller oppfølging. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide en nærmere plan for gjennomføring av en ordning med pakkeforløp.

Årsrapporten fra Norsk pasientregister for 2014 viser at gjennomsnittlig ventetid for TSB har gått ned 20 dager fra 2010 til 2014, og var 55 dager ved utgangen av 2014. Fortsatt er det mange som

¹⁹ Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (2014): «Cramer-rapporten»

venter lenge på å komme i behandling, noe som også pasientundersøkelsen fra november 2014 ved døgninstitusjoner kunne bekrefte. For å sikre rask oppfølging av rusavhengige vil det bli vurdert en 24-timers behandlingsgaranti, der det sikres at ruspasienter får time til poliklinisk eller annen behandling etter avrusning.

Gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg, økt døgnkapasitet og økt poliklinisk aktivitet vil det totale tilbudet til rusavhengige være betydelig styrket i 2016. Videre oppfølging vil bli fulgt opp i de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

De behandlingstilbudene som tilbys samiske personer med rusproblemer er i dag stort sett de samme som for befolkningen for øvrig, med unntak av Finnmarksklinikken og Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) og Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (Sanks) ved Finnmarkssykehuset HF, hvor det er tilgang på personell med samisk språk- og kulturkompetanse. I 2014 ble Sanks godkjent som nasjonal kompetansetjeneste innen psykisk helsevern og også TSB. Videre er det etter en omorganisering i Finnmarkssykehuset HF etablert en Samisk Helsepark, der Sanks tilbyr rusbehandling for samiske pasienter fra hele landet og vil kunne bidra til å sikre et helhetlig pasientforløp i overgangen mellom ulike helsetjenester. Kompetansen som utvikles i Samisk Helsepark vil komme kommunehelsetjenesten til gode gjennom veiledning og ambulerende av fagfolkene ut til kommunene.

Fritt behandlingsvalg

Over 50 pst. av den samlede døgnkapasiteten innen TSB ytes i dag av private institusjoner – i det alt vesentlige ideelle virksomheter. Samtidig er det private med avtale som har ledig tilleggskapasitet eller private som ikke har noen avtale med de regionale helseforetakene, men som har ledig kapasitet. Mange pasienter må vente for lenge på oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten. Ordningen med fritt behandlingsvalg skal redusere ventetidene, øke valgfriheten og mangfoldet i tjenestene som tilbys, og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Fritt behandlingsvalg åpner for at flere private kan tilby sine tjenester og derved sikre et større mangfold i tjenestetilbudene. Ordningen ble innført i 2015 innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern, samt på noen områder innen somatikken. Det vil være Helsedirektoratet ved Helfo som vil administrere ordningen og vurde-

ringer av søknader for godkjenning fra de institusjoner som måtte ønske å delta i ordningen.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Helsedirektoratet har startet arbeidet med å revidere dagens nasjonale retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det videre arbeidet skal legge vekt på å styrke brukerverkningen i LAR, nye medikamenter som kan inngå i LAR skal vurderes og det skal etableres gode og sikre ordninger for de som ønsker nedtrapping/avslutning av LAR. LAR skal fortsatt være et viktig behandlingstilbud til opiatavhengige, som et integrert tilbud med øvrige deler av tjenesteapparatet, så lenge den enkelte LAR-pasient har behov for det. Samtidig skal det legges til rette for at de rusavhengige som er inkludert i LAR, men som ønsker en nedtrapping eller avslutning av den medikamentelle behandlingen, får hjelp til dette. En forutsetning for dette må være at nedtrappingen/ avslutningen gjennomføres på en forsvarlig måte.

I tillegg er det et mål for regjeringen å styrke oppfølgingen av den enkelte LAR-pasient og de hjelpetiltak som den enkelte er avhengig av å få for å kunne mestre eget liv, jf. omtalen under kapittel 3.4.1.

Kort vei inn igjen

Det er en kjent problemstilling og en utfordring for tjenesteytere innen tverrfaglig spesialisert behandling at en betydelig andel pasienter selv avbryter (drop-out) et påbegynt behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten.

I løpet av første halvår av 2016 vil Helsedirektoratet ha sluttført sitt arbeid med nasjonale retningslinjer for alle deler av tverrfaglig spesialisert behandling. Disse retningslinjene vil også omhandle hvordan tjenestene bør forholde seg til denne tematikken for å redusere drop-out og legge til rette for raskt re-inntak. Det er også etablert egne drop-out team i alle helseregioner for å bidra til å redusere brudd i behandlingen. I tillegg er det behov for å utvide ordningen med brukerstyrte plasser, jf. omtale i kapittel 3.5.

Overdoser

På bakgrunn av et stabilt høyt antall overdoser og overdosedødsfall i Norge, har Helsedirektoratet fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre den nasjonale overdosestrategien 2014–2017. Målet er en årlig nedgang i antallet dødsfall med en langsiktig nullvisjon. Det vil

kreve betydelig målrettet innsats i mange år ut over strategiperioden for å nå dette målet. Strategien blir evaluert av Sirius.

I 2014 ble det etablert et prøveprosjekt med bruk av Nalokson neseppray i Oslo og Bergen ved overdoser. Fra juni 2014 til juni 2015 er det i alt delt ut over 1 000 slike nesepprayer og de er benyttet ved over 200 overdoser. Det er grunn til å tro at dette tiltaket allerede har reddet liv.

Regjeringen vil vurdere behovet for tiltak innen den nasjonale overdosestrategien, herunder vurdere å utvide prosjektet med Nalokson neseppray til flere byer.

Finansieringsordninger

Helsedirektoratet har i 2015 fått i oppdrag å gjennomgå finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten med sikte på å identifisere mulige utviklingsbehov. Direktoratet ble særlig bedt om å vurdere ambulante tjenester, digital samhandling og samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten.

I tillegg har Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet en mulig omlegging fra takster til innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling. Det gjeldende takstsystemet innenfor poliklinisk psykisk helsevern og rus har flere svakheter. Takstsystemet stimulerer til aktivitet, men samtidig er en stor andel av inntektene knyttet til antall årsverk – uavhengig av aktivitet. Takstene er ikke fastsatt med bakgrunn i faktiske kostnadsdata – noe aktivitet er underfinansiert, mens noe er overfinansiert. Takstkodene gir liten medisinsk informasjon som kan brukes i planlegging og virksomhetsstyring. Utredningen viser at det er mulig og ønskelig å gjennomføre en slik omlegging fra 1. januar 2017.

For at aktivitetsbasert finansiering i større grad skal fange opp relevante aktivitetsformer, vil det med virkning fra 1. januar 2016 foretas en utvidelse av regelverket knyttet til polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utvidelsen vil ta høyde for visse typer nettbaserte behandlingstilbud og ambulant virksomhet, herunder teambaserte løsninger. En slik endring vil i større grad møte utfordringene med finansiering av oppsøkende behandlingsteam som ACT og FACT, hvor det ofte kan være utfordrende å opprette og opprettholde kontakt med pasienter, og hvor det i perioder er behov for svært hyppig kontakt mellom team og pasient.

I 2010 fikk de regionale helseforetakene ansvaret for å dekke legemiddelkostnadene for LAR-

medikamenter. Fra 2014 fikk de også det økonomiske ansvaret for å dekke kostnadene ved utlevering av LAR-medikamenter. I 2014 var det noe over 50 pst. av alle LAR-pasienter som hentet sine medikamenter på apotek. For å kunne få bedre kontroll med utleveringskostnadene fra apotek og tilgjengeligheten til LAR-medikamentene for berørte pasienter, vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere grunnlaget for en nasjonal godtgjørelse for utlevering av LAR-medikamenter fra apotek.

Kommunereform – kommunal drift av distriktspsykiatriske sentre (DPS)

Helsedirektoratet fikk i desember 2014 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede en prøveordning med kommunal drift av DPS. I prøveordningen skal det innhentes erfaringer fra at større kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet. Målet med prøveordningen er å yte mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. DPS er spesialisthelsetjeneste og det lovbestemte sørgefor ansvaret skal forbli i RHF også i prøveordningen. I prøveperioden skal det lages avtale mellom kommune og RHF om driften. Det/de DPS som skal ønsker å være med i forsøket skal gi tilbud til rusavhengige og personer med psykiske lidelser.

3.4.6 Somatisk og psykisk helse

Som det fremgår av kapittel 2 er det en nær sammenheng mellom bruk av rusmidler og somatisk helseskade, og omfanget av helseskade øker med økt rusmiddelkonsum. I hvilken grad personer med rusproblemer blir utredet for og mottar behandling for sine somatiske helseproblemer er ikke kartlagt. Det er også grunn til å stille spørsmål ved om det systematisk blir undersøkt eventuell årsakssammenheng mellom bruk av rusmidler og somatiske lidelser og (gjentatte) akutte skader. Helsedirektoratet antar imidlertid at dette bare skjer i begrenset omfang. Ubehandlet somatisk sykdom kan skape mange utilsiktede konsekvenser og kan være en årsak til tilbakefall til skadelig rusmiddelbruk.

Tilsvarende vet vi at mennesker med psykisk sykdom har høyere forekomst av rusproblemer enn befolkningen for øvrig, og mennesker med rusproblemer har høyere forekomst av psykiske helseproblemer enn resten av befolkningen^{20 21}.

²⁰ Folkehelseinstituttet (2014): Folkehelse rapporten 2014 – Helsetilstanden i Norge. Oslo, FHI.

Det er en betydelig overdødelighet blant pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. En stor andel av den økte dødeligheten er knyttet til somatisk sykdom både ved økt forekomst, men også ved mangelfull oppfølging. Det er behov for en mer systematisk tilnærming til forebygging av livsstilssykdommer, behandling og oppfølging for somatisk sykdom i denne pasientgruppen.

Regjeringen varslet i primærhelsetjenestemeldingen at det er behov for en mer flerfaglig og strukturert oppfølging av brukere med sammensatte behov. Dette omfatter også mennesker med omfattende rusproblemer og andre samtidige helseutfordringer. En slik endring forutsetter både en styrking av kompetansen i tjenestene, og en endring i arbeidsdelingen mellom ulike tjenester. Regjeringen vil bidra til å legge til rette for samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester, og også til utprøving av flerfaglige team jf. kapittel 3.4.2.

Personer med alvorlige psykiske lidelser har økt forekomst av somatiske sykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, overvekt og metabolsk syndrom. Disse livsstilssykdommene og tilstandene medfører mersykkelighet og bidrar sterkt til økt mortalitet.

Individuelt tilpasset fysisk aktivitet er viktig i behandling av en rekke sykdommer og tilstander, samt i rehabilitering etter sykdom eller skader. Det er god dokumentasjon for at fysisk aktivitet, friluftsliv og naturkontakt kan være viktig både i forebygging og behandling av ulike psykiske lidelser, som depresjon og angst. Helsemyndighetenes anbefalinger om fysisk aktivitet er at voksne og eldre bør være fysisk aktive minst 150 minutter hver uke. Godt voksne og eldre anbefales å utføre aktiviteter som styrker musklene minst to ganger i uken. Videre anbefales det å redusere tiden i ro og at lange perioder med ro stykkes opp med avbrekk med lett aktivitet. Fysisk inaktivitet og stillesitting er i seg selv en risikofaktor for sykdom og helseplager.

Mennesker med psykisk sykdom er mindre fysisk aktive og ofte i dårligere fysisk form enn resten av befolkningen. Det er flere årsaker til dette, bl.a. bivirkninger av medisiner, fysiske helseproblemer og manglende støtte. Manglende motivasjon er rapportert som en viktig barriere av både helsepersonell og pasienter. Undersøkelser viser at mennesker som er under langvarig

behandling på institusjon for psykisk sykdom, er i dårligere fysisk form etter endt behandling enn ved innleggelse. De danske faglige retningslinjene for behandling av pasienter med psykiske lidelser, tilrår at fysisk aktivitet integreres som et systematisk tilbud i behandlingen og at innlagte pasienter skal tilbys fysisk aktivitet av moderat intensitet minimum 30 minutter daglig. I Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, varsler regjeringen at det skal legges mer vekt på bruk av fysisk aktivitet i primær- og sekundærforebygging, og i behandling og rehabilitering. Der det er tilstrekkelig kunnskap, skal det arbeides for at fysisk aktivitet inngår i relevante faglige retningslinjer for forebygging, behandling og rehabilitering. Regjeringen vil legge til rette for økt vektlegging av fysisk aktivitet og ernæring i rusbehandling og innen psykisk helsevern.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring må følges opp i tjenestene, og dokumentasjon på ernæringsstatus og ernæringsplan må følge med pasienter med behov for det ved utskrivning. Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid for helse- og omsorgstjenesten, er et godt verktøy også for rusavhengige, både hva gjelder betydningen av gode måltidsvaner/døgnrytme og praktisk oppfølging og ernæring som del av behandling. Individuelt tilrettelagt opplæring i gradvis å kunne ta ansvar for eget kosthold vil være et viktig element i rusbehandling.

3.4.7 Vold og traumer

Helse- og omsorgspersonell som møter mennesker med rusproblemer, må ha kompetanse om vold og traumer. Vold bør i større grad tematiseres i grunn- og videreutdanninger for relevante profesjoner og faggrupper, samt i kompetanseutviklingstiltak for ansatte i rusfeltet. Som oppfølging av tiltaksplanen En god barndom varer livet ut (2014–2017) er det derfor igangsatt tiltak for å få kunnskap og kompetanse om vold og seksuelle overgrep inn i profesjonsutdanningene. Som oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd har Universitets- og høyskolerådet, på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet, utredet hva som bør være felles innhold i alle helse- og sosialfagutdanningene. I rapporten foreslås felles læringsutbytte i rus og vold i nære relasjoner for alle helse- og sosialfagutdanningene. Rapporten er formidlet til alle helse- og sosialfagutdanningene og vil med stor sannsynlighet bli brukt i utviklingen av studieprogrammene.

²¹ Nesvåg R m. fl. (2015): Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50(8):1267–1276.

Kompetanseoppbygging i tjenestene bør skje i samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. I forebygging av alkoholrelaterte problemer, bør også voldsrelaterte konsekvenser tematiseres. Kompetanseutviklingen bør søke å styrke det miljøterapeutiske arbeidet med voldsproblematikk.

Viktigheten av avdekking og behandling av eventuelle volds-/traumeerfaringer bør tydeliggjøres i utarbeidelse av relevante retningslinjer og veiledere på rusfeltet og for psykisk helsearbeid/psykisk helsevern.

For å vurdere effekten av en integrert behandling av vold og rus, vil det være nyttig å sammenligne effekten av slik behandling med rusbehandling uten fokus på voldsproblematikk.

På nasjonalt nivå kjenner man ikke til i hvilken grad tjenestene rutinemessige foretar kartlegging av voldsproblemer og volds-/traumeerfaringer ved inntak til rusbehandling og eventuelt senere i behandlingen. Det er behov for nærmere kunnskap om omfanget av voldsutsatthet eller voldsutøvelse hos pasienter i rusbehandling. Det vil i løpet av 2015 bli igangsatt et arbeid med å vurdere om en bør tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Krisesentertilbudet til utsatte grupper

Gjennom krisesenterloven, som trådte i kraft i 2010, er kommunene pålagt å gi personer utsatt for vold i nære relasjoner et krisesentertilbud uavhengig av om brukerne også har rusproblemer eller psykiske helseutfordringer. Kommunene kan velge om de ønsker å bruke eksisterende krisesentertilbud eller finne andre løsninger innenfor de øvrige kommunale tjenestene. En evaluering av krisesentertilbudet viser at voldsutsatte som har problemer knyttet til rus og psykisk helse, voldsutsatte med funksjonsnedsettelse og voldsutsatte menn og deres barn ikke får et godt nok tilbud i mange kommuner.

Flere kommuner har ikke etablert et tilbud til voldsutsatte med rus- og/eller alvorlige psykiske problemer, som ofte ikke kan få opphold på krisesentrene av hensyn til andre beboere og barn på sentrene. Det synes å herske stor usikkerhet blant fagfolk om hvor i systemet voldsutsatte med tilleggsproblematikk knyttet til rus og psykiatri hører hjemme. Disse funnene gir grunn til stor bekymring.

Det er derfor behov for at staten bistår kommunene i arbeidet med å møte utfordringene på dette feltet. Det er behov for utviklingsarbeid, for

å få fram gode modeller for kommunenes arbeid med voldsutsatte med tilleggsproblematikk. Regjeringen vil derfor gjennom en ny tilskuddsordning stimulere til igangsetting av utviklingsprosjekter for å styrke det kommunale krisesentertilbudet til voldsutsatte med tilleggsproblematikk. Hovedmålet med utviklingsprosjektene vil være å bidra til at kommunene gir voldsutsatte med tilleggsproblematikk et krisesentertilbud i tråd med kravene i loven, herunder utvikle organisatoriske modeller for krisesentertilbudet til utsatte grupper.

3.4.8 Alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer

Regjeringen mener det er viktig å utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner. Dette kan være en viktig faktor for å bidra til at personer med rusproblemer kan få et liv uten rus og kriminalitet. Dette vil i tillegg til forbedret livskvalitet for den enkelte kunne gi redusert tilbakefall til ny kriminalitet og mindre behov for straffegjennomføring på sikt.

Norsk narkotikapolitikk bygger på en balanse mellom forbud mot narkotika på den ene siden og hjelp til rusavhengige på den andre. Dette er også en avveining mellom hensyn til og tiltak på samfunnsnivå og hensynet til enkeltindividet. Begge forhold skal hensyntas samtidig. Utfordringen er å finne et balansepunkt som i tilstrekkelig grad ivaretar begge formål. Norge har ratifisert FNs tre narkotikakonvensjoner. Det utvilsomme utgangspunktet og formålet for disse er helse og velferd. Det legges også til grunn for norsk narkotikapolitikk.

Narkotikaprogram med domstolskontroll

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er en straffereaksjon for personer med rusproblemer som begår narkotikarelatert kriminalitet. Straffen er et alternativ til ubetinget fengsel for lovbrutere som ønsker å gjøre en innsats for å bryte et negativt handlingsmønster. Formålet med ND er å forebygge ny kriminalitet og fremme domfeltes rehabilitering gjennom blant annet samordning av de praktiske hjelpe- og behandlingstilbudene. Dette gjøres av et tverrfaglig team med deltakelse fra kriminalomsorgen, kommunale helse- og omsorgstjenester, utdanningssektoren og spesialisthelsetjenesten m.fl.

ND har siden 2006 fungert som en prøveordning i to byer, Oslo og Bergen. Oslo ND-senter mottok i 2014 14 dommer på totalt 17 år og 10

måneder betinget fengsel. I 2014 hadde Bergen ND-senter 10 dommer, som ville ha utgjort 11 års fengsel. Per 1. juni 2015 hadde Oslo ND-senter mottatt åtte dommer på totalt ni år og sju måneder betinget fengsel. Ved samme tidspunkt hadde Bergen ND-senter åtte dommer, som ville ha utgjort ti år og sju måneder fengsel. Oslo og Hordaland utgjorde til sammenligning 21,4 pst. av samlet belegg på samfunnsstraff av hele landet.

En evaluering gjennomført av Statens institutt for rusmiddelforskning²² viser positive effekter av ND i prøveordningen i Bergen og Oslo. De gode resultatene og behovet for å sikre rettslikhet taler for en nasjonal utvidelse av ordningen slik at alle som faller innunder målgruppen skal kunne bli idømt ND.

For å sikre nærhet til den straffedømte, foreslås det at oppgaven legges til friomsorgskontorene. Disse har lang erfaring med straffegjennomføring i samfunnet i tett samarbeid med forvaltningssamarbeidspartnere. Friomsorgskontorene må tilføres dedikerte ressurser for en tilfredsstillende gjennomføring. Det foreslås derfor at det etableres ND-koordinatorer ved friomsorgskontorene som fordeles etter tilgangen av saker og i geografisk nærhet til tingretter som vil ha domstolsoppfølging.

Det finnes 16 friomsorgskontorer i Norge. Disse skal etter forslaget i utgangspunktet alle kunne tilby ND. Kriminalomsorgen vil vurdere hvor mange stillinger som ND-koordinatorer som er aktuelt for hvert kontor, herunder mulige sammenslåinger i områder hvor målgruppen er forholdsvis liten og det er små avstander.

Det vil være behov for en nasjonal oppfølging av ordningen, både for å etablere forpliktende samarbeid lokalt, sørge for informasjon til domstol og påtale, og til gjennomføring av dommer. Den nasjonale oppfølgingen foreslås lagt til ND-sentrene i Bergen og Oslo, som styrkes for å bli nasjonale kompetansesentre. Disse sentrene vil kunne videreføre virksomheten i Oslo og Bergen, men også ha en sentral rolle i utrullingsprosessen, samt drive opplæring og oppfølging av de lokale ND-koordinatorer ved friomsorgskontorene. Det foreslås videre at disse sentrenes geografiske ansvarsområder utvides. Dette vil også kreve ekstra bemanning. Det foreslås å øke bemanningen ved kontorene i Bergen og Oslo.

En utvidelse av ND til å gjelde hele landet vil medføre at et større antall personer omfattes av ordningen. Permanent etablering og utvidelse av

ND forventes å bidra til en reduksjon i tilbakefall og en økning i livskvaliteten for en særlig tungt belastet gruppe. Evalueringen gjennomført av Sirius viser at deltakelse i ND har en tydelig positiv effekt utover det som er vanlig i rusbehandling generelt. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2013 var om lag 14 500 personer som ble siktet for narkotikakriminalitet og det samme antall for vinningskriminalitet, som også ofte kan være narkotikarelatert.

Helse- og omsorgstjenester i fengsel

En undersøkelse fra Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Sør-Øst viser at et stort antall innsatte har rus- og/eller psykiske problemer. Fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen rapporterer om begrenset tilgang for innsatte til spesialisthelsetjenester, både innen TSB og psykisk helsevern. Det er behov for å styrke helse- og omsorgstjenesten i fengslene for å kunne gi et bredere tilbud til det høye antallet innsatte med rusproblemer og psykiske lidelser.

I noen fengsler mottar innsatte polikliniske tjenester fra spesialisthelsetjenesten inne i fengslene, mens i andre fengsler må innsatte henvises til spesialisthelsetjenester utenfor fengsel. Fengslene har i liten grad mulighet for systematisk behandlingstilnærming for rusproblemer. En del innsatte vil ha bedre utbytte av individuelle behandlingstilbud enn av Stifinner-enheter og rusmestringsenheter.

Regjeringen vil styrke det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern i fengslene for å tilby tjenester innen både TSB og psykisk helsevern. Regjeringen vil også styrke primærhelse-tjenestetilbudet i fengslene.

Rusbehandling i fengsel

Per i dag er det to fengsler som har Stifinner-enheter og 13 fengsler som har rusmestringsenheter som gir rehabilitering og behandling til innsatte med rusproblemer. Kriminalomsorgen gir tilbakemelding om at de eksisterende tilbudene langt fra dekker innsattes behov for behandling. Regjeringen vil derfor vurdere nye tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling i fengsel etter Stifinnermodellen.

§ 12-straffegjennomføring

§ 12-straffegjennomføring innebærer at straffedømte gjennomfører straff i annen type institusjon

²² Sirius (2014): Narkotikaprogram med domstolskontroll – en oppfølgingsstudie av 115 av de første klientene. Sirius-rapport 4/2014.

enn fengsel. Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) har i 2014 utarbeidet en handlingsplan for økt bruk av § 12-straffegjennomføring. Hensikten er å øke kapasiteten i kriminalomsorgen og samtidig gi innsatte et bedre behandlings- og rehabiliteringsopplegg.

Regjeringen vil stimulere til økt bruk av § 12 straffegjennomføring i løpet av opptreppingsperioden.

Avrusning i fengsel

Regjeringen vil se nærmere på hvordan avrusningstilbudet for innsatte kan bedres. 65 pst. av domsinnsatte har rusproblemer ved innsettelsen, og behovet for avrusning er betydelig. Kriminalomsorgen har ikke kompetanse til å håndtere avrusning som ellers i samfunnet utføres av helsepersonell. Avrusningstilbudet for innsatte er i dag svært mangelfullt. Kriminalomsorgen region vest, Bjørgvin fengsel, Helse Bergen HF avdeling for rusmedisin og psykiatrisk divisjon og helse- og omsorgstjenesten i Bjørgvin fengsel har utarbeidet felles forslag til en slik avrusningsenhet – en pilot. Piloten ved Bjørgvin fengsel kan være grunnlag for en nasjonal ordning.

Regjeringen vil se særlig på hvordan avrusningstilbudet for innsatte kan styrkes. Det vil bli vurdert å igangsette en pilot ved Bjørgvin fengsel for å prøve ut en ny modell for avrusning hvor helsepersonellet gjennomfører avrusningstilbudet inne i fengselet.

Nye strafferettslige reaksjoner – ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

Ovenfor i kapittel 3.3.8 er de nye straffereaksjonene ungdomsstraff og ungdomsoppfølging omtalt. Ungdomsstraff er en straffart til bruk overfor lovbrutere som var mellom 15 og 18 år på handlingstidspunktet, og er et av flere lovtiltak som skal sikre en mer helhetlig, samordnet og individrettet oppfølging. Målet er ansvarliggjøring og rehabilitering av den enkelte unge lovbruter. Under gjennomføringen av ungdomsstraff skal sosial kontroll erstatte fengselets fysiske kontroll og gjennomføringen skal skje der ungdommen bor.

Reaksjonen ungdomsoppfølging, også for lovbrutere mellom 15 og 18 år på gjerningstidspunktet, er bygget opp etter mønster av ungdomsstraffen, men for mindre alvorlig kriminalitet. Den vil

sammen med ungdomsstraffen sikre en sammenhengende kjede av alternative strafferettslige reaksjoner for unge lovbrutere. Begge reaksjonene er forankret i konfliktrådet.

Ungdomsstraffen og ungdomsoppfølgingen er krevende, og reaksjonene vil kunne inneholde kontrolltiltak som setter rammer rundt den unge lovbruteren over et fastsatt tidsrom. Ungdomsstraff har en varighet fra seks måneder til to, unntaksvis tre år. Reaksjonen idømmes av domstolen, som også fastsetter gjennomføringstiden. Ungdomsoppfølging har en varighet på inntil ett år. Reaksjonen kan idømmes av domstolen som vilkår for en betinget dom eller ilegges av påtalemyndigheten ved overføring eller som vilkår for påtaleunntatelse. Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging krever samtykke både fra den unge lovbruteren selv og foresatte, og forutsetter aktiv medvirkning fra lovbruteren under oppfølgingen.

Ansaret for gjennomføringen av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging er lagt til konfliktrådene. Reaksjonene innledes med et ungdomsstormøte, der alle som er berørt av lovbruddet deltar, også aktuelle hjelpeinstanser. Deretter avtales en ungdomsplan med klare oppfølgingspunkter. Et individuelt tilpasset oppfølgingsteam etableres rundt den enkelte unge. Deres oppgave er å sikre at besluttede tiltak gjennomføres og å bistå med nødvendig støtte fra hjelpeapparatet. Ved ungdomsstraff er politi og kriminalomsorgen obligatoriske deltakere i oppfølgingsteamet.

Gjennom en slik sammensatt reaksjon skapes muligheter for ungdommen til å få hjelp til å komme bort fra en kriminell løpebane, gjennom å realisere rettigheter de allerede har krav på, men som de ikke har klart å nyttiggjøre seg. Dette vil bli mulig ved en helhetlig og samordnet innsats fra offentlige instanser og private nettverk. Oppfølgingsarbeidet ledes av en ungdomskoordinator.

Hittil er 45 unge dømt til ungdomsstraff, og 253 er dømt til eller ilagt ungdomsoppfølging. Det er for tidlig å si noe om tilbakefallsprosenten. Det er imidlertid igangsatt en følgeevaluering av reaksjonene, i regi av Nordlandsforskning, hvor målet er å få mer innsikt om gjennomføringen. Evalueringen er planlagt ferdigstilt høsten 2018. I oktober 2015 var det ingen barn som sonet i norske fengsler.

Boks 3.3 Regjeringen vil:

- Styrke kommunale tjenester til personer med rusproblemer gjennom vekst i frie inntekter.
- Åpne mottakssentre i de største byene.
- Øke antall oppsøkende behandlingsteam etter modell av ACT og FACT og lavterskeltiltak etter modell av Gatehospitalet.
- Etablere lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO i alle helseregioner innen 2020.
- Styrke behandlingsforberedende tiltak i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.
- Lovfeste plikt for kommunene til å ha psykologkompetanse, plikten vil tre i kraft tidligst i 2020.
- Vurdere å innføre plikt om at helse- og omsorgstjenesten i kommunen har barneansvarlig personell, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a.
- Vurdere å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for arbeid med pårørende og barn som pårørende.
- Gjennomgå tilskuddsordninger til frivillige og ideelle organisasjoner med sikte på en mer rettferdig og forutsigbar tildeling av midler i tråd med gjeldende regelverk.
- Innføre ordningen med fritt behandlingsvalg.
- Øke kapasiteten og redusere ventetiden til rusbehandling, blant annet til et voksende antall eldre med rusproblemer.
- Vurdere behandlings- og oppfølgingstilbud til grupper som i dag mangler et adekvat tilbud, som barn og unge, og spillavhengige, herunder vurdere etablering av TSBung.
- Innføre pakkeforløp for rusbehandling og psykisk helsevern innen 2020 etter mal av pakkeforløp for kreft.
- Vurdere effekten av integrert rus- og voldsbehandling, samt brukerens synspunkter på arbeid med volds- og traumeerfaringer i rusbehandling.
- Vurdere omfanget av volds- og traumeerfaringer hos mennesker med rusproblemer/avhengighet.
- Følge opp pågående tiltak for å sikre at rus og vold i større grad tematiseres i grunn- og etterutdanningene, herunder oppfølging av tiltaksplanen En god barndom varer livet ut (2014–2017) og Meld. St 13 (2011–2012) Utdanning for velferd.
- Bidra til økt kompetanse i tjenestene om vold og traumer, risikovurderinger og sikkerhetsarbeid, og der det er relevant kunnskap om behandling av voldsutsatthet og voldsutøvelse, inkl. miljøterapeutiske intervensjoner.
- Legge til rette for økt vektlegging av fysisk aktivitet og ernæring i rusbehandling.
- Vurdere innføring av en 24-timers behandlingssgaranti der det sikres at ruspasienter får time til poliklinisk eller annen behandling innen 24 timer etter avrusning.
- Økt fokus på de helsemessige utfordringene knyttet til spilleavhengighet.
- Vurdere økt bruk av medikamentell behandling av alkoholproblemer.
- Vurdere behovet for å styrke tiltak innen den nasjonale overdosestrategien, herunder vurdere å utvide prosjektet med Nalokson til flere byer, tilgang på rent brukerutstyr og tiltakspakke mot overdoser.
- Igangsette utviklingsprosjekter for å bedre kritesentertilbudet til utsatte grupper.
- Utvide og gjøre Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) permanent.
- Styrke det poliklinisk psykiatriske behandlingstilbudet i fengslene for å tilby tjenester innen både TSB og psykisk helsevern.
- Bidra til å styrke primærhelsetjenestetilbudet i fengslene.
- Vurdere å etablere nye tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling i fengsel etter Stifinner-modellen.
- Stimulere til økt bruk av § 12 i løpet av opptrappingsperioden.
- Vurdere hvordan avrusningstilbudet for innsatte kan styrkes, herunder vurdere et pilotprosjekt med avrusning i fengsel.

3.5 Oppfølgingstjenester og ettervern

Som det framgår av kapittel 2, er det særskilte utfordringer knyttet til samhandling i tilknytning til overganger innad og mellom tjenestenivåer. Behovet for bedre oppfølgings- og ettervernstjenester er et tilbakevendende tema i vår kontakt med bruker- og pårørendeorganisasjoner og med fagfeltet.

Behovet for å innrette bedre oppfølgings- og ettervernstjenester krever innsats fra en rekke instanser, hvor de mest sentrale stikkordene er bolig, arbeid og aktivitet. Regjeringen vil styrke tjenester som styrker evnen til å mestre hverdagen og bedre levekårene til personer med rus- og psykiske problemer.

Behovet for meningsfulle aktiviteter, som arbeid, tilrettelagte aktiviteter eller skole, og en trygg og forutsigbar økonomisk situasjon, gjelder for alle. Personer med lettere eller moderate rusproblemer kan tilsynelatende ha et velfungerende familie- og arbeidsliv. Mange sliter likevel med problemer på begge områder. Fraværet av meningsfulle aktiviteter i hverdagen oppgis også ofte som årsak til tilbakefall etter behandling i tværfaglig spesialisert behandling. Det er behov for å styrke tilbudene som skal bidra til en meningsfull hverdag, økonomisk sikkerhet, rehabilitering, å fremme mestringsevne og sosial inkludering. Selv om det ikke er ønskelig å opprette særtiltak for personer med rusproblemer, vil det likevel i noen sammenhenger være hensiktsmessig å etablere tjenester som er spesielt tilrettelagt for brukergruppen for å ivareta deres behov.

I tillegg til de særskilte tiltakene som omtales i dette kapitlet, vil de fleste tiltakene under kapittel 3.4 Behandling også være relevante i arbeidet med oppfølging og ettervern. Spesielt vil den generelle styrkingen av kommunene og den økte oppmerksomheten på helse- og omsorgstjenester i fengsel, være viktig for å forenkle arbeidet med å integrere personer med rusproblemer i samfunnet etter behandling eller ved løslatelse.

3.5.1 Oppfølging av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen²³ legger til grunn at kommunene skal ta et større ansvar for behandling og oppfølging av pasienter, også innen rus og psykisk helse. Personer med rus- og psykiske problemer har ofte behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av sektorer og gjerne samtidig. Dette stiller krav til god samhandling mellom

aktørene og at vi innretter våre virkemidler slik at de understøtter gode behandlingsforløp og at de stimulerer til rett behandling, til rett tid, på rett nivå.

I mange tilfeller opplever ikke brukerne at tjenestene samhandler, og i mange tilfeller mangler det gode rutiner, som ved endt behandling eller ved behandlingsbrudd. Som det fremgår av kapittel 2 er samhandling en hovedutfordring på rus- og psykisk helsefeltet, og mangel på bolig og andre etterverns- og oppfølgingstjenester blir ofte trukket fram som medvirkende årsak.

Regjeringen vil skape pasientens og brukernes helse- og omsorgstjeneste gjennom å sette pasientenes og brukernes behov i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Et sentralt mål i tråd med Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, er å sette kommunene i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp og om at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

I samhandlingsreformen ble det innført en rekke tiltak, fra lovendringer, via pedagogiske virkemidler, til innføring av økonomiske ordninger, som har som mål å bidra til mer helhetlige tjenester. Samtidig ble flere av tiltakene kun innført innen somatiske tjenester. I tråd med primærhelsemeldingen har regjeringen gått bort fra den utdaterte tanken om psykisk helse- og rusfeltet som så spesielle og vanskelige områder at de må holdes utenfor nye og framtidsrettede ordninger.

Samarbeidsavtaler

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene planlegger sine tjenester, og at det inngås samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Tilsvarende krav stilles til de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesteloven. Det er et krav at avtalene skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

I en rapport²⁴ om samarbeidsavtaler, utarbeidet på oppdrag av KS, framgår det at samarbeidsavtalene oppleves som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling. Samtidig framgår det at avtaler som omhandler områder hvor ansvars- og oppgavefordelingen oppleves som uklar, er utfor-

²³ St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen

²⁴ Williksen, R., Bringedal, K. H. og Stokke Hall, T. A. (2014): Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterlever de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak. KS FoU-prosjekt nr.:134017:

drende. Dette gjelder spesielt innenfor feltene rehabilitering, psykisk helse og rus.

Regjeringen vil vurdere behovet for å tydeliggjøre eksisterende veiledningsmateriell, for å sikre at samarbeidsavtalene omhandler ansvar og oppgaver innen rus og psykisk helse.

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Med samhandlingsreformen fikk kommunene betalingsplikt for utskrivningsklare somatiske pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Formålet var å tydeliggjøre det ansvaret hjemkommunene allerede hadde for utskrivningsklare som ble liggende i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt tilbud. Betalingsplikten ble ikke innført for TSB og psykisk helsevern. Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag, og må betale en gitt pris per liggedøgn.

Det finnes lite informasjon om utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern. I Sintefs rapport om unødvendige innleggelse og utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, framgår det at om lag en pst. innen tverrfaglig spesialisert behandling og sju pst. innen psykisk helsevern blir vurdert som utskrivningsklare. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet er stort sett at de mangler et kommunalt boligtilbud. Behandlere og pasienter vurderer ofte at pasienten som er utskrivningsklar trenger et døgnbemannet botilbud. Sintef fremhever at det er et betydelig potensial for å unngå innleggelse gjennom etablering av adekvate kommunale tilbud, spesielt boligtilbud.

At de økonomiske virkemidlene ikke ble innført for psykisk helse- og ruspasienter har bidratt til en oppfatning om at rus og psykisk helse er holdt utenfor samhandlingsreformen. Dette har påvirket prioriteringene i kommunene, der hovedansvaret for pasientene ligger. Dette har vært uheldig ettersom formålet med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter også er å stimulere til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Pasienter med psykisk helse- og rusproblematikk er blant brukergruppene med størst behov for bedre samhandling mellom tjenestene. Et viktig argument for ikke å innføre ordningen har tidligere vært at datagrunnlaget har for lav kvalitet. Dette argumentet kan ikke være eviggyldig, og helseforetakene må i løpet av 2015 framskaffe tilstrekkelig gode data til at ordningen kan innføres.

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, ble det varslet at regjeringen tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB, men tidligst fra 2017. Kommunene må derfor bruke tiden fram til ordningen innføres på disse områdene til å bygge nødvendig kapasitet og kompetanse i sine tjenester til å kunne gi et forsvarlig tilbud også til denne svært sårbare pasientgruppen.

Ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB skal basere seg på den allerede innførte ordningen i somatikk. Slik likestilles fagområdene, og uheldige og uønskede vridnings- og prioriterings-effekter unngås. Samtidig vil det være behov for noen særlige krav for TSB og psykisk helsevern. Mange av pasientene som er utskrivningsklare tilhører en særlig sårbar pasientgruppe med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. For mennesker med omfattende rusproblemer og/eller alvorlig psykisk sykdom vil det ofte være behov for langvarig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten også etter at behovet for døgnbehandling er over. Ansvaret for oppfølgingen av pasientene vil derfor ofte være felles mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor vurdere å foreslå et krav om at spesialisthelsetjenesten og kommunen i samarbeid må ha utarbeidet en plan for behandling og oppfølging av den enkelte pasient med behov for tjenester fra begge nivåer, før betalingsplikten for den utskrivningsklare pasienten inntrer.

Manglende bolig og manglende samhandling er i kapittel 2 trukket fram som sentrale utfordringer på rusfeltet. Regjeringen vil, gjennom innføring av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, stimulere til bedre samhandling mellom tjenestene, samt bidra til at flere med rusproblemer får en egnet bolig eller et individuelt tilpasset etterverns- og oppfølgingstilbud. For noen vil det innebære plass ved en privat omsorgsinstitusjon eller en døgnbemannet bolig. Det er kommunene som er ansvarlige for hvordan tjenestene organiseres. Kommunene kan velge å etablere tjenestene i egen regi eller i samarbeid med frivillige, ideelle eller private aktører gjennom avtaler eller anbud.

Regjeringen ønsker å stimulere til et mangfold som sikrer brukerne gode tjenester, og det er ønskelig at kommunene i større grad samhandler med frivillig og ideell sektor, jf. Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015–2020). I tillegg har Difi utviklet en egen vei-

leder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester, som gir veiledning til kommuner som ønsker å kjøpe tjenester fra ideelle, som for eksempel plass ved omsorgsinstitusjoner.

Døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Fra 1. januar 2016 vil kommunene få ansvar for å tilby sine innbyggere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Det er etablert en egen tilskuddsordning for innføring av tilbudet innen somatikk fra 2012. I statsbudsjettet for 2016 er tilskuddet foreslått innlemmet i kommunenes rammetilskudd. For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det ifølge Sintef et betydelig potensial for å unngå innleggelser gjennom etablering av gode kommunale tilbud. Å holde psykisk helse og rus utenfor når plikten om kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud trer i kraft, vil kunne bidra til at brukere med slike helseproblemer prioriteres ned. Regjeringen varslet derfor i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, at plikten til å ha kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp også skal omfatte mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Regjeringen vil komme tilbake til de økonomiske rammene for en overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene for denne pasientgruppen i de ordinære budsjettprosessene. Plikten skal på dette grunnlag tre i kraft for psykisk helse og rus fra 2017.

3.5.2 Arbeid og aktivitet

Av Brukerplan-kartleggingen 2014 framgår det at 41 pst. av tjenestemottakere som har rusproblemer ikke er i noen form for lønnet arbeid eller meningsfylt aktivitet²⁵. Arbeidsrettede tiltak og aktivisering i et arbeidsrettet løp er sentralt for rehabilitering og inkludering av personer med rusproblemer i arbeids- og samfunnsnivå.

Fattigdom, isolasjon, ensomhet, mangel på nettverk og tilhørighet er faktorer som både forårsakes av, leder til, opprettholder og forsterker rus- og psykiske problemer. Brukere som har gjennomført behandlingsopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, viser ofte til dette som årsaker til tilbakefall. Det er behov for å styrke tilbud som kan bidra til en meningsfull hverdag, fremme mestringsevne og sosial inkludering.

Frivillige arbeid – tilknytning til arbeidsmarkedet

Sosiale entreprenører og aktører i frivillig og ideell sektor yter viktige bidrag i innsatsen for å inkludere flere, herunder personer med rusproblemer i arbeid. Det har lenge vært en begrensning på bruk av sosiale entreprenører og frivillig sektor at mange av de arbeidsrettede tiltakene for personer med nedsatt arbeidsevne, etter forskriften bare kan etableres og drives av skjermede virksomheter (attføringsbedrifter og vekstbedrifter). Fra 2015 vil avklarings- og oppfølgingstiltakene være anbudsutsatt, noe som innebærer at bl.a. frivillige og ideelle organisasjoner og sosiale entreprenører kan legge inn tilbud og bidra også på dette området.

Regjeringen vil bidra til økt bruk av frivillige organisasjoner for å bedre tilknytningen til arbeidsmarkedet og motvirke sosial ekskludering for personer med rusproblemer gjennom følgende to ordninger:

1. Tilskudd til aktivisering og arbeidstrening i regi av frivillige og ideelle organisasjoner.

Formålet er å stimulere til utvikling av nye tiltak og metoder for aktivisering og arbeidstrening i regi av frivillige og ideelle organisasjoner. Målgruppen er personer som står svært langt fra arbeidsmarkedet, og som i mange henseender er sosialt ekskludert. Tiltakene skal gi lavterskeltilbud om aktivisering og arbeidstrening, samt bidra til å bedre levekårene for de vanskeligst stilte. Siktemålet kan for enkelte være rehabilitering, inkludering og økt livskvalitet, mens andre vil kunne nyttiggjøre seg mer arbeidsrettede tiltak med sikte på inkludering i arbeidslivet.

2. Tilskudd til sosialt entreprenørskap.

Formålet er å stimulere til utvikling av sosialt entreprenørskap og virksomhet som bidrar med nye løsninger i arbeidet med å bekjempe fattigdom og sosial eksklusjon, herunder nye metoder og nye løsninger for å gi personer som står langt fra arbeidsmarkedet muligheter til å komme i arbeid. Sosialt entreprenørskap baserer seg på forretningsmodeller som kan gjøre virksomhetene levedyktige og bærekraftige etter noe tid.

Attføringstilbudet og tiltaksplasser

Arbeids- og sosialdepartementet har foreslått å opprette Arbeidsforberedende trening (AFT) som et nytt arbeidsrettet tiltak. Målgruppen er personer med sammensatte bistandsbehov, som kan ha utfordringer knyttet til helse og sosiale problemer,

²⁵ Helse Stavanger HF (2015): Rusmiddelmissbruk i Norge. Brukerplan-statistikk 2014.

rus, boforhold, norskkunnskaper, ofte i kombinasjon med liten eller manglende utdanning og arbeidserfaring. Mange med rusproblemer har sammensatte utfordringer som må tas hensyn til før eller parallelt med et arbeidsrettet tilbud. Det kan for eksempel være utfordringer knyttet til bolig, utdanning eller sosial trening. Samtidig er det viktig å unngå unødig ventetid og brudd i utføringsprosessen. Det tilsier tiltak med stor grad av fleksibilitet som kan tilpasses brukerens progresjon. AFT er et tiltak som er utformet med tanke på denne typen sammensatte behov. AFT ble foreslått i Prop. 39 L (2014–2015) og er sendt på høring.

Erfaring viser at det er behov for et mer helhetlig tilbud til personer med sammensatte problemer. Det nye tiltaket vil i større grad enn eksisterende tiltak legge til rette for å kombinere ulike virkemidler. Det gis forholdsvis brede rammer for lokal tilpasning og tilpasning til den enkeltes brukers utfordringer og muligheter. Hovedinnholdet i det nye tiltaket vil være avklaring, opplæring og arbeidstrening. I tillegg vil det bli gitt bistand til koordinering av andre tjenester som har betydning for deltakernes mulighet til å komme i arbeid.

Den første delen av tiltaket gjennomføres i et skjermet, tilrettelagt arbeidsmiljø. Deler av tiltaket skal også gjennomføres i ordinært arbeidsliv. Det skjermede arbeidsstedet skal i størst mulig grad fungere som en base for utprøving og arbeidsforberedende aktiviteter før utprøving i ordinært arbeidsliv.

Regjeringen vil øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne med 500 plasser. Videre vil Arbeids- og sosialdepartementet følge opp at arbeidsrettede tiltak avsatt til personer i LAR, benyttes i tråd med intensjonen.

IPS og Jobbmestrende oppfølging

Norske og utenlandske evalueringer tyder på at individuell jobbstøtte, tiltak der brukerne blir fulgt opp på en ordinær arbeidsplass, ofte fungerer bedre enn tiltak i særskilte virksomheter. Samtidig gir evalueringene støtte til bruk av tverrfaglige team, for eksempel med tett samarbeid mellom helse- og arbeidsmarkedstjenestene.

I 2014 ble det innvilget tilskuddsmidler til åtte pilotprosjekter for Individuell jobbstøtte (IPS). IPS-prosjektene er forankret i en forpliktende samarbeidsavtale i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og NAV. Avtalen er en viktig suksessfaktor for et godt, integrert samarbeid mellom aktørene.

IPS er basert på at personer med psykiske helseproblemer kommer seg raskest mulig ut i arbeid med bistand fra en jobbkonsulent, og får psykisk behandling parallelt med bistanden knyttet til arbeid. Metoden legger vekt på arbeid tidlig i utrednings- og behandlingsprosessen. Psykisk behandling skal være en integrert del av oppfølgingen til ordinært arbeid og i oppfølgingen knyttet til jobbfastholdelse. Individuell jobbstøtte er basert på evidensbaserte metoder med støtte i internasjonal forskning.

Prosjektet evalueres av UniHelse på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, i nært samarbeid med Helsedirektoratet. Endelig evalueringsrapport fra effektevalueringen skal foreligge innen utgangen av 2016.

Jobbmestrende oppfølging er rettet mot arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser. Målet er å øke den enkeltes ferdigheter og mestring i en arbeidssituasjon. Det legges vekt på å øke arbeidsgivers kompetanse knyttet til tilrettelegging for arbeidstakere i målgruppen. Brukerne tilbys utprøving i ordinært eller skjermet arbeid i samsvar med deres ønsker så tidlig som mulig.

Jobbmestrende oppfølging er evaluert og evalueringen viser at to år etter start i jobbmestrende oppfølging var 21 pst. i ordinært arbeid eller studier, 26 pst. i arbeidsrettet tiltak på ordinære arbeidsplasser, mens 13 pst. var på arbeidsrettet tiltak i en skjermet virksomhet. 16,4 pst. hadde ordinær lønn som hovedinntektskilde etter to år, mot ingen ved oppstart²⁶.

Tiltakene over har så langt bare vært prøvd ut for mennesker med omfattende psykiske helseproblemer. Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse åpner for at mennesker med rusproblemer kan delta i tiltakene, men bare dersom de også har en psykisk sykdom. De positive erfaringene fra denne utprøvingen, tilsier at det kan være et betydelig potensiale for å videreutvikle metodene til å omfatte også mennesker som primært har et rusproblem. Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere hvordan dette eventuelt kan skje i forbindelse med at oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse løper ut i 2016.

En forsøksordning med tidsubestemt lønnskudd (TULT) erstattes fra 2016 med en ny varig lønnskuddsordning. Ordningen vil fra det tidspunktet bli et ordinært arbeidsmarkedstiltak rettet mot personer med omfattende helsemessige eller sosiale problemer. Et viktig

²⁶ Oslo universitetssykehus HF (2014): Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging (JMO).

mål med ordningen er å gi muligheter for yrkesdeltakelse til personer som ellers ville hatt store problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet, og som står i fare for å bli uførepensjonert. Arbeidsgiver vil kunne få refusjon for inntil 75 prosent av lønn og sosiale utgifter. Arbeidstakeren skal tilsettes på ordinære lønns- og arbeidsvilkår. Ordningen kan kombineres med gradert uførepensjon.

Brukerstyrte sentre

Brukerstyrte sentre er et viktig supplement til det offentlige tjenesteapparatet, og tilbyr sosiale fellesskap, likepersonsstøtte og aktivitet for brukere. De er også viktige premissgivere i arbeidet med å styrke brukermedvirkningen i tjenestene. Gjennom opplæring av brukere og utvikling av verktøy og metoder, bidrar sentrene til å myndiggjøre og styrke brukere og pårørende, samtidig som de utfordrer tjenestene til å fortsette en nødvendig utvikling mot å sette brukernes ønsker og behov i sentrum.

Regjeringen vil stimulere til at flere kommuner etablerer brukerstyrte sentre eller tiltak i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Meningsfull fritid

I tillegg til god behandling er det behov for å stimulere til at brukernes egne ressurser blir brukt, både i samhandlingen med behandlingsapparatet, men også på andre arenaer. Spesielt i etterkant av behandling kan dette være viktig, blant annet for å sikre en meningsfull hverdag. Arbeid og bolig er viktige elementer for de fleste, og det er avgjørende at dette er på plass for de som ønsker og er i stand til det. Samtidig er det en erkjennelse at veien direkte fra behandling til jobb ikke alltid er like lett. I sitt innspill til opptappingsplanen har Steg for Steg i Blå Kors Øst lagt vekt på at man må konsentrere seg om personers friske sider og at aktivitet gir mulighet for mestring.

Som det fremgår av kapittel 3.4.1 vil regjeringen stimulere til at kommunene i større grad samhandler med ideelle og frivillige organisasjoner omkring nettverks- og aktivitetsarbeid. Dette er helt sentrale elementer i etterverns- og oppfølgingsarbeidet. Regjeringen har derfor i samarbeid med samarbeidspartiene styrket ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstiltak rettet mot personer med rusproblemer, som tilskudd til gatelag og sosialt entreprenørskap.

Personer med psykiske lidelser og rusproblemer har en økt forekomst av somatiske sykdom-

mer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, overvekt og metabolsk syndrom. Samtidig vet vi at mennesker med psykisk sykdom er mindre fysisk aktive og ofte i dårligere fysisk form enn tilfellet er i befolkningen forøvrig. Det er flere årsaker til dette, bl.a. kan det være bivirkninger av medisiner, fysiske helseproblemer eller manglende støtte og motivasjon. Manglende motivasjon er rapportert som en viktig barriere av både helsepersonell og pasienter.

Et eksempel på et tiltak som er innrettet mot å møte utfordringene med manglende fysisk aktivitet er treningskontaktordningen i Nord-Trøndelag. Hensikten er å hjelpe mennesker med rusproblemer og/eller psykiske lidelser til å komme seg tilbake, oppleve vekst, mestring og tilfriskning gjennom tilrettelegging for regelmessig fysisk aktivitet. Samtidig har denne ordningen som siktemål å lette overgangen fra behandling i spesialisthelsetjenesten til rehabilitering og oppfølging i hjemkommune. Et godt samspill mellom institusjon og/eller sykehus og helse- og velferdstilbud i primærkommunen er sentralt.

En treningskontakt er en støttekontakt med gjennomført kurs i planlegging og tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Treningskontakten inngår ofte i kommunens tilbud om personlig assistanse. Rehabiliteringstanken er sentral i treningskontaktordningen. Det skal være tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler. Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger, fylkesmannen, fylkeskommunen, og Levanger, Verdal og Steinkjer kommuner har siden 2009 samarbeidet om å skolere treningskontakter. Det er så langt utdannet 160 treningskontakter i Nord-Trøndelag. Helseforetaket var initiativtaker og faglig ansvarlig for kurset. Nå ligger hovedtyngden av oppgavene på kommunene, men helseforetaket deltar fortsatt i samarbeidet.

God forankring og struktur på alle nivåer, fokus på rehabilitering, oppfølging av treningskontakt og bruker, å skape møteplasser og samhandling med andre aktører, er suksesskriterier. 2. linjetjenesten i Nord-Trøndelag har erfaring med gode pasientløp der alvorlig psykisk syke personer har fått tildelt treningskontakt i hjemkommune, og møtt denne, før utskrivelse fra sykehus. I flere tilfeller har dette i ettertid vært vurdert som helt sentralt for å lykkes. Erfaringen er ellers at en optimal og velfungerende drift av ordningen innebærer en aktiv kommunalt lønnet treningskontakt per 1000 innbyggere – gjerne knyttet til kommunale frisklivstilbud eller lærings- og mestringstilbud.

Ordningene med lønnete og frivillige treningskontakter kan trolig fungere side om side. Men innenfor feltene alvorlig psykiske lidelser og rusproblematikk, kan lønnete treningskontakter være en fordel. Innenfor somatikken har flere erfart at pårørende ofte rekrutteres som frivillige treningskontakter. En forklaring kan være at når pårørende har kommet ovenpå igjen, ønsker flere selv å bidra. Pårørende til dem som sliter med en kronisk psykisk lidelse eller har et rusproblem, kan kanskje i større grad oppleve at det tar tid å komme ovenpå.

God forankring er for mange kommuner en utfordring. I dag finnes flere forskjellige kurs for å bli treningskontakt. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere å utarbeide en nasjonal veileder eller lignende, for bruk av fysisk og sosial aktivitet i behandling og oppfølging av personer med rus- og/eller psykiske problemer.

3.5.3 Bolig

Selv om de aller fleste bor svært godt i Norge i dag, gjelder ikke dette alle. Å bo dårlig eller å være bostedsløs kan ha store negative konsekvenser. Det blir vanskeligere å ta imot og ha nytte av helse-, omsorgs- og velferdstjenester, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet. En utrygg bosituasjon kan vanskeliggjøre integrering, og veien til kriminalitet, rusproblemer og psykiske vansker kan bli kortere.

Alle skal bo godt og trygt. Dette er viktig for at vi skal kunne ta utdanning, danne familie, være i arbeid og ta vare på helsen vår. Boligen er også en ramme for et sosialt liv og gir tilhørighet til et nærmiljø og lokalsamfunn.

Bolig for velferd (2014–2020)

I 2014 la regjeringen fram en nasjonal strategi om boligsosialt arbeid, Bolig for velferd (2014–2020). Strategien skal samle og målrette den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Den gir oversikt over politikkområdet, der ansvaret er fordelt på flere sektorer og forvaltningsnivåer. Erfaring viser at samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer er avgjørende for å lykkes. I strategiperioden skal det arbeides lokalt, regionalt og sentralt i det boligsosiale arbeidet. Kommunene har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Strategien skal styrke kommunene i dette arbeidet. Flere av strategiens målsetninger og innsatsområder har relevans for personer som har problemer med rusavhengighet og/eller psykiske problemer.

Bak strategien står Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Helsedirektoratet, Husbanken og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet har fått i oppgave å følge opp strategien. Husbanken koordinerer arbeidet på direktoratsnivå.

Boligsatsing rettet mot personer med rus- og/eller psykiske problemer

Om lag 120 000 personer er vanskeligstilte på boligmarkedet, ifølge beregninger fra Statistisk sentralbyrå. I tillegg mangler rundt 6 200 et fast sted å bo²⁷. Personer med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse. En kartlegging fra 2012 viser at 54 pst. av de bostedsløse er avhengige av rusmidler, og at 38 pst. har psykiske lidelser.²⁸ Personer med rusavhengighet og personer med psykiske lidelser er de som oftest er bostedsløse over lang tid (mer enn seks måneder). Kartleggingene av bostedsløse, tilsynsrapporter og en brukerundersøkelse²⁹ har vist at kommunene mangler egnede boliger og tilstrekkelig kapasitet til å drive gode oppfølgingstjenester i bolig. Dette gjelder også personer som er i et behandlings- eller rehabiliteringsforløp, herunder personer i legemiddelassistert rehabilitering. Én av fire bostedsløse er personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser. Disse personene har ofte flere og kompliserte behov og faller mellom ulike tiltak som hjelpeapparatet kan tilby. Kartleggingen av bostedsløse viser også at 15 pst. oppholder seg på en institusjon og skal skrives ut innen to måneder, uten å disponere egen bolig.

Regjeringen vil gjennom etablerte tilskuddsordninger bidra til at flere kommuner kan opprette botilbud basert på prinsippene for Housing first. Housing first er en bolig- og tjenestemetode som ble utviklet i USA på midten av 1990-tallet. Den tar utgangspunkt i at bolig er et grunnleg-

²⁷ Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014): Nasjonal strategi om boligsosialt arbeid: Bolig for velferd (2014–2020).

²⁸ Dyb, E. og K. Johannessen (2013): Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging. NIBR-rapport 2013:5 2013:5.

²⁹ Kunnskapssenteret (2013): – Brukerundersøkelse. Pasientferinger med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013. PasOpp-rapport 2013.

gende behov som må dekkes før beboeren kan ta fatt på andre utfordringer. Modellen er brukerorientert, og beboeren skal selv kunne påvirke bosted og avgjøre hvilke tjenester han eller hun skal motta.

I en rapport³⁰ fra Sintef (2013), går det fram at et betydelig antall innleggelses i spesialisthelsetjenesten kunne vært unngått om kommunale tilbud, og særlig bolig, var på plass. Videre viser rapporten at sju pst. av pasientene innen psykisk helsevern og en pst. av pasientene innen tverrfaglig spesialisert behandling er registrert som utskrivningsklare. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet, er stort sett at de mangler et kommunalt boligtilbud.

Det er kommunene som kjenner innbyggernes behov best og er nærmest til å vurdere hvilken type bolig den enkelte har behov for. Regjeringen vil gjennom dagens stimuleringsordninger bidra til at kommunene etablerer flere boliger til personer med rus- og psykiske problemer. Forslaget ses også i sammenheng med oppfølging av den nasjonale boligsosiale strategien.

Tilskudd til utleieboliger

Mange kommuner melder om at de disponerer for få utleieboliger til vanskeligstilte på boligmarkedet. Behovet er ikke bare knyttet til antall boliger, men også til egnede boliger av god kvalitet i trygge bomiljøer. De som søker om å leie bolig av kommunen, er i forskjellige livssituasjoner, med ulike utfordringer og behov. Derfor er det viktig at kommunen har tilgang til et bredt spekter av boliger. Det kan være behov for boliger og leiligheter i ordinære boligområder eller samlokaliserte boliger i ett hus eller ett område. Disse botilbudene kan være med eller uten fast tilknyttede tjenester. I tillegg kan det være behov for bofellesskap og bokollektiv med alt fra døgnbemanning til bemanning bare noen timer om dagen.

Regjeringen vil i opptrappingsperioden styrke tilskuddsordningen til utleieboliger for å stimulere til flere boliger til personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer.

Investeringsstilskudd til heldøgns omsorgsplasser

Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, som forvaltes av Husbanken, skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer

med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse.

Investeringsstilskuddet er tilrettelagt slik at kommunene, i tillegg til å øke antallet heldøgns omsorgsplasser, også kan erstatte, renovere og oppgradere allerede eksisterende bygningsmasse. I tillegg til at plassene skal brukes til mennesker med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, er vilkårene for å motta tilskudd blant annet at plassene skal være universelt utformet og tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt. Det innebærer små avdelinger og bofellesskap lokalisert som en del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, gjerne med sambruk av fellesarealer til hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud, kantine/kafeteria og lett tilgang til tilpasset utearealer, forretninger og transport.

Kommunene står fritt til å velge hvem de vil samarbeide med ved framskaffelse av heldøgns omsorgsplasser. Dette inkluderer både ideelle og kommersielle aktører, dersom kommunene selv ønsker det.

Regjeringen vil i tillegg til å styrke tilskuddsordningen til utleieboliger, bidra til å gjøre investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser kjent blant norske kommuner, for å stimulere til flere boliger til personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer.

Brukerstyrte senger

Gjennom de ti siste årene har brukerstyrte plasser blitt implementert ved de fleste DPS med svært gode resultater. Ordningen bygger på en avtale mellom den enkelte bruker og DPSen, og gir pasienten rett til selv å velge innleggelse inntil fem dager når han eller hun føler behov for det. Erfaringene viser at slike avtaler gir brukerne en sterkere opplevelse av autonomi og at bedringsprosessene går raskere. Bruk av akuttinnleggelses og tvang går betydelig ned. På bakgrunn av disse erfaringene fikk de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2014 i oppdrag å etablere brukerstyrte plasser også i TSB. Noen slike plasser er etablert, men det er behov for at flere plasser etableres. Regjeringen vil derfor bidra til at det opprettes brukerstyrte senger i alle helseregioner.

3.5.4 Oppfølgingstjenester og praktisk bistand

Oppfølging og praktisk bistand i form av personlig assistanse, opplæring eller støttekontakt er kommunale tjenester som skal bidra til å utvikle og

³⁰ Sintef (2013): Unødvendige innleggelses, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter.

styrke evnen til å mestre hverdagen og boforholdet. For personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer, er oppfølging og tjenester i hjemmet ofte en del av et helhetlig behandlings- og rehabiliteringsforløp.

3.5.5 Overganger – forhindre glippsoner

For å skape sømløse overganger mellom behandling og oppfølging/ettervern, er det behov for god planlegging og godt samarbeid mellom pasient, pårørende, behandlingstilbud og kommune. Individuell plan er et viktig verktøy for å sette tiltak i system og sammenheng, og skape forutsigbarhet for brukeren, samtidig som ansvarsforholdene mellom etater og nivåer kan avklares. Individuell plan er også et godt redskap for å sette brukerens egne ønsker og behov på dagsorden og avklare hva som er viktig for ham eller henne.

Et slikt mestringsorientert perspektiv på oppfølging/ettervern er med på å aktivere brukerens egne ressurser, og gjør at hjelpeapparatet retter sin innsats inn mot det som har størst sannsynlighet for å lykkes. Den siloorganiserte, stykkevis og delt-tilnærmingen som ofte har kjennetegnet kommunale helse- og omsorgstjenester kan lett komme i veien for et vellykket oppfølgingsarbeid, slik det blant annet er beskrevet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Et godt plan- og koordineringsarbeid vil gi en oppfølgings- og koordineringsarbeid som bedre enn i dag understøtter brukerens egne behov, og samtidig bedre stimulerer til god helse, meningsfull aktivitet og

bedret livskvalitet. Kommunenes rolle er nøkkelen for å lykkes med å skape bedre oppfølgings- og ettervernstjenester, men det er behov for en bedre samlet innsats også fra andre tjenester som spesialisthelsetjenesten, NAV og de frivillige og ideelle organisasjonene.

Videre vil regjeringen styrke kommunenes arbeid med oppfølgings- og ettervernstjenester etter behandling og ved løslatelse fra fengsel. Det er blant annet behov for stimulere til utvikling og implementering av flere typer bosettingsmodeller for vanskeligstilte. I tillegg er det behov for økt kunnskap om hva som må til for å sikre vellykkede overganger fra institusjon til egen bolig. Straffegjennomføring i Norge er basert på prinsippet om at tilbudet til domfelte skal utføres av den tjenesteyter som også leverer tjenester til den øvrige befolkning. Samtidig har det store flertallet av innsatte levekårsproblemer på ett eller flere områder. For å sikre en vellykket tilbakeføring fra fengsel til egen bolig etter gjennomført straff, er det viktig med godt samarbeid mellom kriminalomsorgen og kommunene som har ansvaret for å framskaffe bolig ved løslatelse til de som behøver det. Mange innsatte har også behov for ytelser innen helse, utdanning, arbeid og sosiale tjenester. Mange har også rett til individuell plan. Det er derfor avgjørende at Kriminalomsorgen tilrettelegger for samordnet innsats av aktuelle tjenesteytere for tilbakeføring til samfunnet etter endt straff, og bidrar til å fjerne glippsoner mellom ansvarlige myndigheter. De mest berørte departementene vil samarbeide for å bidra til dette.

Boks 3.4 Regjeringen vil:

- Innføre plikt til å ha kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer.
- Ta sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB, men tidligst fra 2017.
- Styrke det frivillige arbeidet med å bedre tilknytningen til arbeidsmarkedet og motvirke sosial ekskludering for personer med rusproblemer.
- Øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne med 500 plasser.
- Vurdere bruken av metodikk som IPS og jobbmestrende oppfølging også for personer med rusproblemer.
- Kartlegge hvilken kompetanse NAV-kontorene har om rus- og avhengighetsproblematikk.
- Styrke attføringstilbudet for personer med sammensatte problemer ved å etablere arbeidsforberedende trening (AFT).
- Følge opp at arbeidsrettede tiltak avsatt til personer i LAR benyttes i tråd med intensjonen.
- Bidra til at flere kommuner etablerer brukerstyrte sentre/tiltak i samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Utarbeide en nasjonal veileder for bruk av fysisk og sosial aktivitet i behandling og oppfølging av personer med rus- og psykiske problemer.
- Legge til rette for økt vektlegging av fysisk aktivitet og ernæring i behandling, oppfølging og ettervern av personer med rus- og psykiske problemer.
- Bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo.
- Sikre brukermedvirkning ved bosetting og ved utforming av tjenestetilbudet for personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer.
- Opprette brukerstyrte senger i alle helse-regioner.
- Alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet.
- Legge til rette for at alle rusavhengige får en individuell plan og oppfølging av koordinator.
- Bidra til å styrke kommunenes arbeid med oppfølgingstjenester etter behandling og ved løslatelse fra fengsel – ettervern.
- Stimulere til utvikling og implementering av flere typer bosettingsmodeller for vanskeligstilte.
- Sikre økt kunnskap om hva som må til for å sikre vellykkede overganger fra institusjon til egen bolig.

4 Budsjettmessige konsekvenser av opptappingsplanen og resultatoppfølging

Regjeringen vil foreslå å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som sikres gjennom høyere prioritet av TSB enn somatikk, beregnet til om lag 185 mill. kroner i 2016 inkludert ordningen fritt behandlingsvalg. Som et ledd i satsingen har regjeringen for budsjettåret 2016 foreslått følgende tverrdepartementale satsing:

- 400 mill. kroner av veksten i de frie inntektene begrunnes med økt satsing på rusfeltet.
- 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller, herunder utvikling av mottaks- og oppfølgingssentre og etablering av flere lavterskel substitusjonsbehandlingssentre som for eksempel etter modell av LASSO i Oslo.
- 30 mill. kroner til permanent etablering og utvidelse av Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).
- 20 mill. kroner til styrking av tilskudd til arbeidstrening og aktivisering i regi av frivillige organisasjoner og sosialt entreprenørskap.
- 15 mill. kroner til styrking av tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer, basert på erfaringene fra modellkommuneforsøk.

Regjeringen foreslår at følgende tiltak/målsetninger prioriteres i løpet av planperioden:

- Bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo (500 mill. kroner).
- Øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne med 500 plasser (75,5 mill. kroner).
- Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer (93 mill. kroner).
- Åpne mottakssentre i de største byene og sørge for økt utbygging av oppsøkende behandlingsteam etter modell av ATC-team, lavterskel substitusjonsbehandling etter modell av LASSO og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet (100 mill. kroner).

- Øke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer (100 mill. kroner).

Tiltakene som er nevnt i opptappingsplanen vil bli vurdert opp mot den økonomiske rammen for planen. For flere av tiltakene er det behov for nærmere vurderinger av innretning og økonomiske og administrative konsekvenser. Regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak innenfor planrammen.

Virkemidler i planen

Regjeringen legger til grunn at mål og tiltak rettet mot kommunene som hovedregel skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Dagens kommunale utgifter knyttet til rusfeltet dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren, og en videre satsing gjennom kommunenes frie inntekter bidrar til forenkling og forutsigbarhet for kommunene. Frie inntekter stimulerer også til effektiv ressursutnyttelse i tråd med lokale behov, slik at kommunene kan se sine velferdsoppgaver i sammenheng, herunder integrere det kommunale rusarbeidet i det ordinære tjenesteapparatet. Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene, vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler. Departementet vil gjennom etablerte rapporteringsordninger følge nøye med på utviklingen i sektoren, og på om kommunene følger opp regjeringens satsing med tiltak innenfor rusområdet.

Enkelte prioriterte satsinger vil imidlertid kreve særskilt finansiering, som f.eks. etablering av mottaks- og oppfølgingssentre i de store byene, som er foreslått i Prop. 1 S (2015–2016).

Tilsvarende skal finansieringen av spesialisthelsetjenesten skje gjennom de årlige økonomiske oppleggene for helseforetakene. I tillegg vil regjeringen videreføre styringskravet overfor de regionale helseforetakene om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå.

Resultatoppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet vil som koordinerende departement fortløpende følge opp fremdriften og resultatoppnåelsen i opptrappingsplanen.

Vi mangler gode data om rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. For å følge innsatsen i kommunene, vil vi derfor benytte oss av Helsedirektoratets skjema IS-24/8 for å følge kommunenes ressursinnsats. I tillegg vil tall fra Brukerplan, Ungdata mv. gi oss verdifull informasjon om situasjonen i kommunene og om brukerne og deres funksjonsnivå. Tilsvarende vil Norsk pasientregister og Samdata gi oss informasjon om utviklingen innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern. Videre vil Husbankens rapporteringsrutiner benyttes til å følge opp kommunenes arbeid med å bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo.

Justis- og beredskapsdepartementet vil følge implementeringen av en landsdekkende ordning for Narkotikaprogram med domstolskontroll gjennom den ordinære styringsdialogen.

Tiltakene Utvikling av modeller for identifikasjon og oppfølging av barn av psykisk syke og barn av foreldre som misbruker rusmidler og Oppfølging- og losfunksjonen for ungdom, inngår i regjeringens strategi mot barnefattigdom – Barn som lever i fattigdom (2015–2017). Tiltakene i strategien vil følges opp av ansvarlige departementer, i samarbeid med respektive direktorater. Det vil rapporteres på strategien to ganger i året. Direktoratene vil i samarbeid lage statusrapporter for utvikling av arbeidet mot barnefattigdom. Direktoratgruppen vil også evaluere hvorvidt innsatsområdene i strategien treffer målgruppen.

Vedrørende tiltaket rettet mot blant annet voldsutsatte med tilleggsproblematikk knyttet til rus og psykiatri, har Barne-, ungdoms- og familie-

direktoratet allerede fått i oppdrag å følge utviklingen i krisesentertilbudet nøye. Direktoratet vil også få i oppdrag å forvalte midlene til utviklingsprosjekter for å bedre krisesentertilbudet for utsatte grupper.

Evaluering

Det legges opp til en femårig planperiode. Det vil bli etablert et eget evalueringsprogram. Evalueringen skal inkludere bruker- og pårørendes erfaringer fra planperioden. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å etablere et evalueringsprogram fra 2016 for å følge effektene av opptrappingsplanen etter hvert som denne gjennomføres. Evalueringen vil være en del av grunnlaget for å vurdere framdriften i planperioden, herunder vurdere behovet for endringer eller justert virkemiddelbruk.

Status og framdrift på de ulike tiltakene skal rapporteres årlig til Helse- og omsorgsdepartementet, og rapporteringen skal gi grunnlag for en årlig oppsummering som viser måloppnåelse og framdrift for tiltakene.

I tillegg til monitorering av framdrift og evaluering, er det viktig å bidra til å gjøre planen kjent. Helsedirektoratet vil derfor, i samarbeid med rusrådgiverne hos Fylkesmannen, få i oppdrag å etablere et opplegg som sikrer erfaringsutveksling og spredning av gode eksempler.

Forankring av opptrappingsplanen i kommunale administrative og politiske organer er sentralt for gjennomføring og måloppnåelse. Fylkesmannen skal gjennom råd og veiledning og sine kontaktpunkter med kommunene, understøtte kommunene i planlegging og utvikling av kommunalt rusarbeid i planperioden. Helsedirektoratet får i oppdrag å legge til rette for at Fylkesmannen målretter sin innsats i henhold til opptrappingsplanens innretning og målsetninger.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under
et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om
opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

Vi HARALD, Norges konge

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak om opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), i samsvar med et vedlagt forslag.

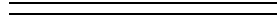
Forslag

til vedtak om opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

I

Stortinget gir sin tilslutning til at det gjennomføres en opptrappingsplan for styrking av tilbudet til mennesker med rusproblemer i tråd med hovedlinjene i den foreliggende proposisjonen, med følgende overordnede mål:

- Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger
- og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
 - Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.
 - Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
 - Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
 - Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.



Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: 07 Oslo AS – 11/2015

