



Rusprosjekt Nord-Gudbrandsdal

Dovre – Sel – Vågå – Lom – Skjåk

Interkommunal Ruspolitisk handlingsplan 2016-2020

Sammen vil vi arbeide for at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes så tidlig som mulig.

Visjon:

Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.

Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Utskrifts dato: 18.april 2016



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1 INNLEDNING.....	3
1.1 Lovgivning.....	3
1.2 Regionens arbeid med planen	4
1.3 Rus og rusmiddel	4
1.4 Hva er rusmiddelmisbruk?	5
2 RUSMIDDELSITUASJONEN I NORGE	6
2.1 Utvikling av alkoholforbruket	7
2.2 Ungdom og alkohol	8
2.3 Narkotika	8
2.4 Legemidler	8
3 RUSMIDDELSITUASJONEN I NORD-GUDBRANDSDALEN	9
3.1 Befolkning, levekår og utvikling	9
3.2 Rus - bruk og misbruk	9
3.3 Rusundersøkelse på skolene i regionen	10
3.4 Rusarbeid i regionen	10
3.4.1 Brukermedvirkning.....	11
4 RUSMIDDELPOLITISKE MÅL OG STRATEGIER	11
4.1 Nasjonale mål og strategier	11
4.2 Regionens mål og strategier	12
5 TILTAK FOR Å NÅ MÅLENE.....	13
5.1 Styrke den rusfaglige kompetanse i regionen	13
5.1.1 Kunnskap om bruk og misbruk av rusmidler	14
5.2 forebyggende arbeid og tidlig innsats.....	14
5.2.1 Barn og ungdom	15
5.2.2 Voksne og eldre	15
5.3 Utvikle helhetlig tilbud for personer med rusmiddelproblem.....	16
5.4 Ivareta brukermedvirkning i eget liv og tjenesteutvikling	17



5.5	Interkommunal salgs – og skjenkepolitikk	17
5.6	Tiltaksoversikt	19
5.	GJENNOMFØRING AV PLANEN.....	20
5.1.	Planens økonomiske konsekvenser.....	20
5.2.	Evaluering og rullering av planen	20
	Høringsuttaler	20
	Politiske vedtak:	20



1 INNLEDNING

Kommunene er en viktig arena for forebygging, identifisering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Kommunene har en stor del av ansvaret i det rusforebyggende arbeidet, og for behandling og oppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre aktører. Mange med rusmiddelproblemer har også samtidige psykiske lidelser, og kommunene har en sentral rolle i kartlegging, behandling og oppfølging av disse. I følge alkoholoven er kommunene pålagt å utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner, og blir oppfordret til å utarbeide rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Nord-Gudbrandsdalen har hatt en ruspolitisk handlingsplan for perioden 2013-2016.

Kommunene Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk gjennom 6K Helse har bedt om å rullere interkommunal ruspolitisk handlingsplan for Nord-Gudbrandsdalen(2013-2016) for perioden 2016-2020. Målet er å få vedtatt denne planen i alle kommuner innen 30.6.2016. Planen skal beskrive alle rusmiddelpolitiske virkemiddel til kommunene, fra forebyggende tiltak, skjenkepolitikk og til behandlings- og oppfølgingstilbud for personer med rusproblemer og deres pårørende. Handlingsplanen skal fremstå som en helhetlig plan for kommunenes og regionens arbeid på rusfeltet, og integreres i kommuneplanenes samfunnsdel. Alkoholpolitiske retningslinjer for perioden 2016-2020 er utarbeidet i eget vedlegg til denne planen.

1.1 LOVGIVNING

Rusmiddelbruk og rusarbeid omfattes av flere lover, der kommunen pålegges å løse en rekke oppgaver på rusmiddelfeltet. I tillegg er det flere retningslinjer og veiledere, og det er flere under utarbeidelse.

[Alkoholoven](#). Lov av 2.juni 1989 nr 27 om omsetning av alkoholholdig drikk, sist endret 1.1.2016. Loven regulerer omsetning av alkohol i form av skjenking, detaljsalg og engrossalg. Alkoholoven retter seg i liten grad direkte mot den enkelte bruker.

[Legemiddeloven § 24](#) forbyr bruk og besittelse av narkotiske stoffer. Dette skal ramme umiddelbart misbruk. Det er forbudt uten lovlig fullmakt å være i besittelse av eller å bruke narkotika m.v. og å skaffe seg adgang til å få kjøpt slike varer under falske opplysninger. Ved bruk av slike vanedannende medikamenter kreves resept fra lege.

[Helse- og omsorgstjenesteloven](#) av 1.1.2012 tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for alle brukergrupper, herunder brukere med rusmiddelproblemer. Den opphever skillet mellom helsetjenester og sosiale tjenester. Skal gi forsvarlige, helhetlige og koordinerte tjenester og sørge for systematisk kvalitetsarbeid. Viktig med individuell plan(IP) gjennom koordinerende ansvar, og brukerinnslytelse ved utforming av tjenestene

[Folkehelseoven](#) skal sikre folkehelsearbeidet og forebygging generelt i befolkningen.

[Pasient- og brukerrettighetsloven](#) Rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, "nødvendige" kommunale helse- og omsorgstjenester, et verdig tjenestetilbud og rett til informasjon. [Helsepersonelloven](#) med endringer av 1.1.2012, samt [Barnevernloven](#) og [lov om Psykisk helsevern](#) beskriver retten til brukermedvirkning, individuell plan og helsepersonellens ansvar.

Det har i tillegg kommet en rekke dokumenter som legger føringer på arbeid i rusfeltet. De mest sentrale er nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.([ROP-lidelser](#)), og veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.([Sammen om mestring](#)) Veileder om tidlig intervensjon på rusområdet([Fra bekymring til handling](#)) er viktig i det forebyggende arbeidet. St.melding 26(2014-2015) legger føringer for fremtidens primærhelsetjenester, herunder psykisk helse og rusarbeid.

I 2015 kom Opptappingsplan for rusfeltet(2016-2020) [Prop 15S](#), som gir oversikt over hovedutfordringene og fastlegger både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem.



1.2 REGIONENS ARBEID MED PLANEN

I perioden 2004-2006 hadde Nord-Gudbrandsdal en prosjektstilling med hovedfokus på samordning av skjenketider, ruspolitisk handlingsplan og rutinebeskrivelser. Det ble utarbeidet en interkommunal ruspolitisk handlingsplan for Nord-Gudbrandsdal(2006-2008), og en rutineperm for arbeid med rusmiddelavhengige i Nord-Gudbrandsdal. Denne er ikke rullert, men Dovre kommune har videreført egne planer frem til 2012.

Et ønske om rullering av ruspolitiske handlingsplaner, og et behov for strukturering av rusarbeidet i regionen førte til at Skjåk kommune, på vegne av 6K Helse, i januar 2011 sendte søknad om midler, som resulterte i tilskudd fra Fylkesmannen i Oppland til tiltaket «Interkommunal ruskoordinator». Tiltaket inngår i prosjektet Rusprosjekt i Nord-Gudbrandsdal. Stilling som ruskoordinator ble besatt 21.5.12, med Sel som vertskommune, administrativt plassert i NGLMS.

Fjerning av øremerkede midler til rusarbeid i 2013 skapte usikkerhet rundt finansiering av prosjektet. Fra 2015 ble øremerking gjeninnført og prosjektet er nå finansiert gjennom tilskudd til kommunalt rusarbeid og tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester. I tillegg bidrar kommunene med finansiering av prosjektet.

Kommunene mener det er viktig at denne handlingsplanen, ses i sammenheng med øvrige kommunale og regionale planer, og i planprosessen vil en søke å samordne planene så langt som mulig. Kommunene er pålagt å integrere folkehelse i alt planverk, og opptappingsplan 2016-2020 beskriver at forebyggende rusarbeid må sees i sammenheng med folkehelsearbeidet.

Det er den enkelte kommunes ansvar å beskrive eget planarbeid i forhold til rus, og de velger selv om de ønsker egne lokale tiltak som vedlegg til den interkommunale planen.

1.3 RUS OG RUSMIDDEL

Tradisjonelt er definisjon av rusmidler knyttet til sentralstimulerende stoffer som ved inntak gir en umiddelbar velværefølelse, samtidig som konsentrasjon, hukommelse og andre hjernefunksjoner svekkes. En blir mer impulsiv og evnen til å gjøre en kritisk vurdering avtar. Gjentatt rusmiddelbruk kan føre til avhengighet. Rus er betegnelse på en mental og fysisk tilstand som oppstår etter inntak av ett eller flere rusmidler.

Historisk sett har rus vært med oss i flere tusen år. Det har vært og er en viktig ingrediens både i hellige handlinger, som legemiddel og i sosiale sammenhenger. Samtidig kan rusbruk oppfattes som synd, avhengig av tid, sted, regime og religion. Rusmidler, og framstilling og bruk av slike har derfor stadig vært underlagt en viss kontroll, som enten har vært av religiøs eller verdslig art.

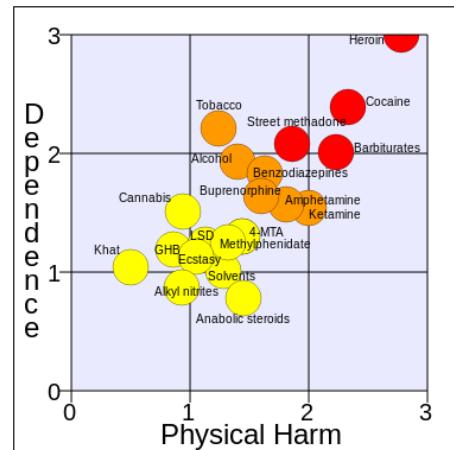
Rus kan defineres som en kjemisk prosess i hjernen. Nyere forskning har vist at alle psykoaktive stoffer, inklusive alkohol, har den egenskapen at de påvirker visse deler av vår hjerne. Hver gang man bruker et psykoaktivt stoff, vil disse områdene aktiveres. Denne aktiviseringen av disse områdene vil for de aller fleste ledsages av en følelse av velvære, belønning og glede eller at en får beroligende effekt. De ulike narkotiske stoffene blir vanligvis delt inn i grupper ut i fra virkning([Legemiddelhåndboka](#)):

- Sentraldempende stoffer som reduserer aktiviteten i sentralnervesystemet. Det er i dag hovedsakelig benzodiazepiner og z-hypnotika, og blir mest brukt mot uro/angst og søvnvansker. Eksempler på dette er legemidlene sobril, stesolid, valium og zopiclone. (Alkohol er også et sentraldempende stoff, men blir ikke regnet som et narkotikum.)
- I tillegg har vi en egen gruppe med opioider, som også er sentraldempende stoff, men det er den smertestillende effekten som blir utnyttet i lovlege legemiddel. Stoffgruppa har sitt utspring i opiumsvalmuen. Eksempler: Morfin, kodein og heroin (halvsyntetisk) og metadon, petidin og fentanyl (syntetisk).
- Sentralstimulerende stoff, som stimulerer aktiviteten i sentralnervesystemet: Amfetamin, metamfetamin, kokain og khat er de mest kjente stoffa i denne gruppa. GHB – middel brukt til bedøving, med ruseffekt.
- Cannabis er det mest utbredte ulovlige rusmiddelet i Norge og verden ellers. Stoffene i denne gruppa kommer fra planta *cannabis sativa*. Eksempler: Marihuana, hasj.
- Andre typer: Hallusinogene stoff som omfatter både naturlige og syntetiske stoff, som LSD,

Rapporten [Rusmidler i Norge 2015](#) gir en omfattende beskrivelse av narkotiske stoffer.

I tillegg til alkohol, narkotika og ulike legemidler finnes det også andre midler og situasjoner som kan gi former for rus og avhengighet. Spilleavhengighet (dataspill, nettspill, m.m.) er beslektet med rusmiddelproblematikk, både når det gjelder problemer det kan medføre for den enkelte og deres omgivelser. Spilleavhengighet kan medføre mange av de samme problemer som rusmisbruk.

ecstasy og PCP. I tillegg kommer stadig nye varianter på markedet som går under fellesbetegnelsen «Legal Highs». Dette er hovedsakelig syntetisk fremstilte cannabinoider. Navnet kommer av at myndighetene ikke rekker å forby stoffene, før de har vært på markedet en stund.



Figur 1: Forholdet mellom helseskade og avhengighet for de forskjellige rusmidlene, The Lancet. ([Wikipedia/Rusmiddel](#))

- Legemidlene foreskrives lovlig av lege, men alle de nevnte stoffene finnes også på det illegale markedet i Norge.

1.4 HVA ER RUSMIDDELMISBRUK?

Vår forståelse av rusmiddelmissbruk reduseres ofte til bare å handle om kronisk alkoholisme eller sprøytemisbrukere. Massemedia fokuserer på narkotika og brukere av illegale stoffer som et omfattende problem, mens alkohol ofte gis positiv omtale og negative konsekvenser av alkoholbruk tilsløres. Dette til tross for at alkoholbruk fører til et langt større skadeomfang. Det er en samfunnsmessig utfordring at det å ha rusmiddelproblemer fortsatt er skam- og skyldbetont for mange, og vanskelig å snakke om. Signaler på overforbruk er ofte diffuse og tvetydige, noe som betyr at problemene kan vokse seg store og kroniske før man gjør noe med dem. Fastleger rapporterer at den største utfordringen med denne pasientgruppen er å få pasienten til å erkjenne misbruksproblematikk.



Det finnes ingen entydig definisjon på rusmiddel-misbruk. Den vanligste måten å definere det på, er bruk av rusmidler som har ført til negative konsekvenser i forhold til fysisk/psykisk helse, sosiale relasjoner, økonomi mm. Med en slik definisjon får en med seg et bredt spekter av skadevirkninger.

Både ICD og DSM har to diagnoser relatert til alkohol som ikke er helt sammenfallende, se figur.

System	Begrep	Definisjon
DSM-IV	«Alkoholmisbruk» og «Alkoholavhengighet»	Alkoholmisbruk = gjentatt bruk til tross for gjentatte, negative konsekvenser. Alkoholavhengighet = <i>misbruk</i> kombinert med toleranse, abstinens, en ukontrollerbar trang til å drikke.
ICD-10	«Skadelig bruk av alkohol» og «Avhengighetssyndrom, knyttet til alkohol»	Definisjonene er som i DSM-IV. Konseptet «skadelig bruk» brukes for å redusere underrapportering av skader når det ikke foreligger avhengighet.

Diagnosesystemene og forskningslitteraturen klassifiserer rusmisbruk, herunder misbruk av alkohol, for å være psykiske lidelser. Siden definisjonen av rusmiddelmisbruk fokuserer på skadevirkningene av rusmiddelbruken, vil disse kunne bestå i flere typer skadevirkninger og oppfattes på svært ulike måter i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger. Vi ser at det i ulike miljø og kulturer er ulike forventninger til rusmidlenes opplevde virkninger og ulike oppfatninger av hva som er passende og upassende måter å opptre på ved bruk av rusmidler. Dermed vil definisjon på skadevirkninger bli forskjellige, og forståelsen av hva som er misbruk være forskjellig.

Det finnes ikke noe godt svar på nedre grenser for hva som er trygt alkoholkonsum. Enhver rus etter inntak av for eksempel to til fire alkoholenheter kan representere en viss ulykkesrisiko. En slik ulykke kan inntreffe selv om man bare drikker én gang i året. Følgelig blir den sikre nedre grense nærmest null. På den annen side kan risikoen knyttet til et daglig konsum av 2-3 alkoholenheter på en måte som ikke gir blodalkoholkonsentrasjoner over 0,5 promille noen gang, være lite risikabelt, så sant man ikke er gravid, har spesielle sykdommer, disposisjoner eller bruker medikamenter. Helt sikker vil man imidlertid ikke være, for eksempel når det gjelder risiko for avhengighetsutvikling. Spørsmålet om sikre grenser er derfor nærmest umulig å besvare. Det generelle rådet fra Folkehelseinstituttet er derfor: jo mindre, jo sjeldnere, desto bedre.

2 RUSMIDDELSITUASJONEN I NORGE

Alkohol er det vanligste rusmiddelet i Norge. I befolkningsundersøkelse(16-79år) utført av SIRUS/SSB for 2015 rapporterte et stort flertall (93 %) at de har drukket alkohol noen gang, mens 82 % oppga at de hadde drukket alkohol siste 12 måneder. Fire av ti menn og tre av ti kvinner oppga at de har drukket én dag i uken eller oftere i løpet av siste 12 måneder, mens svært få(2,5 %) oppga å ha drukket fire dager i uken eller mer.

Det finnes ikke statistikk på utbredelse av alkoholmisbruk i Norge. En beregning antyder at mellom 66 500 og 123 000 kan defineres som stordrikkere. (*En kvinne regnes som stordrikkere om hun drikker 9 cl ren alkohol hver dag i gjennomsnitt, og en mann om han drikker 12 cl ren alkohol hver dag i gjennomsnitt. 10 cl ren alkohol tilsvarer 0,25 liter brennevin eller vel ei hel flaske vin eller vel 2 liter pilsnerøl.*) I perioden 2010-2014 var mellom 9 og 10 000 personer årlig innlagt i spesialisthelsetjenesten(TSB) for behandling av alkoholproblemer.

Informasjon fra [AKAN Kompetansesenter](#) viser at 10 – 15 % av ansatte i norsk arbeidsliv drikker med helserisiko. En svensk undersøkelse viste at 30 % av alt korttidsfravær og 15 % av langtidsfraværet er



rusrelatert. Det anslås at 7 – 8 % av arbeidstagerne har et rusmønster som i perioder påvirker jobben. Det er beregnet at norske bedrifter taper 11-12 milliarder kroner årlig på grunn av de ansattes alkoholbruk.

I perioden 2009-2013 døde nærmere 400 personer årlig i Norge med langvarig og høyt alkoholinntak som dødsårsak. I tillegg kommer død der alkohol er indirekte årsak, slik som drap, selvmord og ulykker. Det vil også være en rekke andre sykdommer og dødsfall som kan ha sammenheng med alkoholbruk. Dette gjelder bl.a. ulike kreftformer og hjerte-karsykdommer. Utover dette er en stor andel voldstiltfeller og skadeverk gjort under påvirkning av alkohol. 60-80 % av all vold i Norge skjer i forbindelse med alkoholrus. I 2014 var det over 6000 sykehusinnleggelser med alkoholrelatert diagnose, trenden er økende.

Narkotika er et alvorlig problem. SIRUS anslår i rapporten Rusmidler i Norge 2015 at 7 % av befolkningen over 15 år har brukt cannabis noen gang. Andelen reduseres i forhold til sterkere stoffer, og et estimat anslår at kun 3 av 1000 bruker heroin eller metadon. I en europeisk skoleundersøkelse (ESPAD) går det frem at norske 15–16 åringer bruker mindre narkotika enn ungdom i andre land i Europa. Det samme gjelder stort sett for bruk av alkohol, eksempelvis antall ganger de unge har drukket alkohol.

Politiet registrerte om lag 17 500 beslag i Norge i 2014, noe som er en jevn økning og det er gjort beslag i alle landets distrikter. Årlig dør omkring 250 personer som direkte følge av narkotikamisbruk, og trend er at andelen narkotikadødsfall har stabilisert seg de siste årene.

Cannabis, hovedsakelig hasj, er fortsatt det mest utbredte narkotiske stoffet i Norge. Tidlig på 2000-tallet utgjorde hasj omkring 90 prosent av cannabisbeslagene, men er i de siste årene redusert til omkring 70 prosent, mens marihuana/cannabisplanter utgjør omkring 30 prosent. I følge Kripas kan denne utviklingen trolig tilskrives økt innenlands cannabisproduksjon.

Det var en jevn økning i antall beslag av «vanlig» amfetamin fram til begynnelsen av 2000-tallet, mens det deretter, med unntak av enkelte år, har vært en nedgang. Samtidig har det imidlertid vært en stor økning i antall beslag av metamfetamin. Informasjon fra behandling og spørreundersøkelser tilsier imidlertid at brukere av amfetaminer ikke vet om stoffet de inntar er «vanlig» amfetamin eller metamfetamin, noe som indikerer at det i Norge ikke er et eget marked for metamfetamin. I 2014 ble det beslaglagt 315 kg amfetamin og snaut 105 kg metamfetamin

Bruk av amfetaminer, kokain og andre narkotiske stoffer forårsaker få dødsfall, men hyppig og risikofylt bruk fører til personlige, sosiale og helsemessige problemer. Det er beregnet at det i 2013 var 11 200 som brukte amfetaminer en gang per uke eller mer. De senere år har nye syntetiske stoffer også kommet til Norge, det finnes et bredt utvalg som kan handles over internett.

Stortingsmelding nr.30 – Se meg har tatt i bruk begrepet passiv drikking. Med passiv drikking menes de skader og problemer som den som drikker påfører andre enn seg selv: Vold, trafikkulykker, fosterskader, pårørende, barn av rusavhengige foreldre, trusler og sjukane, ordensforstyrrelser, sosiale og samfunnsmessige omkostninger. Skader og problemer for pårørende og spesielt barn er et område som ofte blir oversett. Når barnevern får melding om saker, ligger det ofte rusmiddelmisbruk som en bakenforliggende årsak.

Det er anslått at mellom 50 000 og 150 000 barn lever sammen med foreldre med et risikofylt alkoholkonsum. For hver person som er alkoholavhengig, er det i gjennomsnitt tre personer som sliter med reaksjoner og symptomer direkte knyttet til den alkoholavhengiges atferd og problemer(FHI,2011).

2.1 UTVIKLING AV ALKOHOLFORBRUKET

Alkoholforbruket målt etter beregnet omsetning har hatt en jevn økning frem til 2008, de siste årene har det vært en nedgang. Tradisjonelt har norsk alkoholbruk vært forbeholdt helger, ferie og feiring. Det er da vanlig



med stort forbruk ved hvert drikketilfelle. De fleste nordmenn har likevel et nøkternt alkoholforbruk, og flertallet bruker alkohol til nytelse og behag.

SIRUS anslår at nordmenn i 2014 konsumerte ca. 6,0l ren alkohol per innbygger over 15 år en nedgang fra nesten 7 liter i 2008. I europeisk målestokk(12,5l) har vi fortsatt et lavt alkoholforbruk. I aldersgruppen 50+ er alkoholbruken doblet de siste tiårene hos både menn og kvinner. Hos ungdommen derimot ser en utfra spørreundersøkelser at de bruker mindre alkohol.

Årlige spørreskjemaundersøkelser i perioden 2005 til 2012 viser at det er stadig flere nordmenn som gir sin støtte til en restriktiv alkoholpolitikk. En forklaring er at det er flere enn tidligere som tror at det er mulig å begrense de alkoholrelaterte skadene gjennom prisregulering og begrensninger i tilgjengelighet.

2.2 UNGDOM OG ALKOHOL

Over tid har det vært en nedgang i alkoholforbruket fra 2003 blant 15-16 åringer. Dette gjelder så vel andel som oppgir å ha drukket noen gang, i løpet av de siste 12 måneder og i løpet av de siste 30 dager. Eksempelvis var det en økning fra 43 til 55 prosent fra 1995 til 1999 i andelen som oppgir å ha drukket i løpet av de siste 30 dager, mens det har det så vært en jevn nedgang til 23 prosent i 2015. Debutalderen holder seg stabil på ca. 14,5 år. Det ser ikke ut til å være noen forskjell mellom kjønn.

Kilde: [Rusmidler i Norge 2015](#).

2.3 NARKOTIKA

Sammenlignet med skader og problemer knyttet til bruk av tobakk og alkohol, er narkotika problemene i Norge få. Selv om et stort flertall i Norge aldri har prøvd narkotiske stoffer, er det imidlertid en tendens at stadig flere forsøker. Forskning viser at det er klar sammenheng mellom legale og illegale rusmidler, det vil si at vegen til narkotika nesten uten unntak begynner med alkohol. Bruken av narkotika har økt betydelige i løpet av 90-tallet. Basert på data fra ESPAD-undersøkelsene svarte 7 % av ungdom i alderen 15 – 20 år, at de hadde brukt cannabis noen gang, mens andelen i siste del av 1990-tallet var over 12 prosent. Det ser ikke ut til å være noen forskjell mellom kjønn.

Kilde: [Rusmidler i Norge 2015](#).

2.4 LEGEMIDLER

De vanligste vanedannende legemidler er benzodiazepiner(N05B og C) som benyttes ved angst og søvnvansker, og kodein-kombinasjoner og opioider (R05D/N02A), som har smertestillende effekt.

I tillegg til den terapeutiske nytten, representerer imidlertid vanedannende legemidler også fare for avhengighet og misbruksproblemer da de kan gi rusopplevelse eller eufori, toleranseutvikling og abstinenssymptomer. Dette gjelder både for pasienter som i utgangspunktet får slike legemidler i medisinsk øyemed og så blir avhengige, og for misbrukere av illegale rusmidler som bruker slike legemidler som supplement til andre narkotiske stoffer. Rusmiddelmisbrukere bruker ofte kombinasjoner av ulike medikamenter eller medikamenter sammen med alkohol eller illegale narkotiske stoffer. Slik kombinasjonsbruk øker faren for overdose.

I tillegg til den direkte forskrivningen fra lege, er det også et illegalt marked der «overskuddet» fra slik forskrivning omsettes. Noen av de vanedannende legemidlene som blir beslaglagt er derfor legale i utgangspunktet, men brukes illegalt. Det er også grunn til å anta at en betydelig del av slike legemidler som omsettes i misbruksmiljøene, importeres illegalt fra utlandet.

Befolkningsundersøkelser for 2015(SIRUS/SSB) viser en klart større andel bruk av smertestillende legemidler (omkring 25 prosent) enn sovemidler (10-12 prosent) og beroligende midler (omkring seks prosent). For årene



fra 2012 finner en ellers at det var en noe større andel kvinner enn menn som oppga bruk av sovemidler og smertestillende. Bruken er mest utbredt blant eldre, og litt mer blant kvinner enn blant menn.

Bruk og derunder skadelig bruk av slike legemidler er område det er forsket lite på og det finnes ingen nasjonale tall som beskriver misbruket.

3 RUSMIDDELSITUASJONEN I NORD-GUDBRANDSDALEN

3.1 BEFOLKNING, LEVEKÅR OG UTVIKLING

Regionen, her å forstå som Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk, består pr. 1.1.16. av totalt 16 851 personer, hvorav omtrent 14 000 er over 16 år. Kommunene har oppdaterte oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Disse finnes oppdatert på NGLMS sine hjemmesider. (www.nglms.no)

Oversiktene inneholder data om befolkning og levekår i tillegg til områdene miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Temaene er valgt ut fra kjente folkehelseutfordringer, men innholdet i hvert temaområde vil likevel være preget av hva som er tilgjengelig statistikk på kommunenivå. Kommuneoversiktene må sees i sammenheng med annen informasjon, slik som data fra kommunens helse- og sosialtjeneste, lokale folkehelseundersøkelser og generell kunnskap om forholdene i lokalsamfunnet.

3.2 RUS - BRUK OG MISBRUK

Folkehelseundersøkelsen i 2014 ble gjennomført i hele Oppland.. Dovre deltok ikke i denne kartleggingen, da Dovre har gjennomført egen levekårsundersøkelse i 2013. Oppstilling under viser samlede resultater for kommunen, sammenlignet med Oppland. WHO sier at mer en 8 enheter pr. uke øker risikoen for helseskade/utvikling av avhengighet. Tabellen under viser at mellom 4 og 7,4 % har et risikoforbruk.

Sett i forhold til befolkningen utgjør dette minst 500.

Kommune	Alkoholenheter pr uke (gjennomsnitt siste tre måneder)					Sum, mer en 8 enheter
	0 enheter	1-3 enheter	4-7 enheter	8-13 enheter	14+ enheter	
Skjåk	25,5	48,0	20,4	4,1	2,0	6,1
Sel	32,4	44,3	15,9	5,1	2,3	7,4
Lom	31,6	49,0	15,3	3,1	1,0	4,1
Vågå	29,4	53,6	11,8	4,6	0,7	5,3
Dovre 2013*	35,0	47,0	14,0	3,0	1,0	4,0
Oppland fylke	31,2	45,2	17,0	5,0	1,5	6,5

Kilde: [Oppland Fylkeskommune](http://Oppland.Fylkeskommune), * Nglms.no/folkehelse-og-levekårsundersøkelser

En vanlig måte å beregne antall personer med alkoholavhengighet eller misbruk, er å benytte omsetningstall, spørreundersøkelser og forskning og beregne antall stordrikkere.

Statens institutt for rusmiddelforskning har beregnet at mellom 66 500 og 123 000 personer kan defineres som stordrikkere i Norge. Om vi byter dette tallet ned på lokalt nivå betyr det at regionen har mellom 250 og 500 stordrikkere. Til sammenligning har kommunene gjennom Brukerplan kartlegging oppgitt at de tilsammen yter tjenester til 52 personer med kjent rusproblem. Brukerplan sier at de avdekker om lag 15 % av rusmisbrukere ved sine kartlegginger, og skulle omregnet bli 350. Brukerplan ble gjennomført i Nord-Gudbrandsdalen i 2015.



Nasjonale undersøkelser bekrefter at det er store mørketall ved kartlegging av rusmisbruk. Det er fortsatt skambelagt å innrømme alkoholmisbruk, både for den det gjelder og omgangskrets/pårørende. På tross av mer åpenhet rundt problemet, fortsetter misbruket til alvorlige konsekvenser oppstår ift familie, jobb, økonomi eller helse. I en del tilfeller med døden som resultat.

Omsetningstall fra kommunene i forhold til alkohol viser at regionen ikke skiller seg ut fra gjennomsnittsforbruket i Norge. Vinmonopolet har salgsbevilling i fire av kommunene.

Narkotika og medikamentmisbruk finnes det ingen tall på i regionen, men ut fra politiets registreringer er det bruk av hasj og amfetamin. Det er og kjent at det er et marked for ulovlig omsetning av legemidler i alle kommunene.

De kommunevise helseoversiktene i Nord-Gudbrandsdalen gir et bilde av hvor mange som bruker smerte- stillende og beroligende legemidler, men ikke hvor mye de bruker. Leger antyder at 10 % av befolkningen har et avhengighetsproblem knyttet til legemidler. Mye av dette er blandingsmisbruk med legemidler og alkoholbruk. Blandingsmisbruk er utfordrende å behandle.

3.3 RUSUNDERSØKELSE PÅ SKOLENE I REGIONEN

I 2015 ble Ungdata gjennomført blant regionens ungdomsskoleelever(14-16år) knyttet til bl.a. til bruk av rusmidler og erfaringer med bruk av legale og illegale rusmidler. Resultatene fra denne undersøkelsen gir et bilde av rusituasjonen blant regionens ungdomsskoleelever. Om lag halvparten av elevene har vært beruset minst en gang. 1 % oppgir at de har prøvd narkotiske stoffer. Gjennomsnittlig debutalder for alkohol i 2015 var lavere enn landsgjennomsnitt(14,5 år i regionen mot 15 år). Det er kjent at enkelte debuterer allerede i barneskolealder(12-13 år). Det bør foretas årlige undersøkelser for å få oppdaterte tall på ungdommens forhold til alkohol og rusmidler i regionen, og måle resultater av forebyggende tiltak.

3.4 RUSARBEID I REGIONEN

Rusarbeidet i regionen har vært fragmentert og preget av lite samhandling på systemnivå. Fagplan for arbeid med psykisk helse og rus(2015-2018) er vedtatt i alle kommuner(6K) beskriver arbeidsoppgaver og ansvarsområder for fagfeltet. Tiltaksplanen peker på behov for kompetanseheving, samhandling og struktur. En regional arbeidsgruppe er i arbeid for å utarbeide fagprosedyrer for forebygging, oppfølging og behandling. Disse skal også inneholde beskrivelser av samhandling med spesialisthelsetjenesten, for å sikre gode overganger og et helhetlig tilbud.

Kommunene har vedtatt å benytte Brukerplan som kartleggingsverktøy for å få kunnskap om omfang av rusmisbruk hos personer som mottar kommunale tjenester. Brukerplan 2015 viser at det er forholdsvis lite bruk av IP(21 %), men større bruk av ansvarsgrupper(50%). Dette er høyere en landsgjennomsnittet(14%/44%). Totalt mottar 52 personer med rusproblemer tilbud fra kommunale tjenester i regionen vår. Brukerplan vil ligge tilgjengelig på www.NGLMS.no etter presentasjon våren 2015.

Forebyggingsarbeid skjer på helsestasjoner som har forskjellige verktøy ift rusinformasjon. Skolene har rus som tema, men det er ikke satt i system og varierer fra kommune til kommunene. Ruskoordinator bidrar med undervisningsopplegg ift rusforebygging.

Kommunale tjenester samarbeider godt i ansvarsgrupper på individnivå, men også her er det mye fragmentert og lite tverrfaglig samhandling på systemnivå. Flere tjenester bl.a. hjemmetjenester og NAV rapporterer at de har brukere/pasienter med rusproblematikk, men mangler kompetanse i dag. Kommunene har lagt kommunalt rusarbeid til psykisk helse-tjeneste. Det er viktig å trekke alle kommunale tjenester, spesielt fastlegene inn i arbeidet med koordinering og strukturering av rusomsorgen.



3.4.1 BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning på systemnivå innen psykisk helse og rusarbeid er en stor utfordring for regionen. Det er meget viktig at kommunene iverksetter tiltak for å endre dette. Den enkelte ansatte i helse- og omsorgstjenestene har et ansvar for å informere brukere/pasienter om hvor viktig dette er.

4 RUSMIDDELPOLITISKE MÅL OG STRATEGIER

4.1 NASJONALE MÅL OG STRATEGIER

Gjennom [Opptappingsplan for rusfeltet\(2016-2020\)](#) beskrives følgende hovedmål:

- 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.

Regjeringens politikk på rusfeltet har som overordnet mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Noen føringer i planen:

- Folkehelseperspektivet skulle være førende.
- Tiltak rettet mot utsatte grupper viktige.
- Tilbud i det ordinære tjenesteapparatet er bedre enn særtiltak.
- Opprustning av kapasitet i kommuner og spesialist, og av kvaliteten av det samlede arbeidet på feltet

Helse- og omsorgstjenester skal møte skadelig rusbruk med tidlig innsats, riktig behandling og god oppfølging. Det 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.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – [ROP-lidelser](#) beskriver følgende sentrale anbefalinger:

- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan.
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid(IP).
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.

St.melding 26(2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste beskriver at det overordnet sett, er utfordringer i det kommunale psykisk helse- og rustilbudet til alle brukergrupper. Det er derfor like viktig å snakke om god samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, som mellom tjenestenivåer.

Regjeringen har flere virkemidler bl.a. å innføre lovkrav til psykologkompetanse i kommunen(2020), innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter(2017), innføre øyeblikkelig hjelp døgntilbud.(2017) og styrke kompetansen om rus i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Regjeringens satsinger følges opp med en rekke tilskuddsordninger for å sette kommunen i stand til å må målene, i tillegg må det jobbes for at kommunene bruker økte overføringer(400mill) til å styrke kommunalt rusarbeid .



4.2 REGIONENS MÅL OG STRATEGIER

Regionen ved de fem kommunene ønsker med denne handlingsplanen å samordne kommunalt rusarbeid lokalt i kommunen og regionen. Det er i hovedsak DPS/TSB som er kommunenes samarbeidspart inn mot spesialisthelsetjenestene i rusfeltet. Klinisk samarbeidsutvalg-Nord er en viktig samarbeidsarena og må forankres godt i kommunen. I kommunen er det psykisk helsetjenester og tidligere NAV som tradisjonelt har bistått, mens samarbeidet internt i kommunene og i regionen er fragmentert, som tidligere beskrevet.

Forebyggende og helsefremmende rusarbeid kan deles inn i tre hovedtyper tiltak:

- Universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen
 - Salg- og skjenkepolitikk
- Selektive tiltak som retter seg mot bestemte grupper som vurderes som mer risikoutsatt
 - Tidlig innsats/Informasjonstiltak
- Indikative tiltak retter seg mot enkeltpersoner med et definert problem
 - Behandling/Oppfølging/Rehabilitering
 - Tverrfaglige arbeidsgrupper samarbeid inkl. spesialisthelsetjeneste

Overordnede mål for rusmiddelpolitikken i Nord-Gudbrandsdal skal være å:

- ❖ Styrke den rusfaglige kompetansen i regionen.
- ❖ Forebyggende arbeid og tidlig innsats rettet mot barn og unge, voksne og eldre.
- ❖ Utvikle et helhetlig tilbud for personer med rusmiddelproblem.
- ❖ Ivareta brukermedvirkning i eget liv og tjenesteutvikling.
- ❖ Felles salgs- og skjenkepolitikk.

Dette skal skje gjennom å videreutvikle tverrfaglig samarbeid lokalt og regionalt for alle overordnede mål. Kommunene må være tydelige på sitt ansvarsområde ift rusarbeid og hvilke tjenester som skal involveres. Sel kommune inviterte 4.mars 2016 ledelsen i Sykehuset Innlandet og psykisk helsevern til arbeidsmøte. SI utfordret kommunene på regionalt samarbeide i Nord-Gudbrandsdalen. Forutsetningen vil være forankring på rett nivå i kommunene. Et viktig tiltak må være en samarbeidsavtale som beskriver hvordan kommunene skal nå overordnede mål i samarbeid med SI.

Rusprosjektet ved ruskoordinator får en viktig rolle i utvikling og implementering av tiltakene i denne planen. Samtidig er det et stort fagfelt å jobbe med, og en kan ikke forvente at ruskoordinator skal kunne bidra inn på alle områder som planen beskriver. Det vil derfor være behov for at kommunen må prioritere hvilke tiltak de ønsker at ruskoordinator skal bidra i.

Rusprosjektet skal evalueres sommeren 2016, i forhold om varig videreføring av ruskoordinator. Ruskoordinator har vært ansatt i prosjektet i 4 år til våren, og har fått fast ansettelse fra 1.1.16 i vertskommunen Sel. Det vil bli foretatt en spørreundersøkelse blant kommunale tjenester, og dette sammen med rapportering fra ruskoordinator vil danne grunnlag for evaluering og eventuell videreføring.



5 TILTAK FOR Å NÅ MÅLENE

Dette kapittelet beskriver tiltak i handlingsplanen. Tiltakene er delt opp i forhold til regionens mål for rusarbeid. Brukermedvirkning beskrives under hvert område. Tiltak innen rusfeltet handler om å inkludere alle innbyggere i samfunnet gjennom å skape trygge bomiljø, arbeidsmuligheter, aktivitets- og fritidstilbud. Fra starten av livet er trygge og gode oppvekstvilkår, og utjevning av sosiale forskjeller, viktige for å forebygge problemer senere i livet.

Dette forutsetter at de forskjellige sektorer og forvaltningsnivå i den enkelte kommune er bevisst ansvar for et helhetlig tilbud, og fokus på brukermedvirkning på alle nivå.

Mennesker med annen avhengighetsproblematikk enn alkohol og narkotiske stoffer bør ha tilgang til det samme tjenesteapparatet for informasjon, råd og veiledning, behandlings- og rehabiliteringstiltak. Det er derfor viktig at kommunale tjenester har nødvendig kompetanse innenfor også disse områdene. Doping og spilleavhengighet blir ikke omhandlet videre i denne planen, men en må se tiltakene i lys av disse områdene.

Planen er en videreføring og omarbeidet plan 2013-2016 og har en varighet på 4 år. Det forutsettes at tiltakene på regionalt og kommunalt nivå gjennomføres med fokus på at de skal videreføres etter at rusprosjektet avsluttes. Dette forutsetter systematisering og implementering av tiltakene i kommunalt planverk. Samhandlingstiltak på regionnivå eller med 2 eller flere kommuner bør prioriteres.

For at det skal være mulig å drive utviklingsarbeid må kommunen frigi ressurser i alle aktuelle tjenester og administrasjonen må være tydelige på at dette blir prioritert.

Kommunene har fått økte bevilgninger gjennom rammeoverføringer til rusarbeid, se figur.

Andel av 400 mill. til kommunalt rusarbeid i statsbudsjettet for 2016. Kilde: Fylkesmannen i Oppland, 1000kr.				
Kommune	Indeksberegnet utgiftsbehov sosialhjelp	Bef. Andel pr. 1.7.15	Andel beregnet utgiftsbehov sosialhjelp	Fordeling etter sosialhjelps nøkkel 2016
Dovre	0,7604	0,0005	0,0004	160
Skjåk	0,5579	0,0004	0,0002	96
Lom	0,5194	0,0005	0,0002	94
Vågå	0,5428	0,0007	0,0004	154
Sel	0,6822	0,0011	0,0008	313
Samlet for Nord-Gudbrandsdal, eks. Lesja				547

Tiltak med økonomiske eller organisasjonsmessige konsekvenser følges opp i prosjektperioden og fremmes som egne saker.

5.1 STYRKE DEN RUSFAGLIGE KOMPETANSE I REGIONEN

Personellet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er den viktigste ressursen vi har. Opptrappingsplanen beskriver behovet for kompetanseheving innen rus og psykisk helse. Dette samsvarer med tilbakemeldingene fra kommunene. Behovene må inn i kompetanseplaner i kommunene, og en videreføring og videreutvikling av kompetansetiltak for rusfeltet er nødvendig. Ruskoordinator vil fortsette arbeidet med å prioritere rusfeltet i kompetanseplaner.

Kompetanseheving:

- ❖ Utdanningstilbud
- ❖ Rusforum
- ❖ Fagdager
- ❖ Undervisning/Veiledning

Personal, pasient
og pårørende!

Det er et stort behov for å styrke kompetansen til brukere og pårørende, for å ivareta pasient-/brukermedvirkning både på individ og systemnivå.



Regjeringens strategier for lokalt rusarbeid og psykisk helsearbeid har mange økonomiske incentiver som kommunene må dra nytte av, gjennom forskjellige tilskuddsordninger til kompetanseheving. Karrieresenteret OPUS Nord Gudbrandsdal kan bidra med tilrettelegging av lokal videre- og etterutdanning i samarbeid med fylke, høyskole og region. Kommunene oppfordres til å synliggjøre kompetansebehov i samarbeid med OPUS.

Forskjellige former for fagdager, lokalt i kommunene med aktuelle tema vil også være aktuelle tiltak, enten lokalt eller ved hjelp av

videokonferanse. For den voksne og eldre del av befolkningen vil Utviklingssenter for heimetjenester i Lom og Skjåk(UHT) være en viktig samarbeidspartner.

Klinisk samarbeidsutvalg(KSU) må brukes som samarbeidsarena regionalt, og videreføring av årlige Rusforum for Nord-Gudbrandsdalen, med deltagelse fra brukere og pårørende, kommunale tjenester og politikere og fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene må lokalt bruke tverrfaglige arbeidsgrupper for å synliggjøre lokale behov, og vil være viktig i implementeringsarbeidet.

5.1.1 KUNNSKAP OM BRUK OG MISBRUK AV RUSMIDLER

God oversikt over rusmiddelsituasjonen og tjenestebehovene er avgjørende for å kunne utvikle og dimensjonere tjenestetilbudet i forhold til organisering, kapasitet og kompetanse. Brukererfaringer er viktig for utforming av tilbudet og for å kunne planlegge og dimensjonere tjenestene. Dette skal skje gjennom fortsatt bruk av Brukerplan kartlegging og Ungdata undersøkelser i planperioden. Sammen med helseoversikter vil dette gi en god beskrivelse av utfordringene i rusfeltet.

En synliggjøring av kostnader forbundet med misbruk av rusmidler, kan medføre større aksept for bruk av ressurser og gjennomføring av tiltak. Innhenting av data og informasjon fra kommunale tjenester, NAV, Politi, næringsliv m.fl. kan sammenlignes med nasjonale beregninger og gi kommunene og innbyggere en bedre forståelse for tiltak og ressursbehov.

Kartlegging:

- ❖ Brukerplan
- ❖ Ungdata
- ❖ Brukerundersøkelser
- ❖ Informasjonstiltak

Informasjonstiltak knyttet til risikobruk av alkohol, medikamenter og illegal narkotika vil bidra i det forebyggende rusarbeidet spesielt og folkehelsen generelt. Informasjon gjennom nettsider, brosjyremateriell og møter vil være aktuelle måter å spre informasjon til befolkningen. Det vil være aktuelt å lage en eller flere brosjyrer med informasjon.

5.2 FOREBYGGENDE ARBEID OG TIDLIG INNSATS

Det forebyggende arbeidet må ses i sammenheng med folkehelsearbeidet i kommunene, og i de planer kommunene har valgt å beskrive folkehelsearbeid. Folkehelselovens §4 beskriver blant annet kommunens ansvar for å fremme befolkningens helse og trivsel, og forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, samt bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller. Dette er viktige faktorer som sammenfaller med å forebygge rusproblem. Kommunenes inngåtte tjenesteavtaler med spesialisthelsetjenesten(Sykehuset Innlandet) skal sørge for at tjenestene blir helhetlige og i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner. Videreføring av samarbeid med koordinator i samfunnsmedisin og folkehelse vil være viktig i forebyggingsarbeid generelt.

Kapitelet er delt i to, med tiltak for barn og ungdom, og for voksne og eldre.



5.2.1 BARN OG UNGDOM

Folkehelse starter med graviditet og fødsel. Forskning bekrefter at tidlig intervensjon virker godt. Helsestasjon, skole og barnehage er viktige aktører og møteplasser i det forebyggende rusarbeidet. Barnevernstjenesten, PPT, NAV, BUP, Politi, Kultursektor, frivillige lag og organisasjoner, frivilligsentraler og natravngupper er viktige medspillere. Det bør arbeides for at kommunen i størst mulig grad samordner aktuelle tiltak mellom tjenestene. Det vil være ressursparende om alle kommunene får en felles plattform i forhold til tiltakene, og at rus kommer inn på årsplan til skoler og i andre sammenhenger.

Dette arbeidet må organiseres på kommunenivå, men det er naturlig å se på muligheter for samarbeid mellom kommunene. En måte å organisere dette på er å opprette koordinatorstillinger for 2-3 kommuner, som kan være ansvarlig for det forebyggende arbeidet, og ha gjennomførings- og oppfølgingsansvar for forebyggende tiltak. Helsedirektoratet har en tilskuddsordning med fokus på dette området. Det er mulig å søke midler til lokale rusforebyggende koordinatorene, også kalt SLT-koordinator, i kommunene. Regionen må vurdere organiseringen av dette tiltaket, og det forutsetter samarbeid med politiet. SLT står for Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet. SLT sikrer at de ressursene som allerede finnes hos kommunen og politiet, blir mer samkjørt og målrettet. Tiltaket har en tidshorisont på 4-5 år, og forutsetter overgang til varig drift.

Barn og Unge

- ❖ Informasjon skole/foreldre
- ❖ SLT-koordinator
- ❖ Fagdager
- ❖ Tidlig intervensjon

En slik løsning vil kunne følge opp og samordne eksisterende tiltak som for eksempel behandlingslinje for gravide, spe- og småbarnsfamilier, natravner, MOT m.m. I tillegg vurdere nye tiltak som foreldreprogrammer, foreldrenettverk, fritidsaktiviteter og bidra i arrangement som helseuke på skolen, verdensdag for psykisk helse, og tiltak i videregående skole for å motvirke frafall.

Forskning visere at ingen enkelttiltak innen forebygging har noen målbar virkning, men får effekt først når alle tiltak settes i sammenheng og koordineres.

Uavhengig av om det satses på SLT, må kommunen sørge for planer der ansvar og rutiner for identifisering, bekymring/varsling, avdekking og tiltak. Det bør utvikles rutiner for oppfølging av risikoutsatte barn/ungdom som identifiseres i de forskjellige tiltakene. Barneansvarlig i den enkelte kommune kan ha en koordinerende rolle i dette arbeidet.

5.2.2 VOKSNE OG ELDRE

Det er beskrevet i tidligere kapitler hvordan situasjonen er for den voksne befolkningen i regionen vår. Det er i dag aldersgruppen 50+ som har høyest økning i alkoholkonsum og at færre er avholdende. Samtidig er eldre mer utsatt på grunn av at fysiologiske endringer gir mindre væskevolum slik at promillen blir høyere en tilsvarende hos yngre personer (SIRUS/HUNT). Informasjonstiltak vil være skadeforebyggende, bl.a. i forhold til fallulykker i hjemmet.

Voksne og eldre

- ❖ Kompetanseheving i tjenestene
- ❖ Snakk om rus
- ❖ Informasjonstiltak
- ❖ Fagutvikling - UHT

Kommunene våre har rapportert om utfordringer spesielt blant eldre kvinner med rusproblematikk, ofte alkohol sammen med legemidler. Dette



sammenfaller med nasjonale undersøkelser, HUNT. Gevinsten ved å forhindre misbruk av rusmidler som alkohol og legemidler blant eldre er stor. Eksisterende tiltak som helsesamtaler for eldre, og trivselstiltak på frivilligsentraler i kommunene kan utvikles med å inkludere utfordringer med bruk av rusmidler. Leger har selv påpekt behovet for endring av praksis ved utskrivning av legemidler med rus- og avhengighetseffekt. Tiltak for å snakke om rus i denne aldersgruppen vi kunne være god forebygging.

Det er lite forskning knyttet til eldre og rusmisbruk. Det bør satses på kompetanseøkning og kunnskapsutveksling mellom psykisk helse og andre kommunale helsetjenester kombinert med en samordning av tiltak. Utviklingssenter for heimetjenester(Lom og Skjåk) er en naturlig samarbeidspartner for å bidra i dette arbeidet med målrettede tiltak, også inn mot brukere og frivillige.

Det er fortsatt en utfordring å nå det store flertallet av den voksne befolkningen som har et risikofylt alkoholbruk. Som nevnt tidligere i planen er det et sted mellom 250 og 500 personer i regionen som i dag ikke nås av tjenestene. Flere tjenester, spesielt fastleger rapporterer om en pasientgruppe som har klare indikasjoner på rusproblem, men som ikke er villige til å motta hjelp. Denne gruppe påfører, i tillegg til seg selv, samfunnet store sosiale problem og økonomiske kostnader. Det er foreslått å opprette et kontaktpunkt(lokal rustelefon el.l.), og informasjonstiltak eller en oppsøkende regional tjeneste basert på ACT/FACT. Dette bør skje i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Hjemmetjenestene treffer mange brukere og en må i samarbeid med UHT se på fagutviklingstiltak. Erfaringskompetanse og brukermedvirkning er også viktige stikkord i utvikling av slike tiltak.

5.3 UTVIKLE HELHETLIG TILBUD FOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEM

Den enkelte kommune har i dag begrensede ressurser til å drive rusarbeid. Tjenester for psykisk helsearbeid er gitt ansvaret men uten økning av stillingsressurser. Regionen har felles prosjektansatt ruskoordinator som kan bidra i koordineringen. Det forutsetter at tjenestene, ikke bare psykisk helse(og rusarbeid), får fristilt tid, og økte ressurser til utviklingsarbeid i rusfeltet.

For å utnytte ressursene best mulig må regionen fortsette arbeidet med å utvikle og utprøve samhandlings-modeller for kommunene og regionen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er fortsatt behov for å strukturere rusarbeidet i kommunene. Kommunene har plassert det koordinerende ansvaret for rusarbeid til psykisk helsetjeneste, men det er fortsatt viktig at dette ansvaret også må involvere fastleger, NAV og øvrige helse- og omsorgstjenester. Skal dette være mulig må kommuneadministrasjonen prioritere, og sette av tid til systemarbeid.

Regionen må fortsette arbeidet med utgangspunkt i fagplan for arbeid med psykisk helse og rus. Det under utarbeidelse felles rutiner og prosedyrer for

rusarbeid i de kommunale tjenestene.

Helhetlig tilbud

- ❖ Regional samarbeidsavtale
- ❖ Samhandlingsarenaer
- ❖ Felles rutiner
- ❖ Regionalt døgntilbud
- ❖ Regionalt oppfølgingsteam

Spesialisthelsetjenesten må involveres i dette arbeidet for å sikre gode pasientoverganger, og forpliktende avtaler mellom partene må utarbeides. Fokus på brukermedvirkning blir viktig på alle nivå, bl.a. gjennom en økt bruk av individuell plan for brukergruppen.

Det må arbeides videre for å etablere øyeblikkelig døgntilbud i regionen for personer med rusproblemer. Studier viser at rusproblemer og psykiske lidelser(ROP) ofte opptrer sammen, og det er naturlig å se på felles gjennomføring av tiltak for disse gruppene. Her må en se på utprøving av regionale oppsøkende team basert på lokalt tilpasset ACT/FACT-metode. Dette bør sees i



sammenheng med NGLMS, og andre løsninger i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I forhold til nye utfordringer for psykisk helse og rus, der en større del av utredning, behandling og oppfølging skal skje i kommunen, er det interessant å se på fremtidig utnyttelse av, og samarbeid med Bredebygden(DPS Døgnerhet) i et kommunalt perspektiv.

Boligsosialt arbeid er et viktig område. Fortsatt mangler nesten alle kommunene en plan for boligsosialt arbeid. Regionrådet har utarbeidet planer for regional boligpolitikk, men har hatt lite fokus boligsosialt arbeid. Her er Husbanken også en viktig samarbeidspartner. Husbanken anbefaler nå Housing First-modellen, der kommunen tilbyr ordinære boliger, med tilbud om tjenester, som igjen skal motivere til videre behandling. For regionen kan det være interessant å se på muligheten for å samordne støtteordninger i forhold til bolig. I dag er flere kommunale tjenester involvert i de forskjellige ordningene som bostøtte, START-lån, utleie av kommunale boliger og omsorgsboliger. Fra et brukerperspektiv vil en samordning av disse tjenestene gi vanskeligstilte bedre oversikt, samtidig som kommunene kan samle kompetanse for å gi et bedre tilbud. Dette kan videre lette koordineringen av kommunale tiltak i forhold til rusavhengige.

Sel kommune er den eneste kommunen i regionen med boligsosial plan, og regionen bør forsøke å dra nytte av dette arbeidet i de øvrige kommuner. Ruskoordinator vil bidra med å beskrive situasjonen og behovene for rusavhengige i forhold til bl.a. boligoppfølging og ettervern, og i samarbeid med brukerorganisasjoner foreslå oppfølgingstiltak.

Det er et viktig å opprette eller videreføre trivselstilbud, selvhjelpsgrupper, o.l., uavhengig av diagnose, tilsvarende Stabburshella i Valdres. Alle kommunene har i dag tilbud ved sine Frivilligsentraler, og i tillegg har Sel kommune erfaring fra sitt rusprosjekt med Hjerterom, som bør utvikles videre. Frivillige og brukere i kommunene er en ressurs med et potensiale. Kommunene må se på mulighetene for å samordne disse ressursene i tiltak som igangsettes.

Arbeidslivet er en viktig arena for det store flertallet. De fleste som utvikler rusproblem er i full jobb, og det er aktuelt å samarbeide med kommuneadministrasjon og Bedriftshelsetjeneste for å informere om AKAN-arbeid. Dette er like aktuelt for næringslivet generelt. Det bør settes i gang tiltak for å heve terskelen for å snakke om risikofylt alkoholbruk på arbeidsplassen.

5.4 IVARETA BRUKERMEDVIRKNING I EGET LIV OG TJENESTEUTVIKLING

Mental Helse Oppland rapporterer at det er bekymringsfullt at pasienter/brukere i dag i svært liten grad er involvert i dette arbeidet. Det finnes etterhvert mange eksempler på god brukermedvirkning. Det kan være å ansette erfaringskonsulenter, likemannsarbeid, og brukerinvolvering i utvikling av tjenestene(planer og tiltak). Ruskoordinator har gjennom mange samtaler med brukere fått bekreftet at de har liten påvirkning på tjenestetilbudet. Flertallet har

kontakt med en og en tjeneste, og ser ikke alltid fordelene selv med å samordne tiltak. Det er derfor viktig med informasjon og veiledning til pasienter/brukere om IP og brukermedvirkning.

Et viktig tiltak blir å motivere ansatte i tjenestene til å informere om brukermedvirkning på individ- og systemnivå, og legge til rette for at bruker/pasientgruppa får en reell påvirkningskraft i utvikling av tjenestene.

5.5 INTERKOMMUNAL SALGS – OG SKJENKEPOLITIKK

Det interkommunale bevillingssystemet for salg og skjenking av alkoholholdig drikke skal bidra til å oppnå lokale og nasjonale mål som er satt for alkoholpolitikken. Bestemmelsene framgår av alkoholloven med tilhørende forskrift. Det har

kommet en rekke endringer i lov og forskrift, sendes endring med virkning fra 1.1.16. Her er spesielt innføring av prikkbelastning for brudd på regelverk, og mulighet for forlenging av salg- og skjenkeløyver uten ny søknad vært å nevne.



Myndighetene legger stor vekt på regulatoriske virkemidler som aldersgrenser, avgifter, reklameforbud, monopolordning og salgs- og skjenkebestemmelser. Kommunene har innenfor lovens rammer et betydelig handlingsrom med hensyn til skjenketider og kontroll og håndhevelse av skjenkebestemmelsene, og de kan knytte ulike betingelser til skjenkebevillinger. Nyere forskning viser at innskjerping av skjenketider virker forebyggende på rusrelatert vold og skader. Som nevnt tidligere i planen er befolkningen mer positive til den restriktive alkoholpolitikken som føres. Politiet i Nord-Gudbrandsdal fremmet ved forrige høring av denne plan, at skjenketiden bør begrenses til kl.01.00, mens næringslivet naturligvis ønsker maksimale åpningstider.

Kommunene er tjent med en felles salgs- og skjenkepolitikk, og felles åpningstider, som også er samordnet med aktuelle naboregioner vil forhindre lekkasje. For vår region gjelder dette nedover Gudbrandsdalen. Et viktig argument for like skjenketider er å redusere kjøring mellom kommunesentra nattestid for å rekke siste glass i den kommunen som har lengst åpningstid. Det foreslås derfor at kommunene går inn for felles alkoholpolitiske retningslinjer, som en egen del av handlingsplanen, med felles salgs og skjenketider. Det foreslås følgende salgs og skjenketider for regionen:

Salgstiden for alkoholholdig drikk gruppe 1 :

Hverdager + dagen før Kristi Himmelfartsdag: Kl. 08.00-kl. 20.00.

Dager før søn- og helligdager: Kl. 08.00-kl. 18.00.

Skjenketid for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 kan skje fra kl. 08.00 til kl. 02.00.

Skjenketid for alkoholholdig drikk gruppe 3 kan skje fra kl. 13.00 til kl. 02.00.

Alkoholpolitiske retningslinjer

- ❖ Felles salg/sjenketider:
- ❖ Salgstid gruppe 1 :
Hverdager + dagen før Kristi Himmelfartsdag:
Kl. 08.00-kl. 20.00.
Dager før søndag og helligdager:
Kl. 08.00-kl. 18.00.
- ❖ Skjenketid gruppe 1 og 2:
Kl. 08.00 til kl. 02.00.
- ❖ Skjenketid gruppe 3:
Kl. 13.00 til kl. 02.00.

Det er ikke anledning til å søke om utvidet skjenketid for sluttede lag og for enkeltanledninger.

Den enkelte kommune kan vedta kortere skjenketid innen for hele eller deler av kommunen.

Kommunene har også en mulighet til å samle og styrke kompetanse innen alkoholloven, og samtidig oppnå ressursbesparelse og effektiv drift gjennom felles alkoholpolitikk, samlet bevillingsmyndighet, saksbehandling og kontrollavtaler. Signaler fra enkelt kommuner tyder på at dette ikke er aktuelt i denne planperioden.

Det er uten tvil nyttig for kommunens og innbyggeres holdning til alkoholpolitikk at det innføres tiltak som inkluderer kommune, kontrollinstans(hvis eksternt) og næringsdrivende i for eksemplet faste møteplasser, for eksempel gjennom Ansvarlig Vertskap.



5.6 TILTAKSOVERSIKT

Tiltak	Ansvar	Tjeneste/ Område	Tidspunkt
Ansvarliggjøring og brukerfokus	Kommune	Alle	2016
Prioritere ressurser til rusarbeid			
Sikre varig drift av tiltak	Ruskoordinator	Kommune	2020
Bruke avgiftsinntekter fra salg og skjenking i rusarbeid.	Kommune	Kommune/Region	
5.1. STYRKE DEN RUSFAGLIGE KOMPETANSE I REGIONEN			
Rusforum for Nord-Gudbrandsdalen	Ruskoordinator	Kommuner/ DPS/Brukerorg.	Årlig
Fagdager	Ruskoordinator	Faggrupper	2-4 x årlig
Rådgivning/Veiledning/Undervisning	Ruskoordinator	Faggrupper/Brukerorg.	2016-2020
Kompetanseheving gjennom videre og etterutdanning	Kommune	Region/UHT	2016-2020
Kompetanseheving brukere/pårørende/frivillige	Ruskoordinator	Region/Brukerorg.	2016-2020
5.1.1. KUNNSKAP OM BRUK OG MISBRUK AV RUSMIDLER			
Kartlegging, Brukerplan m.m.	Kommune	Kommune	2016-2020
Helsefremmende undersøkelser, Ungdata m.m.	Kommune	Kommune	2016-2020
Innhente tall rusrelatert	Ruskoordinator	Kommune/FHI/Politi	Årlig
Synliggjøre kostnader ved rusmisbruk	Ruskoordinator	Kommune	
Opplysning/Informasjonstiltak	Ruskoordinator	Region	
5.2. FOREBYGGENDE ARBEID og TIDLIG INNSATS			
SLT-prosjekt	Kommune/Politi	Region	2017-2021
Rutiner oppfølging barn/unge i risiko	Kommune	Region	2016
Kontaktpunkt(rustelefon) og/ ambulerende tilbud individuelt	Ruskoordinator	Region	2016-2020
Kompetanseheving på tjenestenivå	Kommune	Tjenester	2016-2020
Kompetanseheving bruker/pårørende	Kommunale tjenester	Brukere/Pårørende/ Organisasjoner.	2016-2020
Opplysning/Informasjonstiltak	Ruskoordinator	Region	
5.3. UTVIKLE HELHETLIG TILBUD FOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEM			
Avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste	KSU/Kommuner	Kommuner	2017
Regional koordinering av rus/folkehelse	Ruskoordinator	Kommune	2016-2020
Felles rutiner og prosedyrer for rusarbeid	Kommune	Kommune	2016
Øke bruken av individuell plan for brukergruppen, gjennom kompetanseøkning og rutinebeskrivelser i kommunene.	Kommune	Kommune	2016-2020
Faste møter med leger i kommunene	Kommune	Fastlegemøte/ Kommuneoverlegemøte	
Videreføre KSU møter med spesialisthelsetjenesten	Kommune/DPS	DPS	
Utvikle ambulant/døgntilbud i regionen	Kommune	Kommune/DPS	2017
Utvikle boligsosialt arbeid	Kommune/ Ruskoordinator	Kommune	2016
Aktivitetstilbud/Møteplasser/Selvhjelp	Kommune/Ruskoordinator	Kommune/Brukerorg.	2017
5.4. INTERKOMMUNAL SALGS – OG SKJENKEPOLITIKK			
Felles alkoholpolitiske retningslinjer	Kommune		2016-2020
Felles salg- og skjenketider	Kommune		2016-2020



5. GJENNOMFØRING AV PLANEN

Det er en forutsetning at handlingsplanen blir forankret i hver enkelt kommune. Det er og viktig at kommunene er villige til å bidra med nødvendige ressurser i gjennomføringen av tiltakene. Rusprosjektet i Nord-Gudbrandsdalen vil bidra på koordinering av plan og tiltak, men kommunene må prioritere eget rusarbeid, slik at kommunale tjenester får frigitt tid til å jobbe med gjennomføring av tiltak. Noen av tiltakene er i gang, mens andre vil bli satt i gang i løpet av 2016 eller 2017.

5.1. PLANENS ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Selve rusprosjektet er finansiert ved tilskudd fra Fylkesmannen i Oppland, med en del finansiering fra deltagende kommuner.

En del av tiltakene kan gjennomføres innenfor ordinær drift, som en del av de lovpålagte oppgaver innenfor det kommunale rusmiddelarbeid. Tiltak med økonomiske konsekvenser følges opp og fremmes som egne saker. Kommunens årlige inntekter fra salgs- og skjenkeavgifter, benyttes som inntektskilde til rusforebyggende arbeid, som alkoholloven beskriver.

5.2. EVALUERING OG RULLERING AV PLANEN

Planens tiltak evalueres årlig av prosjektgruppe og styringsgruppen for rusprosjektet. (5K Helse)
Denne planen må samordnes med regionplan for helsesamarbeid og rulleres hver t 4.år i henhold til denne, men pga. salgs- og skjenkeløyver må den rulleres for hver kommunestyreperiode – neste gang senest innen utgangen av 2015.

5K-Helse har det overordna ansvaret for oppfølging av planen.

HØRINGSUTTALER

Det kom ikke inn noen høringsuttalelser til planen.

POLITISKE VEDTAK:
