



Rusprosjekt Nord-Gudbrandsdal

Dovre – Sel – Vågå – Lom – Skjåk

**Interkommunal
ruspolitisk
handlingsplan
2013-2016**

**Sammen skal vi skape en forskjell for brukere
av kommunale tjenester
til beste for fremtiden,
med bedre og mer effektive tjenester.**

Utskriftsdato: 30.september 2013



INNHold

Innhold	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	7
2.3 Narkotika	7
2.4 Legemidler	8
3 RUSMIDDELSITUASJONEN I NORD-GUDBRANDSDALEN	8
3.1 Befolkning, levekår og utvikling	8
3.2 Rus - bruk og misbruk	9
3.3 Rusundersøkelse på skolene i regionen	9
3.4 Rusarbeid i regionen	9
4 RUSMIDDELPOLITISKE MÅL OG STRATEGIER	10
4.1 Nasjonale mål og strategier	10
4.2 Regionens mål og strategier	11
5 TILTAK FOR Å NÅ MÅLENE	12
5.1 Styrke den rusfaglige kompetanse i regionen	12
5.2 informasjon i regionen om bruk og misbruk av rusmidler	13
5.3 Samordne og styrke forebyggende arbeid	13
5.3.1 Barn og ungdom	13
5.3.2 Voksne og eldre	14
5.4 Samordne og styrke omsorgstilbudet for rusmiddelavhengige	14
5.5 Interkommunal salgs – og skjenkepolitikk	15
5.6 Tiltaksoversikt	16



6.	GJENNOMFØRING AV PLANEN.....	18
6.1.	Planens økonomiske konsekvenser.....	18
6.2.	Evaluering og rullering av planen.....	18
	Høringsuttaler pr.20.09.13:.....	19



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 alkoholloven er kommunene pålagt å utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner, og blir oppfordret til å utarbeide rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Nord-Gudbrandsdalen har tidligere hatt en ruspolitisk handlingsplan for 2006-2008. Dovre har for egen del siden rullert denne for perioden 2009-2013. De andre kommunene har ikke rullert planen.

Kommunene Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk gjennom 6K Helse har på bakgrunn av dette bedt om å få utarbeidet en interkommunal ruspolitisk handlingsplan for Nord-Gudbrandsdalen. Lesja kommune har valgt ikke å være med på denne planen. Målet er å få vedtatt denne planen politisk i alle kommuner i løpet av 2013. 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.

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.

[Alkoholloven](#). Lov av 2.juni 1989 nr 27 om omsetning av alkoholholdig drikk, med endringer av 1.1.2005 Loven regulerer omsetning av alkohol i form av skjenking, detaljsalg og engrossalg. Alkoholloven retter seg i liten grad direkte mot den enkelte bruker. Kapittel 8 inneholder likevel noen slike bestemmelser, som for eksempel forbud mot drikking på bestemte (offentlige) steder og forbud mot å kjøpe alkohol på vegne av personer under 20 år for brennevins vedkommende, og 18 år for øl og vin (lansing).

[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. 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 brukerinnflytelse ved utforming av tjenestene

[Folkehelseloven](#) 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 finnes i tillegg en rekke dokumenter som legger føringer på arbeid i rusfeltet. De mest sentrale er [St.meld. nr. 47](#) (Samhandlingsreformen), [St.meld. nr.30 Se meg](#) (En helhetlig rusmiddelpolitikk) og nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. ([ROP-lidelser](#)). Følgende retningslinjer er under utarbeidelse; Nasjonal faglig retningslinje for avrusning, Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere og Nasjonal faglig retningslinje for kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid.



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.

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». Stilling som ruskoordinator ble besatt 21.5.12, med Sel som vertskommune, administrativt plassert i NGLMS.

Øremerkede midler til rusarbeid er fra 2013 lagt inn i kommunenes rammetilskudd. Det er søkt om alternative finansieringsordninger. Det er søkt om midler til boligsosialt arbeid(BSA) og midler til utvikling og utprøving av samhandlingsmodeller innen rusfeltet på regionalt nivå fra Fylkesmannen i Oppland. I mai 2013 er midler til boligsosialt arbeid bekreftet, og midler til samhandlingsmodeller blir sannsynligvis innvilget. Kommunene må forvente å bidra med finansiering av arbeidet.

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 dette arbeidet er igang i kommunene. Kommunene har vedtatt regionplan for helsesamarbeid i 2012, og den beskriver bl.a. krav til koordinering, planlegging og organisering av helsetjenester. Den sier og at en av utfordringene i NG er psykiske lidelser, herunder rusrelaterte lidelser. I tillegg bør øvrige planer i kommunene også få rusarbeid inn, slik at dette blir en naturlig del av kommunens arbeid.

Det er den enkelte kommunes ansvar å beskrive eget planarbeid i forhold til rus, og de må selv velge om de ønsker dette som vedlegg til den interkommunale planen.

1.3 RUS OG RUSMIDDEL

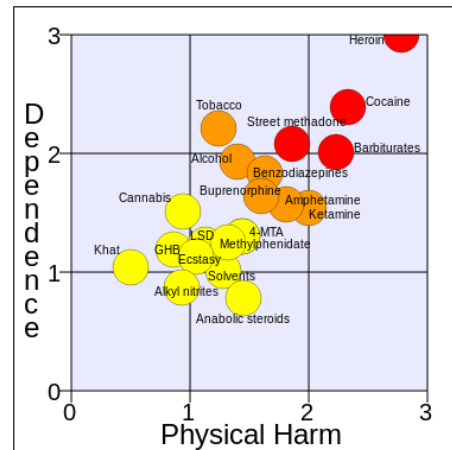
Tradisjonelt er definisjon av rusmidler knyttet til stoffer som ved inntak gir en umiddelbar velværefølelse, samtidig som konsentrasjon, hukommelse og andre hjernefunksjoner svekkes. En blir mer impulsiv og evnen til å gjøre en kritisk vurdering avtar. Gjentatt rusmiddelbruk kan føre til avhengighet. 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 søvnløshet. 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 lovlig 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, kokain og khat er de mest kjente stoffa i denne gruppa. GHB – middel brukt til bedøving, med ruseffekt.
- Cannabis er det mest utbredte ulovlige rusmidlet 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,

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](https://en.wikipedia.org/wiki/Rusmiddel))

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

I tillegg til alkohol, narkotika og ulike legemidler finnes det også andre midler og situasjoner som kan gi former for rus og avhengighet. St.meld. nr. 30 nevner spesielt doping. Doping og spilleavhengighet er beslektet med rusmiddelproblematikk, både når det gjelder problemer det kan medføre for den enkelte og deres omgivelser. Vår tids økende fokus på kropp og utseende har ført til at enkelte, særlig unge, tar snarveier via dopingmidler. Doping kan føre til endring av naturlig vekst, fysiske misdannelser, psykisk ustabilitet og være utløsende for voldelig atferd. Selv om ikke alle dopingmidler er fysisk vanedannende, kan bruk lede til misbruk av andre rusmidler. Spilleavhengighet kan medføre mange av de samme problemer som rusmisbruk.

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.



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 også at folk i ulike miljø og kulturer har svært 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 også skadevirkningene bli forskjellige og forståelsen av hva som er misbruk være forskjellig.

2 RUSMIDDELSITUASJONEN I NORGE

Alkohol er det vanligste rusmiddelet i Norge. Undersøkelser viser at omtrent 90% av befolkningen har drukket alkohol siste 12 måneder, det betyr at 10 % av befolkningen velger å ikke drikke alkohol (WHO 1999). Det finnes ikke statistikk på utbredelse av alkoholmisbruk i Norge. En beregning antyder at mellom 66 500 og 123 000 kan defineres som stordrikkere. Andre opererer med enda høyere tall. 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.

Det er beregnet at norske bedrifter taper 11-12 milliarder kroner årlig på grunn av de ansattes alkoholbruk. 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. 60-80 % av all vold i Norge skjer i forbindelse med alkoholrus. I 2009 døde 387 personer i Norge som følge av langvarig og høyt alkoholinntak. I tillegg kommer død der alkohol er indirekte årsak, slik som drap, selvmord og ulykker. Utover dette er en stor andel voldstilfeller og skadeverk gjort under påvirkning av alkohol.

Narkotika er et alvorlig problem. SIRUS anslår i rapporten Utviklingstrekk på Rusfeltet(2011) at opp mot 15 % 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 1995, 1999 og 2003 ble det gjennomført en europeisk skoleundersøkelse (ESPAD) i regi av CAN i Sverige. 30 europeiske land er med i undersøkelsen. Her 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.

Ifølge politiet ble det i 2005 registrert 19 279 narkotikasaker i Norge, og det ble gjort 23 754 beslag. Den store nedgangen i antall beslag siden toppåret 2002, ser ut til å ha stagnert. I 2009 døde 285 personer som direkte følge av narkotikamisbruk. Tallene går litt opp og ned fra år til år, men var betydelig høyere i 1990- og 2000-



årene enn i 1980-årene. En annen trend er at andelen narkotikadødsfall i Oslo er synkende, men har stabilisert seg de siste årene.

Cannabis, hovedsakelig hasjissj, er fortsatt det mest utbredte narkotiske stoffet i Norge. Cannabis utgjør også hoveddelen av beslagstallene. I 2003 var andelen 44 %. Benzodiazepiner (se benzodiazepinderivater) og amfetamin utgjør de nest største beslagene, begge med en andel på 19 %. De siste par årene har det vært en nedgang i antall beslag av både heroin og ecstasy. I 2003 utgjorde heroinbeslagene 7 % og ecstasy 2 %. Antall sprøytenarkomane er beregnet til å være mellom 11 000 og 15 000 (tall fra 2002). LSD og andre hallusinogene stoffer har aldri hatt stor utbredelse i Norge. Stoffene har lenge vært nesten helt borte fra markedet. 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 sjikane, 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 rusmiddelmissbruk som en bakenforliggende årsak.

Det er anslått at mellom 50 000 og 150 000 barn lever sammen med foreldre med et risikofyllt 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

Alkoholomsetningen og derved forbruket har økt jevnt de siste tiårene. Det har vært en stor økning av alkoholforbruket blant ungdom de senere årene, og holdningene i befolkningen til alkohol blir mer liberal.

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 bruker alkohol til nytelse og behag. SIRUS anslår at nordmenn i 2010 konsumerte 8,0l ren alkohol per innbygger over 15 år en markant økning fra 1995(5,4l). I europeisk målestokk(12,5l) har vi fortsatt et lavt alkoholforbruk. Økningen for Norge er markant, men forskningen kan ikke fortelle oss hvorfor. Noe kan tilskrives endret drikkemønster, gjennom økt reisevirksomhet og generelt økt levestandard. I aldersgruppen 50+ er alkoholbruken doblet de siste tiårene hos både menn og kvinner.

2.2 UNGDOM OG ALKOHOL

Av ungdom i alderen 15 – 20 år oppgir 83 % at de har prøvd alkohol. Debutalderen holder seg stabil på ca. 14,5 år. Alkoholforbruket blant ungdom kan se ut til å ha stabilisert seg. Det kan gi grunnlag for en viss bekymring at jentene er i ferd med å ta igjen guttenes alkoholinntak. I 1990 drakk gutter i alderen 15- 20 år 4 liter sprit pr år, mens jentene i samme aldersgruppe drakk 2 liter. I 2005 er tallet henholdsvis 5,3 liter og 4,5 liter. (Kilde: SIRUS "Ungdomsundersøkelsen 2005") Sirius har sluttet å følge opp denne undersøkelsen pr. 2008.

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 veien til narkotika nesten uten unntak begynner med alkohol. Bruken av narkotika har økt betydelige i løpet av 90-



tallet. Basert på data fra nasjonale årlige ungdomsundersøkelsene var det i årene fra 1990 til 1995 mellom 8 og 10 prosent av ungdom i alderen 15 – 20 år, som svarte at de hadde brukt cannabis noen gang, mens andelen i siste del av 1990-tallet har økt til et nivå 18 – 19 prosent.

Kilde: SIRUS

2.4 LEGEMIDLER

Legemidler som ofte blir foreskrevet til pasienter med angst, søvnvansker eller smerter, kan være avhengighetsskapende. De vanligste vanedannende legemidler er bl.a. kodein-kombinasjoner og opioider (R05D/N02A), som er smertestillende og benzodiazepiner (N05B og C) som benyttes ved angst og søvnvansker. Her må en også skille mellom bruk foreskrevet av lege/psykiater, og ulovlig omsetning og bruk av legemidler.

SIRUS beskriver en stor variasjon i hvilke grupper som bruker mye av disse legemidlene. Bruken er spesielt utbredt blant eldre pasienter, og litt mer blant kvinner enn blant menn. De kommunevise helseoversiktene i Nord-Gudbrandsdalen gir et bilde av hvor mange som bruker disse legemidlene, men ikke hvor mye de bruker. Legene antyder at 10 % av befolkningen har et avhengighetsproblem og derved definert som skadelig rusbruk. SIRUS hevder at beroligende midler og sovemidler brukes langt oftere av eldre personer enn av yngre og oftere av kvinner enn av menn. En beskjeden andel (0,5 – 4 prosent) i aldersgruppen 15–44 år får forskrevet noen typer vanedannende legemidler, mens i aldersgruppen 70 år og eldre får mer enn hver fjerde kvinne (28.3 prosent) og omkring hver sjettede mann (17.1 prosent) forskrevet sovemidler (Z-hypnotika). (SIRUS rapport 3/2011)

Bruk og derunder skadelig bruk av slike legemidler er område det er forsket lite på og det finnes ingen nasjonale tall som beskriver misbruket. SIRUS har et pågående forskningsprosjekt i forhold til omfang og fordeling av bruk av vanedannende legemidler i Norge. De vil studere pasientenes og legenes atferd knyttet til bruk og forskrivning av vanedannende legemidler.

3 RUSMIDDELSITUASJONEN I NORD-GUDBRANDSDALEN

3.1 BEFOLKNING, LEVEKÅR OG UTVIKLING

Regionen, her å forstå som Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk, består pr. 1.1.12. av totalt 17 100 personer, hvorav omtrent 14 100 er over 15 år. Kommunene har utarbeidet oversikt 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.

Det vil være hensiktsmessig å innarbeide data fra rusfeltet i disse profilene, etter hvert som de blir innhentet gjennom kartleggingstiltak.



3.2 RUS - BRUK OG MISBRUK

Det finnes ingen oversikt over bruk av rusmiddel i Nord-Gudbrandsdalen. En innhenting av data fra kommunene pr. 2011 i forhold til omsetning av alkohol antyder at regionen ikke skiller seg ut fra gjennomsnitts forbruket i Norge. Vinmonopolet har etablert utsalg i fire av kommunene.

Antall alkoholavhengige er ikke mulig å anslå sikkert, men den vanligste måten er å benytte omsetningstall, spørreundersøkelser og forskning og beregne antall alkoholavhengige eller stordrikkere. Statens institutt for rusmiddelforskning ([SIRUS](#)) har beregnet at mellom 66 500 og 123 000 personer defineres som stordrikkere i Norge. Om vi benytter dette tallet lokalt betyr det at regionen har mellom 250 og 500 alkoholavhengige, til sammenligning har kommunene i en rundspørring oppgitt at de tilsammen yter tjenester til 50-60 personer med kjent rusproblem. Nasjonale undersøkelser bekrefter at det er store mørketall ved kartlegging av rusmisbruk. Brukerplan sier at de avdekker om lag 15 % av rusmisbrukere ved sine kartlegginger, og dette stemmer overens med kommunale tall. Brukerplan vil bli gjennomført i Nord-Gudbrandsdalen i 2013.

Narkotika og medikamentmisbruk finnes det ingen tall på i regionen, men ut fra politiets registreringer er det bruk av hasj og amfetamin, samt ulovlig omsetning av legemidler i alle kommuner. Politiet kan oppgi tall på foretelser som vold og kriminalitet i ruspåvirket tilstand, og disse vil bli samlet inn til bruk i planen. Det kan også være aktuelt å se på geografisk utbredelse av misbruk i forhold til skjenkebevillinger.

3.3 RUSUNDERSØKELSE PÅ SKOLENE I REGIONEN

I 2004 ble det gjennomført en rusundersøkelse blant regionens ungdomsskoleelever (13-16 år) knyttet til skoletrivsel, fritid, bosituasjon, holdninger til bruk av rusmidler og egne 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 2004 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 nye undersøkelser for å få oppdaterte tall på ungdommens forhold til alkohol og rusmidler i regionen.

3.4 RUSARBEID I REGIONEN

En kartlegging av rusarbeid i kommune er planlagt i 2013, Brukerplan. Denne vil gi oss oppdaterte data.

Rusarbeidet i regionen er fragmentert og lite synlig, dette viser en rundspørring foretatt i 2012..

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. Hjemmetjenestene har rusproblematikk, men savner kunnskap og kompetanse.

NAV og Psykisk Helsevern er hovedaktørene i forhold til rusomsorg, men også her er det mye fragmentert og lite tverrfaglig samhandling på systemnivå. De fleste kommunene har foreslått at psykisk helsetjeneste har eller skal «få ansvaret» for kommunalt rusarbeid. Det blir svært viktig å trekke psykisk helse inn i arbeidet med koordinering og strukturering av rusomsorgen.



4 RUSMIDDELPOLITISKE MÅL OG STRATEGIER

4.1 NASJONALE MÅL OG STRATEGIER

Gjennom [opptrappingsplan for rusfeltet\(2007-2012\)](#) beskrives følgende hovedmål:

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 bedre enn særtiltak.
- Opprustning av kapasitet i kommuner og spesialist, og av kvaliteten av det samlede arbeidet på feltet

Samhandlingsreformen fokuserer på forebyggende tiltak og tidlig innsats, for å redusere behandlingsbehov senere. Dette gjelder ikke minst for rusfeltet, og ble tydeliggjort senest av helseminister Støre under Nasjonal Høringskonferanse om rusfeltet 12.mars 2013.

Stortinget behandlet og vedtok 18.3.2013, Meld. St. 30 (2011-2012) [Se meg!](#) En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol - narkotika- doping. Meldingen beskriver myndighetenes mål og legger særlig vekt på fem områder:

- ❖ Forebygging og tidlig innsats
- ❖ Samhandling – tjenester som jobber sammen
- ❖ Økt kompetanse og bedre kvalitet
- ❖ Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall
- ❖ Innsats for pårørende og mot passiv drikking.

De siste 25 årene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig. Selv om behandlingsoppmerksomheten i spesialisthelsetjenesten i stor grad har vært rettet mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig personlighetsforstyrrelse, legges det nå i økende grad vekt på samspillet mellom rusmidler og mindre alvorlige psykiske lidelser. Dette har ledet frem til Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – [ROP-lidelser](#). Retningslinjen beskriver følgende sentrale anbefalinger:

- Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.
- 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.
- Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende.



4.2 REGIONENS MÅL OG STRATEGIER

Regionen ved de fem kommunene ønsker med denne handlingsplanen å samordne rusrelatert arbeid i tjenester regionalt og kommunalt. Det er i hovedsak DPS/Rusmiddelteamet som er kommunenes samarbeidspart inn mot spesialisthelsetjenestene i rusfeltet. I kommunen er det psykisk helsevern og NAV som tradisjonelt har bistått, mens samarbeidet internt i kommunene og i regionen er fragmentert, som tidligere beskrevet. Det er et mål at brukermedvirkning blir ivaretatt på alle nivå i plan- og tiltaksarbeidet.

HOVEDMÅLET ER Å SAMORDNE RUSRELATERT ARBEID.

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
- 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
- ❖ Informasjon i regionen knyttet til bruk og misbruk av rusmidler
- ❖ Samordne og styrke:
 - Forebyggende arbeid blant barn og unge, voksne og eldre
 - Omsorgstilbudet for rusmiddelavhengige
- ❖ Felles interkommunal salgs- og skjenkepolitikk

Dette skal skje gjennom å videreutvikle tverrfaglig samarbeid på regionalt og interkommunalt nivå for alle overordnede mål.

Strategiplan skal beskrive hvordan rusgrupper/arbeidsgrupper skal fungere, hvordan administrasjon og politikerne, medarbeidere og brukere/pårørende skal involveres, og ikke minst hvordan tiltakene skal gjennomføres.

Kommunene må være tydelige på sitt ansvarsområde ift rus, hva de har ansvar for og hva som delegeres til kommunale tjenester og andre. Mål og strategier for rusarbeid må innarbeides i kommunale planer.



5 TILTAK FOR Å NÅ MÅLENE

Dette kapittelet beskriver tiltak i handlingsplanen. Tiltakene er delt opp i forhold til regionens mål for rusarbeid. Folkehelseperspektivet 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, som skal bygge på bruker- og mestringsperspektiv.

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 problemområdene.

Planen har en varighet på 3 år, men 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. Endelig tiltaksplan må innarbeides i regionplan for helsesamarbeid og i kommunale planer. Samhandlingstiltak på regionnivå eller med 2 eller flere kommuner bør prioriteres.

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. St.meld.30 – Se meg beskriver behovet for et kvalitetsløft innen rus og psykisk helse. Dette er også tilbakemeldingene fra kommunene. Det er gjort forskjellig arbeid med kompetanseplaner i kommunene, og en videreføring og videreutvikling av kompetansetiltak for rusfeltet er nødvendig. Ruskoordinator vil oppfordre til at rusfeltet blir vektlagt i kompetanseplaner. Det er og behov for å styrke kompetansen til brukere og pårørende, for å ivareta brukermedvirkning både på individ og systemnivå.

Kvalitetsløft innen rusarbeid og psykisk helsearbeid har økonomiske incentiver som kommunene har gode muligheter til å dra nytte av. Dette kan skje 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. Utviklingssenter for heimetjenester i Vågå, Lom og Skjåk(UHT) blir en naturlig bidragsyter i dette arbeidet.

Et viktig tiltak blir å videreføre Rusforum for Nord-Gudbrandsdalen, med deltagelse fra brukere og pårørende, kommunale tjenester og politikere og fra spesialisthelsetjenesten.



5.2 INFORMASJON I REGIONEN 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. Forskrift om oversikt over folkehelsen(2012) krever at kommunene har oversikt over helserelatert adferd, herunder bruk av tobakk og rusmidler. Dette finnes ikke i dag. Kartlegging av rusmiddelbruk og misbruk sammen med andre helsefaktorer i befolkningen, vil synliggjøre regionens behov for ytterligere tiltak. Dette kan skje gjennom nasjonale undersøkelser(Brukerplan), eller egne regionalt tilpassede undersøkelser. Dovre kommune gjennomfører i 2013 en Levekårsundersøkelse, som vil bli fulgt opp med tanke på tilsvarende undersøkelser i øvrige kommuner.

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 et bilde av situasjonen.

Informasjonstiltak knyttet til uhelse ved misbruk 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 om handlingsplanen og tiltakene.

5.3 SAMORDNE OG STYRKE FOREBYGGENDE ARBEID

Det forebyggende arbeidet må ses i sammenheng med folkehelsearbeidet i kommunene, og i de planer kommunene har valgt å beskrive folkehelsearbeid. Folkehelseslovens §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.

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

5.3.1 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 nattraavngrupper er også viktige medspillere. Det bør arbeides for at en 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 vi kommer inn på årsplanen til skolene. Kommunens folkehelsekoordinatorer må delta i dette arbeidet.

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.

En slik løsning vil kunne følge opp og samordne eksisterende tiltak som for eksempel behandlingslinje for gravide, spe- og småbarnsfamilier, nattravner, MOT m.m. I tillegg iverksette nye tiltak som foreldreprogrammer i skolen (ÖPP), foreldrenettverk, fritidsaktiviteter og bidra i arrangement som helseuke på skolen, verdensdag for psykisk helse, og tiltak i videregående skole for å motvirke frafall. Utvikling av rutiner for oppfølging av risikoutsatte barn/ungdom som oppdages i de forskjellige tiltakene bør vurderes.

5.3.2 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 enn tilsvarende hos yngre personer. (SIRUS, HUNT) Kommunene våre har rapportert om utfordringer spesielt blant eldre kvinner med rusproblematikk, ofte alkohol sammen med legemidler. Dette sammenfaller med funn hos HUNT. Gevinsten ved å forhindre misbruk av rusmidler som alkohol og legemidler blant eldre er stor. Eksisterende tiltak som helsesamtaler for eldre, og trivselstiltak gjennom frivilligsentraler i kommunene kan utvikles med å inkludere utfordringer med bruk av rusmidler. Etablering av selvhjelpsgrupper kan være et tiltak for eldre. Leger har selv påpekt behovet for endring av praksis ved utskriving av legemidler med rus- og avhengighetseffekt.

Problematikken er lite belyst behandlingsmessig, og 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 (Vågå, Lom og Skjåk) er en naturlig samarbeidspartner for å bidra i dette arbeidet med målrettede tiltak, også inn mot brukere og frivillige.

5.4 SAMORDNE OG STYRKE OMSORGSTILBUDET FOR RUSMIDDELAVHENGIGE

Det må utvikles og utprøves samhandlingsmodeller for kommunene og regionen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er et uttalt behov for å strukturere rusarbeidet i kommunene, og det må begynne med at kommunene definerer hvor ansvaret for dette arbeidet ligger i hver enkelt kommune. Ut fra dette kan etablerte rusgrupper utvikle systemer i samarbeid med ruskoordinator for regionen.

Det er behov for å utarbeide felles rutiner og prosedyrer for rusarbeid i de kommunale tjenestene. Dette må skje i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 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 bør arbeides for å etablere rusakuttilbud i regionen, med utvikling av dag-, helg- og døgntilbud. 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 som er utprøvd i Glåmdalsregionen (ROS), akuttplaner på NGLMS, og andre løsninger i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I forhold til nye utfordringer for psykisk helse og rus, ref. samhandlingsreformen og



forventet kommunal med finansiering, er det interessant å se på fremtidig utnyttelse av Bredebygden(DPS Døgnerhet) i et kommunalt perspektiv.

Boligsosialt arbeid er et viktig område. Her må det også samarbeides med Regionrådet som er i gang med planer for regional boligpolitikk og boligsosialt arbeid. Her er Husbanken også en samarbeidspartner. Dette vil kreve en egen plan, som må prioriteres. Valg av modell er et tema, Husbanken anbefaler nå Housing First-modellen, der kommunen tilbyr ordinære boliger, med tilbud om tjenester, som igjen skal motivere til videre behandling. Det er i dag ingen sentral oversikt over tiltak som fungerer(eller ikke fungerer). 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 største kommunen i regionen og de er i gang med sin boligsosiale plan, og regionen bør forsøke å dra nytte av dette arbeidet i de øvrige kommuner. Rusprosjektet vil bidra med å beskrive situasjonen og behovene for rusavhengige i forhold til bl.a. boligoppfølging og ettervern.

Vurdere opprettelse eller videreføring av 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.

5.5 INTERKOMMUNAL SALGS – OG SKJENKEPOLITIKK

Det interkommunale bevilningssystemet 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(sist endret 1.7.2005) med tilhørende forskrift. Disse er samlet i rundskriv IS-5/2008: Håndbok i alkoholloven mv.

Myndighetene legger stor vekt på regulatoriske virkemidler som aldersgrenser, avgifter, reklameforbud, monopolordning og salgs- og skjenkebestemmelser. Disse virkemidlene er en viktig forklaring på de forholdsvise lave norske alkoholforbruket i forhold til det europeiske. Det er kommunenes ansvar å bestemme salgs- og skjenketider innenfor makstidene, antall skjenkebevillinger og tetthet av skjenkesteder i sentrumsområder. 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. Disse resultatene gjelder for større bykommuner i Norge, og vi har så langt ikke dokumentasjon for at dette gjelder i mindre kommuner og tettsteder. Det er knyttet usikkerhet til effekt av andre forebyggende tiltak i forhold til redusert alkoholforbruk og vold, som for eksempel Ansvarlig Vertskap. Det er uten tvil nyttig for kommunens og innbyggenes holdning til alkoholpolitikk at det innføres tiltak som inkluderer kommune, kontrollinstans(hvis ekstern) og næringsdrivende i for eksemplet faste møteplasser.

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. 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 skal være følgende, jfr. Alkohollovens bestemmelser (§3-7):

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

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

Salg og utlevering av alkoholholdig drikk gruppe 1 skal ikke skje på søn- og helligdager, 1. og 17.mai, og på stemmedagen for stortings-, fylkestings-, kommunestyrevalg og folkeavstemming vedtatt ved lov.

Skjenketid for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 kan skje fra kl. 08.00 til kl. 02.00 (alkohollovens §4-4).

Skjenketid for alkoholholdig drikk gruppe 3 kan skje fra kl. 13.00 til kl. 02.00 (alkohollovens §4-4).

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 dersom regionen felles alkoholpolitikk, samlet bevillingsmyndighet, saksbehandling og kontrollavtaler. I regionen var det pr. 2010 110 skjenkebevilgninger og 40 salgsbevillinger. I tillegg kommer statlige bevillinger, samt at Lom, Vågå, Sel og Dovre har Vinmonopolutsalg.

5.6 TILTAKSOVERSIKT

	Ansvar	Tjeneste/ Område	Nivå	Kostnad	Tidspunkt
Involvere politikere og befolkning	Ruskoordinator /Rusgrupper	Alle	K		2013
Sikre varig drift av tiltak	Ruskoordinator	Kommune	K/R		2016
Bruke avgiftsinntekter fra salg og skjenking i rusarbeid.	Kommune	Kommune/Region	K/R		2014
5.1. STYRKE DEN RUSFAGLIGE KOMPETANSE I REGIONEN					
Rusforum for Nord-Gudbrandsdalen	Ruskoordinator	Kommuner/ DPS/Brukerorg.	R	20.000	2 x årlig
Fagdager – LAR/ROP/nettbaserte hjelpemidler, Audit m.m.	Ruskoordinator	Faggrupper	K/R	20.000	2-4 x årlig
Rådgivning/Veiledning/Undervisning	Ruskoordinator		K/R		
Vektlegge rusfeltet i kommune- og regionplaner	Ruskoordinator	Kommune/Region	K/R		
Kompetanseheving gjennom videre og etterutdanning	Kommune	Kommune	K/R		
Kompetanseheving brukere/pårørende/frivillige	Ruskoordinator	Kommune/Brukerorg.	R		
5.2. INFORMASJON TIL INNBYGGERNE OM BRUK OG MISBRUK AV RUSMIDLER					
Kartlegging, Brukerplan m.m.	Kommune	Kommune	K/R		2013
Helsefremmende undersøkelser, Ungdata m.m.	Kommune	Kommune	K/R		2014
Innhente tall rusrelatert alkoholforbruk/vold/kriminalitet	Ruskoordinator	Kommune/Politi	K/R		2013
Synliggjøre kostnader ved rusmisbruk	Ruskoordinator	Kommune	K/R		2013
Opplysning/Informasjonstiltak	Ruskoordinator	Region	R	20.000	2014
Holdningsarbeid – alkohol og medikamentmisbruk	Ruskoordinator	Kommune	K/R		2013



5.3. SAMORDNE OG STYRKE FOREBYGGENDE ARBEID				Kostnad	Tidspunkt
5.3.1. Barn og ungdom					
SLT-koordinator-prosjekt:	Kommune/Politi	Region	K/R	?	2014
Foreldreprogrammer i skole(ØPP)	Helsestasjon	Skole	K/R		
Foreldrenettverk/foreldreskole	Foreldre	Barneskole	K/R		
MOT-program	MOT	Ungdomsskole/VGS	K/R		
Nattravn	Kultursektor	Barn/Ungdom	K		
Ungdomsklubb	Kultursektor	Ungdom	K		
Ungdomsfritidsordning	Kultursektor	Ungdom	K		
Helseuke på skolen	Psykisk Helse/ Helsestasjon	Alle skoletrinn	K		
Verdensdag for psykisk helse	Psykisk Helse	Alle	K		
Behandlingslinje for gravide, spe- og småbarnsfamilier	Helsestasjon/ KoRusØst	Gravide, Spe-/småbarnsfamilier	K/R		2013
Rusfrie aktiviteter(fra skoleball til seniordans)	Kultur	Skole/Frivillige org.	K/R		
Rus i VGS/Forebygging av frafall	Psykisk Helse/Helsesøster	NG-vg skole	R		
5.3.2. Voksne og eldre					
Helsesamtaler for eldre	Helsestasjon	Eldre	K		
Starte gruppe 50+ (skjult misbruk)	Psykisk Helse?	Frivillige/Brukerorg.	K		
Kompetanseheving	Kommunale tjenester	Brukere/Pårørende/ Organisasjoner.	K/R		
Opplysning/Informasjonstiltak	Ruskoordinator	Region	R		
5.4. SAMORDNE OG STYRKE OMSORGSTILBUDET FOR RUSMIDDELAVHENGIGE					
Utvikle og utprøve samhandlingsmodeller:	Kommune/Ruskoordinator/DPS	Region	K/R		
Inngå avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste					
Regional koordinering av rus/folkelohelse	Ruskoordinator	Kommune	R		
Felles rutiner og prosedyrer for rusarbeid	Kommune	Kommune	K/R		
Øke bruken av individuell plan for brukergruppen, gjennom kompetanseøkning og rutinebeskrivelser i kommunene.	Kommune	Kommune	K/R		
Faste møter med leger i kommunene	Kommune/Leger	Leger	K		
Etablere faste møtepunkter med spesialisthelsetjenesten	Kommune/DPS	DPS	R		
Etablere rusakuttibud i regionen(NGLMS)	Kommune	NGLMS/DPS	R		
Bistå i planarbeid Boligsosialt arbeid	Kommune/ Ruskoordinator	NAV/Psykisk Helse/ Hjemmetjeneste/ Regionrådet	K/R		
Selvhjelpsgrupper	Kommune/Ruskoordinator	Selvhjelp.no, AA, Frivillig sentral m.fl.			
5.5. INTERKOMMUNAL SALGS – OG SKJENKEPOLITIKK					
Felles alkoholpolitiske retningslinjer	Kommune		K/R		
Felles salg- og skjenketider	Kommune		K/R		
Felles bevillings- og kontrollsystem	Kommune		K/R		



6. 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 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 høsten/vinteren 2013/2014.

6.1. PLANENS ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Selve rusprosjektet er finansiert ved tilskudd fra Fylkesmannen i Oppland, med en del finansiering fra deltagende kommuner. Budsjettkostnader for rusprosjekt er vist i eget vedlegg.

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 alkoholoven beskriver. Dette handler om å innhente kompetanse og økonomiske midler det dette finnes, for eksempel hos tilliggende kommuner, DPS/BUP/Rusmiddelteam, Fylkesmannen og KorusØst.

6.2. 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 PR.20.09.13:

Handlingsplanen har vært ute til intern høring i kommunene med frist 20.9.13. Det har kommet inn følgende utaler:

Kommunal rusgruppe i Dovre:

Handlingsplan:

1. Ansvar for det kommunale rusarbeidet skal ligge hos psykisk helsetjeneste. Det må i denne forbindelse ses på ressursene i psykisk helse i forhold til merarbeidet dette medfører.
2. Det anses som viktig å få på plass en egen plan(manual) for Dovre kommune i tillegg til den overordna planen. Dette for å vite hvordan man gjør hva, hvem man skal kontakte, og diverse prosedyrer i gitte situasjoner.
3. I pkt 5.3.1 er ikke «barnehage» nevnt, og dette bør komme med.
4. Ellers ingen spesielle innspill til handlingsplanen.

Retningslinjer:

5. Dersom det nedsettes et interkommunalt bevillingsorgan må det være logisk at det også nedsettes et interkommunalt kontrollutvalg. Størrelsen på et slik utvalg er vanskelig å anslå, men politiet bør være representert i tillegg til de nevnte.
6. De impliserte kommunene bør bruke samme kontrollorgan, jmftr tilbud sendt til Dovre kommune fra Nordfjeldske Kontroll A/S.
7. Ellers ingen spesielle innspill til retningslinjene.

Helse og omsorgsutvalget/Formannskapet i Skjåk:

Vedtak i Formannskapet - 17.09.2013

Formannskapet støtter arbeidet med den ruspolitiske handlingsplanen, med disse merknadene:

1. S. 13 – bør omformuleres slik at det blir tydelig at det her er snakk om å vurdere hvordan kommunene skal organisere samarbeidet, for eksempel om en eller to SLT- koordinatore.
2. Det må sikre tjenester som ivaretar behov for akutthjelp innafor rus i samarbeid med spesialhelsetjenestene.

Formannskapet støtter felles regionale alkoholpolitiske retningslinjer, med disse merknadane:

3. «Kontrollutval» bør endres til et navn som ikke kan forveksles med kommunen sitt kontrollutvalg, for eksempel «Løyve- og kontrollkontoret».

Psykisk helsetjeneste i Lom/Skjåk:

1. Det er vanskeleg å uttale seg konkret om dei ulike tiltaka /måla som er satt opp, i og med at det ikkje er avklara kva for teneste som skal ha hovudansvaret for å koordinere rusarbeidet i kommuna. Det er uholdbart for brukar at denne saka framleis er uavklara(i Lom og Skjåk)!
2. Forslaget til plan er ambisiøs og den har godt fokus både på førebyggjande arbeid , individretta tiltak og arbeid/samarbeid på systemnivå. Den stiller store krav til tverrfagleg og tverretatleg samarbeid.
3. Vi støttar planen men understrekar at dette arbeidet vil krevje både tid og kompetanse som tenesta her ikkje har.

Uttalene er innarbeidet/endret i handlingsplan og retningslinjer pr. 30.09.13..