



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Opptreppingsplan

# Opptreppingsplan for rusfeltet



# INNHold



|   |    |
|---|----|
| <b>FORORD</b> .....   | 5  |
| <b>MÅL OG UTFORDRINGER</b> .....  | 8  |
| Behovet for kapasitetsøkning i tiltaksapparatet.....  | 10 |
| <b>MÅL 1: TYDELIG FOLKEHELSEPERSPEKTIV</b> .....  | 14 |
| Behovet i et folkehelseperspektiv.....  | 14 |
| Delmål 1.1 Redusere totalforbruket av alkohol.....  | 15 |
| Delmål 1.2 Styrke arbeidet mot illegale rusmidler.....  | 17 |
| Delmål 1.3 Styrke informasjonsarbeidet.....   | 19 |
| Delmål 1.4 Styrke rusforebyggingen i arbeidslivet.....  | 20 |
| Delmål 1.5 Styrke det internasjonale arbeidet.....  | 21 |
| <b>MÅL 2: BEDRE KVALITET OG ØKT KOMPETANSE</b> .....  | 24 |
| Dagens kvalitets- og kompetansebehov.....   | 24 |
| Delmål 2.1 Styrke forskning og undervisning.....  | 25 |
| Delmål 2.2 Styrke kompetanse og rekruttering.....   | 26 |
| Delmål 2.3 Styrke kvaliteten i tjenestene.....  | 29 |
| Delmål 2.4 Bedre dokumentasjon og statistikk.....   | 32 |
| Delmål 2.5 Heve kvaliteten i frivillig sektor.....  | 33 |
| <b>MÅL 3: MER TILGJENGELIGE TJENESTER</b> .....   | 36 |
| Sentrale utfordringer i tjenestene.....   | 36 |
| Delmål 3.1 Tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester til barn og unge.....           | 38 |
| Delmål 3.2 Styrke tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunene.....             | 40 |
| Delmål 3.3 Styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet.....                    | 47 |
| Delmål 3.4 Styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk..... | 49 |
| Delmål 3.5 Bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte.....                | 51 |

|   |    |
|---|----|
| <b>MÅL 4: MER FORPLIKTENDE SAMHANDLING</b> .....                                      | 54 |
| Samhandlingen skal gjøres mer forpliktende.....                                       | 54 |
| Delmål 4.1 Bedre samordning av tjenester til barn og unge.....                        | 55 |
| Delmål 4.2 Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene.....                         | 56 |
| Delmål 4.3 Styrke bruken av individuell plan.....                                     | 59 |
| Delmål 4.4 Øke bruken av avtalesystemer.....  | 61 |
| Delmål 4.5 Bedre samordning av lokale forebyggingstiltak.....                         | 62 |
| <br>  |    |
| <b>MÅL 5: ØKT BRUKERINNFLYTELSE OG BEDRE IVARETAKELSE AV BARN OG PÅRØRENDE</b> .....  | 64 |
| Behov for økt brukerinnflytelse.....  | 64 |
| Delmål 5.1 Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer..... | 65 |
| Delmål 5.2 Styrke brukernes medvirkning.....  | 67 |
| Delmål 5.3 Mer systematisk bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeidet.....          | 69 |
| <br>  |    |
| <b>ØKONOMISKE KONSEKVENSER OG OPPFØLGING</b> .....                                    | 71 |
| Økonomiske konsekvenser.....  | 71 |
| Innsats mot rusmiddelproblemer i andre planer.....                                    | 72 |
| Gjennomføring og oppfølging.....  | 72 |



Rusmiddelpolitikk handler om solidaritet med enkeltmennesker og om samfunnets evne til solidaritet. Rusmiddelproblemer handler om sosial ulikhet, om samfunnsutvikling, om utstøting av dem som ikke lykkes og om å mestre utfordringer i skole og arbeidsliv. Det er de grunnleggende politiske veivalgene som betyr mest for rusutviklingen i samfunnet og som bestemmer om vi har et samfunn med et sterkt fellesskap, eller om hver enkelt skal være sin egen lykkes smed.

Opptrappingsplanen viser regjeringens satsingsområder på rusfeltet. Hele rusfeltet ses i sammenheng, samtidig som det forankres i regjeringens helhetlige politikk. Det handler om å få til de gode tjenestene der brukeren står i sentrum. Det holdes fast ved menneskers rett til verdighet selv i de mest krevende situasjoner. Tjenestene skal bygges rundt enkeltmenneskers behov for hjelp samtidig som vi må holde fast ved de brede strategiene som vi vet virker.

Ennå finnes ingen endelig oppskrift på hvordan vi skal få bukt med de negative konsekvensene ved rusmiddelbruk for enkeltpersoner og samfunnet. Vi må leve med dilemmaer og avveininger underveis. En vellykket rusmiddelpolitikk kan ikke organiseres, bevilges eller reguleres fram. Dette handler også om holdninger, handlinger, om følelser og om å ville noe for folk som av ulike grunner er i en vanskelig livssituasjon.

Ingen kan forbedre situasjonen på rusfeltet alene. For å nå målene må vi arbeide sammen. Regjeringen vil bidra til at kommuner, regionale helseforetak, fylkesmenn, frivillige organisasjoner og andre aktører skal ha et best mulig grunnlag for å lykkes med tiltak og satsinger.

Rusmiddelpolitikken handler om å gjøre politiske valg og prioriteringer. Regjeringens rusmiddelpolitikk skal bygges på solidaritet med dem som rammes av rusmidlenes negative konsekvenser.

Når et menneske sliter med rusmiddelproblemer rammes også barn, søsken, foreldre og andre pårørende av sosiale og helsemessige skader som bruk av rusmidler fører med seg. Rusmiddelpolitikken handler om å gi bedre hjelp, at fellesskapet stiller opp, og ikke minst om å bruke ressursene til pårørende. De som blir berørt direkte eller indirekte, skal i større grad trekkes med i utforming av politikk og tiltak.

Å forebygge at rusmiddelproblemer oppstår er det beste for individ og for samfunn. Det trengs både bred innsats rettet mot hele befolkningen, og smale tiltak for de gruppene som vi vet er i faresonen. Særlig må vi bygge rusfrie arenaer for barn og unge, for å forebygge rusmiddelproblemer som kan følge dem resten av livet. Vi vet at årsakene til at noen får rusmiddelproblemer er kompliserte og sammensatte. Både i forebygging, behandling og rehabilitering vil vi bruke og utvikle den kunnskapen vi har om sammenhenger, for eksempel mellom rus og psykiske lidelser.

Hjelpen må komme så tidlig som mulig. Det er liten mening i at motiverte personer med rusmiddelavhengighet står lenge i kø for å få behandling. Regjeringen er opptatt av å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt enn i dag. Mange av de mest belastede brukerne har et atypisk levesett preget av stress, kaos og jakten på ny rus i uoverensstemmelse med en «ni til fire»-hverdag. Behandlingsapparatet og rehabiliteringstilbudet for denne gruppen må være så fleksibelt at brukerne kan følges opp og hjelpes der de er og når de er der. Både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten trenger vi flere lavterskeltilbud. Vi trenger «flere folk med støvla på», det vil si mer oppsøkende og ambulerende virksomhet og flere tilbud utenom normal arbeidstid som kan møte brukerne der de er med motivasjon og oppfølging.

I alkoholpolitikken står bransjehensyn ofte mot hensynet til folkehelsen. Bransjeinteresser vinner i mange tilfeller fram på bekostning av folkehelsen. Det som er lønnsomt for enkeltvirksomheter er ikke nødvendigvis det beste for samfunnet. Vi vil arbeide for at balansen mellom folkehelsehensyn og bransjehensyn på globalt, nasjonalt og lokalt nivå forskyves til fordel for folkehelsen. Det må sikres at internasjonale handelsavtaler legger tilstrekkelig vekt på folkehelse, og at bransjeinteresser ikke blir utslagsgivende i kommunenes bevillingspolitikk. Selv om alkohol er en lovlig vare som flertallet av den voksne befolkningen bruker kontrollert, er det viktig å holde fast ved at alkohol ikke er en ordinær handelsvare.

Det er både i Norge og i våre naboland gjort ulike forsøk på å anslå de samfunnsmessige kostnader knyttet til skadelig bruk av alkohol. Det er knyttet mange usikkerhetsfaktorer til slike tall, og det arbeides med å forbedre slike anslag. Det er likevel utvilsomt at det handler om store samfunnsmessige omkostninger, både i form av tapt arbeidsinnsats og behandlings- og omsorgsomkostninger. Både i et folkehelseperspektiv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv er det klart at satsing på forebygging er formålstjenlig. Det er grunn til å tro at tiltak som kan redusere omfanget av alkoholskader i befolkningen er positivt for næringslivet generelt og for verdiskapningen. Sammenstillinger som er gjort av internasjonal litteratur om effekter av ulike forebyggingstiltak viser at reguleringer og avgifter er både de mest effektive tiltakene, samtidig som de også klart er de minst kostnadskrevende. En rapport bestilt av EU-kommisjonen viser til virkemidlene i norsk alkoholpolitikk som de mest effektive. Vi skal bygge videre på denne politikken.

I narkotikapolitikken er det mange vanskelige avveininger mellom juridiske og sosialpolitiske hensyn. Narkotika er og skal være forbudt. Samtidig er det vår plikt å ta vare på de som er avhengige av rusmidler. Alle har rett til et verdig liv og til å møtes med respekt av samfunn og behandlingsapparat. Arbeidet med legemiddelassistert rehabilitering viser dilemmaet. Der behandles mennesker med sterke, vanedannende medikamenter. Det er ønskelig at flest mulig greier seg uten vanedannende medikamenter. For mange opiatavhengige vil likevel dette være det beste alternativet. Bruk av slike legemidler må derfor gis etter en helhetlig og grundig vurdering av den enkeltes tilstand. Vi har et tungt ansvar for å gi god psykososial rehabilitering til alle i legemiddelassistert rehabilitering.

Individuelt tilpassede behandlings- og rehabiliteringstilbud skal være tilgjengelige for alle som ønsker det. Tjenestene skal være helhetlige, sammenhengende og preget av respekt og solidaritet. Det stiller krav til oss, både som enkeltmennesker og som samfunn. Målet må være å ta vare på alle, men det er særlig viktig å ta vare på de unge som er i en rehabiliteringsprosess. Aksept og inkludering fra omverdenen er ofte helt avgjørende for om de lykkes. Stigmatisering av mennesker med rusmiddelproblemer og deres nærmeste kan ikke aksepteres. Vårt samfunn må være robust nok til å ha rom for alle.



Vi må akseptere at personer med rusmiddelavhengighet kan få tilbakefall og tar irrasjonelle valg. Tilbakefall kan gi viktig lærdom og må ikke bare betraktes som et tilbakeskritt i rehabiliteringsprosessen.

Personer med rusmiddelavhengighet skal gis mulighet til arbeid, sosial inkludering og til reintegrering i nærmiljøet. Alle skal kunne bo trygt og godt. Bolig skal ikke være noe man må kvalifisere seg til gjennom behandling. Mange personer med rusmiddelavhengighet har psykiske problemer og lever under uverdige forhold og i fattigdom. Tiltak for å begrense forbruket av rusmidler bidrar til å redusere fattigdom og sosiale forskjeller i helse. Arbeidet på rusfeltet må ses i sammenheng med regjeringens innsats for å styrke inkluderingen i arbeidslivet, tiltak mot fattigdom, sosiale helseforskjeller, opptrappingsplan for psykisk helse, strategi for habilitering og rehabilitering og strategien *På vei til egen bolig*.

Vi skal bygge videre på samarbeidet med de frivillige organisasjonene. De gjør et svært viktig arbeid for å forebygge rusmiddelproblemer og for å hjelpe personer med rusmiddelavhengighet. De er viktige samarbeidspartnere både for kommunene og spesialisthelsetjenesten, og for regjeringens arbeid med å utvikle rusmiddelpolitikken.

Rusfeltet skal gis et faglig løft. Det skal arbeides for bedre kvalitet på hele feltet. Forskning og forskningsformidling, kunnskapsutvikling og kompetanseheving skal danne plattform for satsingen. Folkehelseperspektivet skal ligge til grunn for forebyggingsarbeidet. Det er ingen tiltak som fungerer for alle. Både forebygging og tjenesteutvikling skal legge større vekt på lokal tilpasning, sosiale forskjeller, kjønnsperspektiv og etnisk bakgrunn.

Det brukes betydelige ressurser på rusfeltet, men ressurser alene er ikke nok for å nå målet. Det er viktig at midlene benyttes på en kvalitativt god måte. Et velfungerende lokaldemokrati er avgjørende for å sikre gode velferdstilbud.

Spilleavhengighet og doping er beslektet med rusmiddelproblematikk. Planen redegjør ikke for innsatsen på disse områdene, men problemstillingene ses i sammenheng der det er naturlig.

Planen, som vil løpe til og med 2010, er blitt til i samarbeid mellom berørte departementer, og det er kommet viktige innspill fra Sosial- og helsedirektoratet. Videre har landets fremste forskere på feltet, kommuner, regionale helseforetak, frivillige organisasjoner og andre aktører deltatt. Til sammen er det kommet mange verdifulle innspill som er med på å prege planen.

*Sylvia Brustad*

# MÅL OG UTFORDRINGER

Regjeringens politikk på rusfeltet har som overordnet mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet.

Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål:

- Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv
- Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Mål 4: Forpliktende samhandling
- Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

8

Det satses betydelig på rusforebygging og -behandling i Norge, og det gjøres svært mye godt arbeid både i kommuner, i spesialisthelsetjenesten, i private virksomheter og i frivillige organisasjoner. På enkelte områder både innen forebygging, behandling og rehabilitering er det likevel særskilte utfordringer.

Selv om tiltak som er rettet mot spesielt utsatte grupper også er viktige, må folkehelseperspektivet være utgangspunktet for rusmiddelpolitikken. For å nå målet om å redusere de negative helsemessige og sosiale konsekvensene av rusmiddelbruk, må vi ha en tilnærming som er rettet mot befolkningen som helhet.

For personer som allerede har utviklet rusmiddelproblemer skal tjenestene i stat og kommune være innrettet slik at de er tilpasset den enkelte brukers behov. Tilbud i det ordinære tjenesteapparatet er bedre enn særtiltak, ikke minst fordi personer med rusmiddelproblemer ofte har sammensatte problemer. Rusreformen var en viktig systemreform for rusfeltet. Med den overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvaret for behandlingstilbudet for personer med rusmiddelproblemer. Tiltakene i denne planen handler mye om å gi reformen et innhold som fungerer på en god måte for brukerne. Til det trengs det en opprustning av kapasiteten i kommuner og spesialisthelsetjeneste og av kvaliteten på det samlede arbeidet på feltet.

For en nærmere gjennomgang av status på rusmiddelområdet vises til Helse- og omsorgsdepartementets statusrapport *Rusmiddelsituasjonen i Norge (oktober 2006)* og til Sosial- og helsedirektoratets rapport *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren (2007)*.

De fem hovedmålene i opptrappingsplanen tar utgangspunkt i hovedutfordringene på rusområdet:





*Tydlig folkehelseperspektiv:* Vi må forebygge mer og bedre. Dette gjelder både alkohol- og narkotikafeltet. Vi skal beholde en virkningsfull, befolkningsrettet alkoholpolitikk samtidig som vi må målrette forebyggingen slik at den er tilpasset kjønn, etnisk bakgrunn og spesielt utsatte grupper. Norge skal være aktiv deltaker, samarbeidspartner og pådriver i internasjonale prosesser både på alkohol- og narkotikafeltet. Tiltak for å møte utfordringene på folkehelseområdet er omtalt under mål 1.

*Bedre kvalitet og økt kompetanse:* Vi må heve kompetansen og kvaliteten på rusfeltet. Det er behov for å styrke rusmiddelforskning og undervisning, og for å sikre at kunnskap blir gjort kjent og tatt i bruk. De som jobber i rusfeltet må få bedre kompetanse, vi må rekruttere flere og arbeide systematisk for bedre kvalitet i tjenestene. Vi trenger bedre dokumentasjon og kvalitetssikret statistikk. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 2.

*Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering:* Vi må tilby hjelp så tidlig som mulig og sørge for at tjenestene er tilgjengelige når det er behov for dem. Det er derfor behov for å øke antall behandlingssplasser på alle nivåer. Alle personer med rusmiddelavhengighet skal møtes med et utgangspunkt om at de har behov for akutt hjelp. Personer med rusmiddelavhengighet må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Målet må være at de som ønsker det, får tilbud om hjelp uten unødig opphold. De som er kommet i gang med behandling, gjennom for eksempel avrusning, må sikres videre oppfølging med en gang. Oppfølging, rehabilitering og inkludering skal integreres i den enkeltes behandlingsopplegg. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 3.

*Forpliktende samhandling:* Vi må få til mer og bedre samhandling på hele rusfeltet, både på individnivå og på systemnivå. Særlig er det behov for at instanser som arbeider med barn og ungdom får bedre systemer for samordning. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 4.

*Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende:* Vi må sikre at brukere får innflytelse over eget tjenestetilbud og at barn og pårørende blir bedre ivaretatt. Særlig viktig er bedre oppfølging og hjelp til barn og søsken av personer med rusmiddelproblemer. Vi må sikre at brukererfaringer nyttes systematisk i kvalitetsarbeidet, og at brukere i større grad får anledning til å påvirke organiseringen av tjenestene og politikktutformingene på feltet. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 5.


**For å nå målene i opptrappingsplanen skal vi blant annet:**

- Styrke kommunens oppfølgingsarbeid, opprette flere behandlingsplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling og korte ned ventetidene til behandling
- Sikre at alle får individuell plan
- Gjennomføre forsøk med koordinerende «tillitspersoner» for personer med rusmiddelavhengighet
- Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene
- Heve kvaliteten på tjenestene ved å innføre kvalitetsindikatorer, kartleggingsverktøy, veiledere og faglige retningslinjer
- Innføre ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med rusmiddelproblemer
- Utarbeide veileder til tjenestene om barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer
- Heve kunnskapen om barn som trenger hjelp, utarbeide en strategi for tidlig intervensjon og styrke det regionale barnevernet
- Tallfeste udekket behov i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- Dele ut ungdommens forebyggingspris

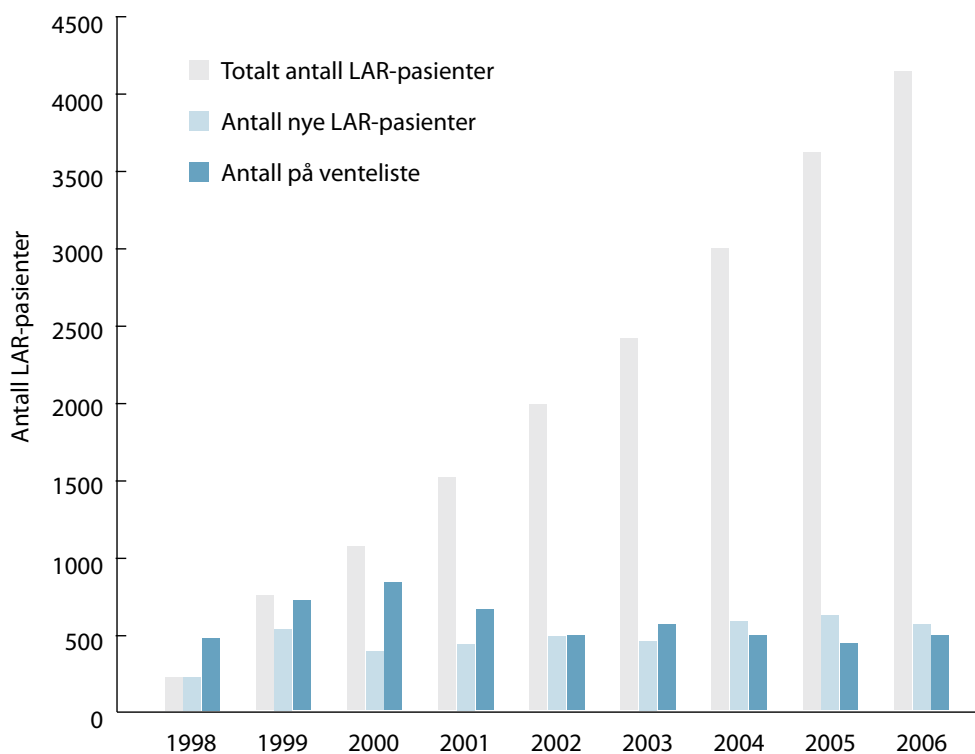
**BEHOVET FOR KAPASITETSØKNING I TILTAKSAPPARATET**

Evalueringen av rusreformen viste at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det etter rusreformen er opprettet mange nye behandlingsplasser for personer med rusmiddelavhengighet. Helseforetakene har økt budsjettene til tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere med 60 pst. i perioden 2004 til 2006. Dette innebærer en økning fra 1,3 mrd. til 2,1 mrd. kroner – altså en økning på 0,8 mrd. kroner. Både i 2005 og i 2006 var den prosentvise veksten i ressursbruk større for rusbehandling enn for somatikk og psykisk helsevern. (I følge Beregningsutvalget for spesialisttjenesten; 2005: Prosentvis vekst for rusfeltet 7,7 pst., for psykisk helsevern 6,6 pst. og for somatikk 2,8 pst. 2006: Prosentvis vekst for rusfeltet 7,8 pst., for psykisk helsevern 3,0 pst. og for somatikk 5,1 pst.)

Helse- og omsorgsdepartementet foretok i begynnelsen av 2007 en kartlegging av den totale



kapasiteten på døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling. Kartleggingen viste at antall døgnplasser har økt med 380 – eller 25 pst. – på tre år. Evalueringen viser også at antall helse- og sosialfaglige årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling har økt med om lag 10 pst. Samtidig vet vi at tilbudet ikke er tilstrekkelig og at mange ikke får de tjenestene de har behov for.



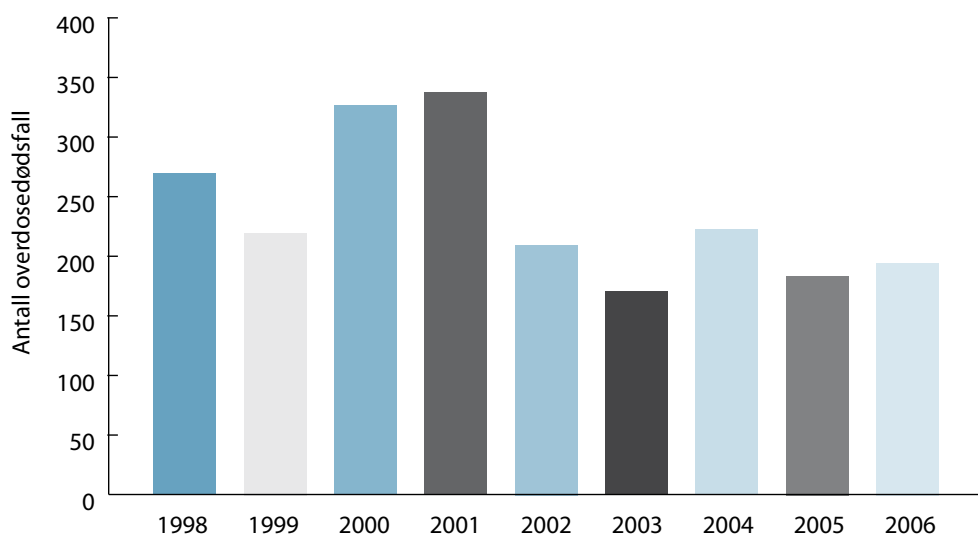
Figur 1. Antall pasienter i legemiddellassistert rehabilitering, antall nye hvert år og antall på venteliste 1998–2006.

Per 30. april 2007 sto 439 personer på venteliste for legemiddelassistert rehabilitering. Tall fra Norsk pasientregister viser at det ved utgangen av april 2007 stod 3655 personer på venteliste til øvrig rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid var 70 dager. Det er registrert en økning i antallet personer som blir behandlet for alkoholforgiftning ved norske sykehus. Tall fra Norsk pasientregister viser også en økning i antall innleggelser for alkoholisk leversykdom. Behovet for alternativ soning i behandlings- eller omsorgsinstitusjon øker også. Det er antatt at om lag 60 pst. av innsatte har et rusmiddelproblem (Fafo 2004).

Det har også vært en økning i årsverk og ressurser i kommunene på rusfeltet. Men også behovet for kommunale tjenester øker. Det er store variasjoner mellom kommunene i ressurser og tjenestetilbud. Helsetilsynet påpeker at en økende andel personer med rusmiddelavhengighet har omfattende og sammensatte problemer, og at ikke alle mottar nødvendige og forsvarlige tjenester. Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og et forsiktig anslag anslår at ca. 40 pst. av dem, dvs. om lag 50 000 personer, har rusmiddelproblemer og en opphopning av levekårsproblemer (SINTEF Unimed 2004). I en undersøkelse fra Fafo om landets vel 5300 personer uten fast bolig, blir det anslått at 60 pst. har et rusmiddelproblem.

Det er nødvendig med bedre oppfølging i kommunene, ikke minst etter institusjons- og fengselsopphold, og bedre bolig- og aktivitetstilbud. Vi vet også at bruken av individuell plan, som er lovpålagt, er for liten. Det er også et økende behov for omsorgstjenester i kommunene. Det vil framover være et stort behov for gi bedre oppfølging til personer med rusmiddelproblemer i det nye kvalifiseringsprogrammet i NAV. I følge evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering, er oppfølgingen av brukere i legemiddelassistert rehabilitering mer strukturert enn oppfølgingen av andre personer med rusmiddelproblemer. På den annen side er det lang ventetid i mange kommuner på å få startet arbeidet med å søke om legemiddelassistert rehabilitering, slik at den totale ventetiden oppleves som lengre enn registrert ventetid i spesialisthelsetjenesten.

Vi har også tall for andre indikatorer som er nyttige når behandlings- og rehabiliteringsbehovet skal beregnes. Nye tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning tyder på at antallet personer som injiserer narkotika i Norge økte fram til 2001, hvorefter det falt inntil 2003 og deretter flatet ut. For 2005 kan det antas at det var mellom 8200 til 12 500 personer som injiserer narkotika i Norge, en nedgang fra anslaget som sist ble gjort i 2002. Selv om antall overdosedødsfall har sunket kraftig fra 2001 til 2006 (338 til 195), er tallet fortsatt for høyt. Statens institutt for rusmiddelforskning anslår videre at det finnes mellom 66 000 og 122 000 personer som har et stort alkoholkonsum (2005).



Figur 2. Årlige registrerte narkotikarelaterte dødsfall 1998–2006.

Kilde: KRIPOS

Mange instanser, blant annet Statens institutt for rusmiddelforskning, Statistisk sentralbyrå, kommune-stat-rapporteringen og Norsk pasientregister, bidrar til å gi informasjon om kapasitetsbehovet i rusfeltet. Statistisk sentralbyrå og Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utvikle bedre rusindikatorer i kommunal statistikk. Videre medfører endringer i lovgrunnlaget for Norsk pasientregister og nye ventelistedata for spesialisert tverrfaglig behandling at vi nå og i nærmeste framtid kan si mer om behovene enn vi har kunnet si tidligere.

Vi vet altså nok til å kunne sette i gang tiltak med sikte på å øke kapasiteten. Samtidig er det klart at vi har for dårlig kunnskap om det faktiske behovet. Derfor vil vi, samtidig som vi arbeider for å øke kapasiteten, sette i gang arbeid for en nærmere kartlegging av behov på rusfeltet – både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

# MÅL 1: TYDELIG FOLKEHELSEPERSPEKTIV

Regjeringen skal føre en alkoholpolitikk som reduserer de negative konsekvensene for enkeltpersoner og for samfunnet. Det er klare sammenhenger mellom pris, tilgjengelighet, totalforbruk, helserisiko og skadeomfang. Alkoholpolitikken må være rettet mot befolkningen som helhet og begrense tilgjengeligheten til alkohol. Forbudene mot omsetning, oppbevaring og bruk av narkotika skal opprettholdes og innsatsen målrettes for å hindre produksjon, innførsel og omsetning. Samtidig skal vi satse mer på tiltak mot illegal innførsel og bruk av legemidler. Informasjon om skadevirkningene av rusmidler skal målrettes bedre og engasjere ungdom og foreldre på en aktiv måte. Vi skal lytte mer til hva ungdommene selv mener og det skal deles ut en pris til beste forebyggingskommune. Også voksne med et skadelig alkoholforbruk skal få hjelp tidligere. Her spiller fastleger og bedriftsleger en sentral rolle. Sist men ikke minst skal Norge være pådriver for å sikre at alkohol settes høyt på dagsorden i internasjonale organer, og at et forpliktende og langsiktig narkotikasamarbeid prioriteres.

## BEHOVET I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV

14

Omfanget av negative sosiale og helsemessige konsekvenser, herunder sykdom og ulykker, øker når forbruket av rusmidler øker. Derfor er det behov for å redusere befolkningens samlede forbruk av alkohol, og å bidra til at færre bruker narkotika.

Alkoholforbruket i Norge øker. Legeforeningen peker i rapporten *På helsa løs – når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet (2006)* på at det er viktig å ha et forebyggende perspektiv og et folkehelseperspektiv der oppmerksomheten rettes mot alkohol. Helsetilsynet gjentar dette i sin rapport fra 2007 om oppfølgingstilbudet etter alkoholforgiftning. Fundamentet for innsatsen for å redusere forbruket er befolkningsrettede strategier knyttet til pris og tilgjengelighet. Forskning viser at slike såkalte regulatoriske virkemidler har god effekt. Disse virkemidlene er under press, og det er nødvendig å arbeide aktivt for å opprettholde dem. Det er behov for å sikre kunnskap om og legitimitet for de regulatoriske virkemidlene i befolkningen. Ikke minst er det behov for å synliggjøre hvilke sosiale kostnader rusmidler fører med seg, og hvilke gevinster som kan oppnås ved redusert forbruk. For å redusere etterspørselen etter behandlings- og rehabiliteringstiltak, er det viktig å forhindre at forbruket øker. Flere ungdomsundersøkelser viser en betydelig økning i alkoholkonsum blant jenter, mens guttenes forbruk har gått noe ned de siste årene. Gode og trygge oppvekstmiljø er i seg selv forebyggende. Det handler derfor om å bygge slike nærmiljø. Det er behov for å styrke forebyggingsinnsatsen.

Også legemidler, som i utgangspunktet er lovlig produkter, misbrukes. Feil bruk av legemidler kan være svært avhengighetsskapende, og i kombinasjon med alkohol eller narkotika øker helserisikoen. Det er derfor viktig å redusere omfanget av illegal omsetning og feil bruk av legemidler.



En studie publisert i Tidsskrift for Ungdomsforskning (2006) viser at ungdom i urovekkende liten grad er kjent med hvilke skadevirkninger rusmidler, ikke minst alkohol, kan føre med seg. Behovet for faktainformasjon er stort.

Et lite antall marginalisert ungdom med innvandrerbakgrunn baserer sin inntekt på salg av narkotika, særlig cannabis, jf. publikasjonen Gatekapital fra 2006. Årsakene er sammensatte og kompliserte. Det er et urovekkende forbruk av khat i enkelte innvandremiljø, og dette er en medvirkende årsak til svak sosial inkludering. Det er behov for tiltak på tvers av flere velferdsområder for å møte denne utviklingen.

Det er bred enighet om at selve arbeidsplassen skal være rusfri. Samtidig tyder forskning og statistikk på at alkoholkonsum i arbeidslivets gråsoner øker. Det er behov for mer kunnskap om og fokus på bruk av alkohol i tilknytning til arbeidslivet.

Utviklingen i Norge, i andre land og i internasjonale organer påvirker Norges mulighet til å gjennomføre befolkningsrettede folkehelsestrategier på rusfeltet. Det er derfor behov for et omfattende internasjonalt samarbeid om ulike tiltak, både når det gjelder alkohol og narkotika, innenfor områdene tilgjengelighetsreduksjon, overvåking, erfaringsutveksling, forskning og policyutforming.

## DELMÅL 1.1 REDUSERE TOTALFORBRUKET AV ALKOHOL

Vårt mål om å redusere totalforbruket av alkohol er ambisiøst. Alkoholpolitikken er under press, både fra internasjonale organer og næringsinteresser. Vi vil styrke oppslutningen om den helhetlige alkoholpolitikken vi har i Norge.

Vi har god kunnskap om hvilke virkemidler som er mest effektive for å redusere totalforbruket av alkohol. Det er klare sammenhenger mellom pris, tilgjengelighet, totalkonsum, helsesisiko og skadeomfang. Lavere pris og økt tilgjengelighet øker totalforbruket og flere alkoholrelaterte skader oppstår. Det at virkemidlene samvirker og forsterker hverandre, gjør den norske alkoholpolitikken særlig effektiv. Helheten i alkoholpolitikken skal opprettholdes, og de regulatoriske virkemidlene skal videreføres.

Alkohol eller andre rusmidler er ofte en medvirkende årsak til alvorlige trafikkulykker og ulykker til vanns. Henvendelser til akuttmottak gjelder ofte skader som er påført i beruset tilstand. Slike skader og ulykker er ofte ikke knyttet til avhengighet. Bl.a. derfor skal det fortsatt legges vekt på befolkningsrettede virkemidler, ikke bare tiltak rettet mot dem som har eller står i fare for å utvikle et avhengighetsproblem. Rusmiddelproblemer rammer forskjellige lag av befolkningen i ulik grad, og tiltak for å begrense forbruket av rusmidler er viktig for å bedre sosiale levekår og utjevne sosiale helseforskjeller.

De viktigste virkemidlene i alkoholpolitikken er bevillingssystemet, vinmonopolordningen, begrensede salgs- og skjenketider, bestemte påbud og forbud, inkludert reklameforbudet, lovbestemte aldersgrenser, og den restriktive avgiftspolitikken. Disse virkemidlene skal opprettholdes.

Håndhevingen av alkoholloven skal sikres, og bruken av dens virkemidler skal monitoreres. Om nødvendig skal justeringer foretas. Endringer i kriteriene for etablering av vinmonopolut salg må ses i denne sammenheng. Tilsvarende gjelder for avgiftspolitikken. Det skal opprettholdes en restriktiv avgiftspolitik. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer, i samarbeid med Justisdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet, aktuelle tiltak for å effektivisere kontrollen med skjenkebevillinger, herunder muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking. I flere undersøkelser har Statens institutt for rusmiddelforskning avdekket omfattende brudd på alkoholloven hos bevillingshavere og mangelfull kommunal kontroll med næringen. Sosial- og helsedirektoratet skal derfor videreføre informasjonsarbeidet overfor kommunene og bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontrollvirksomhet.

Det er bred enighet i store deler av befolkningen om at enkelte soner i livet og samfunnet bør være rusfrie. Dette gjelder blant annet trafikken, idretten, båt- og badeliv, graviditet, arbeidsliv og samvær med barn. Samtidig utfordres enkelte av sonene, blant annet når de kommer i konflikt med næringsinteresser. Arbeidet med å sikre alkoholfrie soner skal videreføres.

Politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol skal målrettes.

**Tiltak:**

- Styrke oppslutningen om alkoholpolitikken (Sosial- og helsedirektoratet)
- Føre en restriktiv avgiftspolitik (Finansdepartementet)
- Videreutvikle AS Vinmonopolet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger og se på muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol (Justis- og politidepartementet)





## DELMÅL 1.2 STYRKE ARBEIDET MOT ILLEGALE RUSMIDLER

For å styrke arbeidet mot illegale rusmidler og illegal bruk av legemidler skal regjeringen øke innsatsen, både internasjonalt for å begrense tilgjengeligheten til narkotika og nasjonalt for at færre skal begynne å bruke illegale rusmidler.

Flere departementer har ansvar for arbeidet mot illegale rusmidler. For å sikre god samordning mellom og vektlegging av de ulike tiltakene skal vi gjennomgå og vurdere alle tiltak som bidrar til at det dyrkes, produseres, innføres, omsettes og brukes mindre narkotika. En arbeidsgruppe skal se på hvilke tiltak som med størst sannsynlighet begrenser tilgjengeligheten til og bruken av narkotika.

Det er grunn til å anta at enkelte grupper barn og unge med innvandrerbakgrunn har en spesiell risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Et prosjekt rettet spesielt mot ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, særlig cannabis, i Oslo har gitt oss noen erfaringer. Dette prosjektet skal følges opp. Vi må få mer kunnskap om det er behov for særskilte tiltak for å nå disse gruppene.

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) gjennomførte i 2006 en undersøkelse om misbruk av khat i Norge. Khatproblematikk skal ses i sammenheng med arbeid, utdanning og samarbeid mellom det offentlige og aktuelle innvandrerorganisasjoner. Khat er forbudt i Norge. Vi vil vurdere om det skal innføres strengere kontroll med den illegale innførselen og bruken av khat, og hvorvidt vi kan få khat på den internasjonale narkotikalist.

Forskning peker på at det skjer endringer i rusmønsteret. Det er grunn til å frykte at forbruk av sentralstimulerende midler vil øke i årene framover. Amfetamin er eksempel på et rusmiddel som medfører store psykiske og somatiske helseproblemer. Internasjonal og norsk dokumentasjon viser at bruken av sentralstimulerende midler (amfetamin, metamfetamin og kokain) øker blant yngre brukere. Det er behov for mer systematisk kunnskap om endring i bruksmønsteret, og om effektive tiltak innen forebygging og behandling. Sosial- og helsedirektoratet skal arrangere et rådslag for å diskutere situasjonen og innhente råd om effektive tiltak for å møte utfordringene.


Hjelpeapparat og politi- og tollmyndigheter rapporterer om omfattende illegal bruk av legemidler. En betydelig andel av de som misbruker illegale rusmidler, misbruker også vanedannende legemidler. Dette gjelder både legemidler som er smuglet inn i landet og legemidler forskrevet av leger. Kontrollen med illegal innførsel skal intensiveres gjennom mer målrettet politi- og tollinnsats. Omfanget av legemidler som omsettes og brukes illegalt skal kartlegges. For å øke bevisstheten om forskrivning skal et informasjonsopplegg rettet mot legene utarbeides.

des. Vi skal også se på behovet for retningslinjer for hvilke spesifikke medisinske tilstander som bør behandles med B-preparater. Forskriving av B-preparater bør i størst mulig grad foretas av fastlegen, og vi skal se på muligheten for å etablere en meldeordning til fastlegen dersom andre leger skriver ut B-preparater. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer tiltak for å begrense uheldige sider ved privat import av legemidler. Ved forsendelse av legemidler fra andre EØS-land vurderes blant annet å innføre 18-års aldersgrense, styrke informasjon om uheldige konsekvenser og hjemmel til å forby import av bestemte legemidler, for eksempel antibiotika.

Kjøring i påvirket tilstand er en alvorlig trussel mot trafikksikkerheten. Rusmidler er en medvirkende årsak til svært mange alvorlige trafikkulykker. Norge har gode tiltak og gode resultater på dette området. Arbeidet skal videreføres. Sjøførers bruk av andre rusmidler enn alkohol øker og gir grunn til bekymring. En arbeidsgruppe la høsten 2005 fram en rapport med forslag til tiltak. Forslagene omfatter blant annet bedre og mer målrettet informasjon og økt satsing på trafikkontroller til de tider og der hvor ruspåvirket kjøring ofte forekommer. Flere av forslagene følges opp, blant annet har en arbeidsgruppe startet utredninger med sikte på å innføre nullgrense for illegal narkotika i vegtrafikkloven, samt faste påvirkningsgrenser for narkotikaklassifiserte legemidler og ordinære legemidler, tilsvarende de man har for alkohol.

**Tiltak:**

- Sette ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå tiltak som skal redusere dyrking, produksjon, innføring, omsetting og bruk av narkotika (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Målrette politi- og tollinnsatsen for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika (Justis- og politidepartementet/Finansdepartementet)
- Styrke kunnskapsgrunnlaget og sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, samt sette inn tiltak knyttet til bruk av khat (Sosial- og helsedirektoratet)
- Øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler som amfetamin og kokain, og systematisere kunnskap og utvikle nye tiltak og behandlingsformer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Intensivere kontrollen med illegal innførsel av legemidler (Finansdepartementet)
- Utarbeide oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene, retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater og se på en meldeordning til fastlegen (Sosial- og helsedirektoratet)

- 
- Innføre begrensninger for privat import av legemidler (Helse- og omsorgsdepartementet)
  - Utarbeide tiltak mot kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol (Samferdselsdepartementet)

### DELMÅL 1.3 STYRKE INFORMASJONSARBEIDET

Regjeringen vil satse på mer målrettet informasjon og større medvirkning fra ungdom og foreldre. Kunnskap må bygges og holdninger må endres for å redusere skadevirkningene.

Sosial- og helsedirektoratet driver et aktivt informasjonsarbeid om skadevirkningene av alkohol. Arbeidet skal heve kunnskapsnivået i befolkningen og skape bevissthet om sammenhengen mellom debutalder for alkohol og konsum i voksen alder. Målgruppen er i første rekke ungdom og foreldre som skal ha en mer aktiv rolle som medspillere og formidlere i lokalt forebyggingsarbeid. Informasjonsarbeidet skal bidra til å bygge gode og trygge nærmiljø. Informasjon må tilpasses den delen av befolkningen den er rettet mot. Kjønnsperspektiv og hensyn til ulike etniske bakgrunn skal ivaretas, for eksempel må det tas hensyn til at personer med innvandrerbakgrunn kan ha behov for oversettelse eller bruk av tolk. Det skal være samsvar mellom informasjon som rettes mot foreldre og den som rettes mot barn og unge. Alkohol skal settes på dagsorden på foreldremøter. Både barne- og ungdomsskolen og den videregående skolen er relevante aktører. Arbeidet skal skje i samarbeid med kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål, lokale og frivillige forebyggingsaktører og foreldreutvalget for grunnskolen. Informasjonsarbeid i skolen skal bygge på kunnskap om virkningsfull forebygging.

Informasjonstiltak kan ikke ses isolert, men må være integrert i lokalt forebyggingsarbeid. For å stimulere til økt engasjement og bevisstgjøring, må barn og unge involveres i utforming og gjennomføring av rusforebygging. For å oppnå dette skal ungdommens forebyggingspris deles ut hvert år i planperioden. Prisen skal gå til den kommunen som på best måte involverer barn og unge i det helhetlige rusforebyggende arbeidet. Juryen skal bestå av representanter for barn og unge.

Informasjonsarbeid og andre tiltak for å forebygge rusmiddelproblemer må være under stadig utvikling. Det skal arrangeres en idédugnad for frivillige aktører på rusfeltet for å finne fram til gode forebyggingstiltak.

Hvert år fødes barn med alvorlige skader som skyldes bruk av alkohol under svangerskapet. For å redusere slike skader skal helsestasjoner, fastleger og annet helsepersonell gi råd om avholdenhet under svangerskapet. Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle og implementere screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk i svangerskapet. I tillegg skal det gjennomføres en informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet.

EUs alkoholstrategi og oppfølgingen av den har aktualisert spørsmålet om advarselmerking på alkoholholdig drikk. Frankrike innfører nå helseadvarsler, og flere land kommer etter. På denne bakgrunn skal det vurderes om advarselmerking kan være et aktuelt virkemiddel også i Norge.

**Tiltak:**

- Styrke informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og deres foreldre (Sosial- og helsedirektoratet)
- Dele ut ungdommens forebyggingspris til den kommunen som på best måte involverer barn og unge i rusforebygging (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arrangere idédugnad om god forebygging for frivillige aktører på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Ta i bruk screeningmetoder for å oppdage alkoholbruk tidlig i svangerskapet (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gjennomføre informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet (Sosial- og helsedirektoratet)

## DELMÅL 1.4 STYRKE RUSFOREBYGGINGEN I ARBEIDSLIVET

I Norge er det god oppslutning om at arbeidsplassen skal være en rusfri arena. Det er urovekkende at alkohol stadig oftere knyttes til arbeidslivsrelaterte situasjoner, for eksempel seminarer, kurs og lagbygging. Vi skal styrke rusforebyggingen i arbeidslivet.

Det er en økende erkjennelse av at alkohol utgjør et betydelig problem i arbeidslivet og at de samlede omkostningene er store. Temaet skal settes høyt på dagsorden i alle berørte departementer.

Det er grunn til å tro at en betydelig del av korttidsfraværet skyldes alkohol og belastninger knyttet til å være pårørende. Statens institutt for rusmiddelforskning og andre aktører skal skaffe bedre data på rusrelaterte problemer i arbeidslivet, blant annet fravær som skyldes bruk av rusmidler.



Mange bedrifter har gode rutiner for å håndtere rusmiddelproblemer på arbeidsplassen, og det registreres flere nye initiativ på området. Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk (AKAN) gjør et viktig arbeid for å redusere rusmiddelproblemer, men har i stor grad vært benyttet i offentlige og større bedrifter. Evalueringen av AKAN, foretatt av Arbeidsforskningsinstituttet i 2005, viser at det rusforebyggende arbeidet må bli mer aktivt, systemorientert og langsiktig. Sosial- og helsedirektoratet skal bistå AKAN med å utvikle modeller som også passer for private og små og mellomstore bedrifter. AKAN skal også drive informasjon og kunnskapsformidling, og det skal legges til rette for at AKAN i større grad kan sette i gang tiltak for å sikre tidligere intervensjon.

Å avdekke og intervensere tidlig overfor skadelig alkoholbruk og misbruk av andre rusmidler er en viktig oppgave for fastleger og bedriftsleger. Det skal legges bedre til rette for at leger kan benytte screening og kartleggingsverktøy, for å avdekke og forebygge en uheldig utvikling.

**Tiltak:**

- Framskaffe bedre data om rusrelaterte problemer i arbeidslivet, blant annet om fravær som skyldes rusmidler (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Videreutvikle AKAN ved å prøve ut modeller for forebygging og håndtering av rusmiddelproblemer i private og små og mellomstore bedrifter (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gi bedre informasjon og kunnskap til aktørene i arbeidslivet gjennom AKAN (Sosial- og helsedirektoratet)

## DELMÅL 1.5 STYRKE DET INTERNASJONALE ARBEIDET

Norge har lang tradisjon i å vektlegge internasjonalt samarbeid på rusfeltet. Arbeidet skal fortsette og styrkes.

**Større internasjonal oppmerksomhet om alkohol og helse**

Gjennom Nordisk Ministerråd har de nordiske landene i flere år samarbeidet for å sette alkohol og helse høyere på den internasjonale dagsorden. Norge vil støtte arbeidet for å øke minimumsavgiftene på alkoholholdige drikkevarer i EU og for å redusere reiseimportkvotene i EU. Norge skal bidra til at sammenhengen mellom alkohol og helse vies større oppmerksomhet i WHO og ILO, og samarbeide med land som er opptatt av sammenhengen mellom alkohol og helse. Norge skal delta i utviklingen av et felles faglig grunnlag for hvordan alkohol som risi-

kofaktor for helse kan reduseres, blant annet ved å delta i ekspertgrupper om alkoholpolitiske spørsmål i EU og i partnerskapet Den nordlige dimensjon. På nordisk initiativ pågår et arbeid i WHO for å utvikle et faglig handlingsdokument for å styrke det internasjonale arbeidet mot alkoholskader. Det nordiske samarbeidet for internasjonale tiltak skal fortsette.

EU-kommisjonen la høsten 2006 fram en strategi for alkohol og helse. Norge skal arbeide for at strategien følges opp av EU-institusjonene, EU-landene og andre aktører. Det skal også arbeides for at EØS-finansieringsordningene – ordninger hvor Norge har forpliktet seg til å bidra til utviklings- og investeringsprosjekter i EUs nyere medlemsland samt Hellas, Portugal og Spania – benyttes til å styrke det rusmiddelpolitiske engasjementet i mottakerlandene.

Det må sikres at EØS-medlemskapet, internasjonale handelsavtaler under WTO og bilaterale handelsavtaler ikke får negative konsekvenser for Norges alkoholpolitiske virkemidler. I forbindelse med WTO-forhandlinger skal alkoholpolitiske konsekvenser vurderes fortløpende. Vi skal arbeide for at det i tilstrekkelig grad tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler. Norge skal ha god kompetanse på sammenhengen mellom EU/EØS-rettslige spørsmål, WTO-spørsmål og helserelevante spørsmål.

Alkohol er en alvorlig trussel mot helse og utvikling i mange utviklingsland, og Norge skal støtte tiltak som bidrar til å redusere denne trusselen.

### **Mer målrettet norsk innsats overfor internasjonale narkotikaproblemer**

De illegale rusmidlene som brukes i Norge kommer nesten uten unntak fra andre land, og narkotikasituasjonen i Norge påvirkes av produksjonen i disse landene. Den internasjonale handelen med narkotika må bekjempes blant annet med kontroll og beslag. Norge skal fremme internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å kontrollere omsetningen av illegale rusmidler. Norge vil også vurdere alkohol- og narkotikaorienterte programmer i norsk bilateral og multilateral bistand, herunder bistand til produsentland med omlegging av avlinger og fremming av alternative leveveier.

Målet med det internasjonale engasjementet er å begrense mengden narkotika på det internasjonale og nasjonale markedet, motvirke liberalisering av narkotikapolitikken, utveksle erfaringer og skaffe gode og sammenlignbare data. Norge skal fortsatt prioritere det forpliktende og langsiktige internasjonale narkotikasamarbeidet gjennom EU, Europarådet (Pompidou-gruppen), FNs narkotikakommisjon (CND) og andre relevante FN-organer, Nordisk Ministerråd og annet nordisk samarbeid.

Ansvar for Norges internasjonale engasjement er fordelt på flere departementer. Dette arbeidet skal samordnes bedre. Det skal utarbeides en strategi for Norges internasjonale narkotikasamarbeid i tråd med opptrappingsplanens overordnede mål.



Frivillige aktører gjør en viktig jobb i det internasjonale arbeidet på rusfeltet. Det skal fortsatt legges til rette for frivillig engasjement og for at frivillige aktører kan drive nettverksarbeid og bidra i internasjonale prosesser av betydning for rusfeltet.

**Tiltak:**

- Være pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i EU (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Bidra til at alkohol- og narkotikarelaterte prosjekter blir igangsatt under EØS-finansieringsordningene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arbeide aktivt for at alkoholrelaterte problemer får større oppmerksomhet i WHO og ILO, og sikre langsiktig finansiering av arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arbeide for at det tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Sikre tilstrekkelig kompetanse i EU/EØS-rettslige spørsmål og spørsmål knyttet til WTO som har betydning for norsk alkoholpolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Vurdere alkohol- og narkotikaorienterte programmer i norsk bilateral og multilateral bistand, herunder bistand til produsentland med omlegging av avlinger og fremme av alternative leveveier (Utenriksdepartementet)
- Fremme nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler (Justis- og politidepartementet)
- Utarbeide en samlet strategi for å sikre et fortsatt forpliktende og langsiktig internasjonalt narkotikasamarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Legge til rette for frivillige aktørers internasjonale engasjement på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet)

## MÅL 2: BEDRE KVALITET OG ØKT KOMPETANSE

Personer med rusmiddelproblemer har rett til gode tjenester kjennetegnet av kvalitet. Regjeringen skal derfor satse på kvalitet og kompetanse i rusarbeidet. Kunnskap, kompetansespredning, fagutvikling og rekruttering henger sammen. Vi trenger et kvalitetsløft som tar hensyn til at rusfeltet er mangfoldig, tverrfaglig og at det omfatter både offentlige virksomheter og private og frivillige organisasjoner. Kvaliteten på tjenestene skal heves og kompetansen om rusproblematikk skal økes. Vi har etablert et nytt forskningsprogram og et nytt senter for rusmiddelforskning. Vi skal sørge for at flere får ta videreutdanning i rusproblematikk. Organiseringen av rusarbeid i kommunene og i spesialisthelsetjenesten skal styrkes og vi skal utarbeide redskap for å heve kvaliteten på tjenestene. For å få bedre oversikt, dokumentasjon og statistikk skal vi få på plass et styringssystem for tjenestene på rusfeltet.

### DAGENS KVALITETS- OG KOMPETANSEBEHOV

Rapporter fra Helsetilsynet, Riksrevisjonen og SINTEF peker på mangelfull kvalitet i rusfeltet. Det gjelder både i forebyggende tiltak og innenfor helse- og sosialtjenester. Også blant ansatte i Arbeids- og velferdsetaten, barnevernet og i kriminalomsorgen er det utfordringer knyttet til manglende kompetanse om rusmiddelproblematikk. Metodeutvikling og forskning skal styrkes, og kunnskap om effektive tjenester og effektiv forebygging skal gjøres kjent for beslutningstakere og utøvende aktører. Det er behov for en samlet tilnærming til kvalitets- og kompetanseheving.

Det må etableres kvalitetssystem som sikrer bedre rutiner og faglig forsvarlighet. For å styrke kvaliteten på fagutøvelsen er det behov for faglige retningslinjer og veiledere, og for å sikre at disse tas i bruk av tjenestene. Det er nødvendig med bedre styringsinformasjon og statistikk. Dette gir myndighetene bedre kunnskap om tiltak er virkningsfulle samtidig som brukerne får bedre informasjon om tjenestetilbudet. Det er behov for å sikre kunnskaps- og forskningsbaserte tjenester. Koplingen mellom forskning og praksis må styrkes. Kunnskap om trender og endringer i rusmiddelbruk må tilføres tjenestene slik at hjelpe- og behandlingstilbudet utvikles i samsvar med brukernes behov. Kvalitetsløftet skal støtte satsingen på mer tilgjengelige tjenester og mer forpliktende samhandling.

For å styrke ruskompetansen i kommunene og i helseforetakene må det ansettes flere med helse- og sosialfaglig bakgrunn og tjenestene må videreutvikles med tverrfaglig kompetanse.

Det er behov for mer kunnskap om rusproblematikk i grunnutdanningene, og for å gi flere mulighet for videreutdanning i rusproblematikk. Kunnskap om sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og helseproblemer, særlig psykiske lidelser, og mellom rusmiddelproblemer, sosial fungering, deltakelse i arbeidsliv og levekår må styrkes.





For å nå målene om kvalitets- og kompetanseheving må alle aktører bidra. Det er et ansvar for arbeidsgiverne og den enkelte medarbeider. Utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljø har et selvstendig ansvar for å øke kunnskap og bringe den ut til tjenestene og til samfunnet. Dette gjelder også direktorat, fylkesmenn og de regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål.

## DELMÅL 2.1 STYRKE FORSKNING OG UNDERVISNING

Regjeringen satser på rusmiddelforskning, og har etablert et eget forskningsprogram og et nytt forskningssenter. Resultatene av forskningen må nå ut til feltet og vi skal satse på mer og bedre undervisning i rusproblematikk i grunn- og videreutdanningene.

Det etableres et nytt rusmiddelforskningsprogram (2007–2011) under Norges forskningsråd (NFR). I tilknytning til forskningsprogrammet etableres et eget forskningssenter ved Universitetet i Oslo. I *NOU 2003: 4, Forskning på rusmiddelfeltet*, ble det pekt på en del mangler i rusmiddelforskningen. Etableringen av programmet og senteret skal bidra til sterkere akademisk forankring av rusmiddelforskningen, mer undervisning og økt synlighet og status for rusmiddelfeltet. Senteret skal tilby undervisning og veiledning i grunnutdanningene og videreutdanning i rusrelaterte fagområder. Det skal også koordinere større tverrfaglige forskningsprosjekter. Gjennom programmet skal det gis støtte til forskningsprosjekter av høy kvalitet med fokus på bedre kunnskap om omfang av rusmiddelbruk, rusmiddelrelaterte skader og tiltak for å forebygge og behandle rusmiddelproblemer. Målet er bedre kvalitet på utdanningstilbud og tjenester og et bedre beslutningsgrunnlag for politikere og myndigheter.

Vi skal i tillegg bygge videre på andre sentrale forsknings- og kompetansemiljø som Statens institutt for rusmiddelforskning, Folkehelseinstituttet, sentrale behandlingsmiljø i helseforetakene og kommunale fagmiljø. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal styrkes som kompetanseorganisasjoner, med særlig vekt på de store behovene i kommunene og behovet for å styrke samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene. Rollen mellom praksisfeltet og forskningsmiljø skal tydeliggjøres, og sentrenes funksjon med å understøtte utvikling av kvalitets- og kunnskapsbaserte forebyggingsstrategier og sosial- og helsetjenester skal styrkes. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge disse utfordringene til grunn i vurderingen av egnet plassering og organisering av kompetansesenter-funksjonene.

Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes. Blant annet skal det gjennomføres forskning for å få bedre kunnskap om udekket behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer. I samarbeid med KS skal det gjennomføres prosjekter om ulike modeller for organisering av kommunalt rusarbeid. Det skal ses i sammenheng med modellutvikling for psykisk helsearbeid.

Det er etablert fire høyskole- og universitetssosialkontor i samarbeid med kommuner. Formålet er å utvikle praksisbasert forskning og kunnskapsbasert praksis, og utvikle nye samarbeidsformer mellom praksis, forskning, utdanning og brukere i sosialtjenesten. Forsøket omfatter oppgaver etter sosialtjenesteloven som forvaltes av sosialkontortjenesten.


De regionale helseforetakene skal prioritere fagområder som rusbehandling og psykisk helse. Det er særlig behov for å styrke kunnskap om organisering og forbruk av helsetjenester og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene skal benytte muligheten til å gi forskningspermisjon til leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling, slik at forskning og klinisk arbeid kan kombineres.

**Tiltak:**

- Støtte flere forskningsprosjekter gjennom nytt rusmiddelforskningsprogram (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Etablere rusmiddelforskningscenter ved Universitetet i Oslo (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke kunnskap om behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Videreutvikle og styrke de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes (Helse- og omsorgsdepartementet)
- De regionale helseforetakene skal prioritere forskning om rusbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Legge til rette for forskning kombinert med klinisk tjeneste og forskningspermisjon for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet)

## DELMÅL 2.2 STYRKE KOMPETANSE OG REKRUTTERING

For å styrke kompetansen i rusfeltet må flere gis mulighet til utdanning og videreutdanning. Rekruttering av personer med riktig fagkunnskap er en langsiktig satsing for regjeringen.



Flere høyskoler tilbyr i dag videreutdanning i rusproblematikk. For å få flere til å øke sin kompetanse skal vi etablere et tilbud om delfinansiering av slik videreutdanning for ansatte i sosial- og helsetjenesten og arbeids- og velferdsetaten. Tilbudet skal også omfatte ansatte i kriminalomsorgen og politiet. Fra 2007 etableres en tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ved flere høyskoler. Utdanningen vil være viktig for forebyggende rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. Tilbudet er primært for kommunalt ansatte som arbeider med barn og unge, men også andre kan søke. Utdanningstilbudet følges av et statlig lønnstilskudd til kommunalt ansatte som forvaltes gjennom fylkesmennene. Husbanken gir stipend til kommunalt ansatte som tar videreutdanning i boligsosialt arbeid, og det skal legges vekt på å stimulere ansatte i helseforetak, kriminalomsorg og barnevern til å ta denne videreutdanningen. Sosial- og helsedirektoratet skal videreføre sitt arbeid med videre- og etterutdanning av helse- og sosialpersonell i deres arbeid med pasienter med dobbelt-diagnoser.

Som ledd i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS skal det utvikles strategier som sikrer kompetanse og større tverrfaglig bredde, blant annet ved å øke andelen personell med høyskoleutdanning, jf. *St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening*. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med KS og Arbeids- og velferdsdirektoratet, etablere et prosjekt for å utvikle kompetansen om rusarbeid hos medarbeidere og ledere i de kommunale tjenestene og for å prøve ut ulike modeller for organisering og innhold i tjenestene, og for å utvikle fleksible tjenester som gir mer individuell veiledning og oppfølging av brukerne. Prosjektet skal ses i sammenheng med modellutvikling for psykisk helsearbeid. Målet er å få mer kunnskap om hvilke tiltak som virker.

Kurstilbudet for leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo skal styrkes. Fastleger og sykehusleger har behov for informasjon om hvor de kan henvende seg for råd og faglig veiledning om rusmiddelproblematikk. Det skal bygges videre på erfaringer som leger i rusfeltet har utviklet med bruk av kontaktforum og elektroniske nettverk for å utvikle informasjonsskanaler til leger.

Rusreformen er evaluert av International Research Institute of Stavanger (IRIS). Evalueringsrapporten ble publisert i 2006. I følge rapporten er både helsefaglig og sosialfaglig kompetanse styrket etter reformen. I tverrfaglig spesialisert behandling er det registrert en betydelig økning av medisinsk personale. Det har også vært en økning av sosialfaglig og pedagogisk personale. Det er videre registrert en økning i antall årsverk i kommunene. Samtidig vises det til Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialisert behandling i 2006 og avvik knyttet til blant annet manglende kompetanse.

Kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk må styrkes ytterligere. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et nytt tjenesteområde innen spesialist-

helsetjenesten. Det skal nedsettes en tverrfaglig nasjonal gruppe for å presisere begrepet og definere det medisinske, psykologiske og sosialfaglige innholdet i tjenestene nærmere.

Prinsippet om likeverdig helsetjeneste uavhengig av sosial status har bred oppslutning. For enkelte kan terskelen til helsetjenesten være spesielt høy. Det gjelder for eksempel ved særlig belastet rusmiddelavhengighet og innsatte som har behov for tilpassede lavterskeltilbud. Kunnskap om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester skal økes, jf. *St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller*.

Kompetansehevingstiltakene skal også omfatte personell som ikke har fagutdanning og som arbeider med oppfølgings- og omsorgstiltak. Tilbud om opplæring for ufaglærte skal utvides. Et eksempel på et slikt tilbud er det felles opplæringsprogrammet Oslo kommune og Frelsesarmeen har i samarbeid med VOX Læring for arbeidslivet.

**Tiltak:**

- Delfinansiere videreutdanning i rusproblematikk på høyskolene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Tilby kommunalt ansatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvikle kompetansen blant medarbeidere og ledere i sosialtjenesten og i andre deler av kommunenes arbeid med rusmiddelproblemer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Øke kurstilbudet til leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvikle en informasjonskanal om rusmiddelproblematikk for leger (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke helsefaglig kompetanse om rusproblematikk og øke rekruttering av personell i tverrfaglig spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvide tilbud om opplæringstiltak for ufaglærte (Helse- og omsorgsdepartementet)



## DELMÅL 2.3 STYRKE KVALITETEN I TJENESTENE

Kvaliteten og innholdet i tjenestene skal styrkes. Arbeidet krever systematisk tilnærming og vedvarende innsats og skal skje innen rammen av *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten* og *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere*.

For å styrke kvaliteten og innholdet i kommunalt rusarbeid, skal det etableres egne rusrådgivere ved fylkesmannsembetene. Rådgiverne skal bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene, med spesiell vekt på at kommunenes arbeid med den enkelte person med rusmiddelavhengighet styrkes, og at bruken av individuell plan øker. Rådgiverne skal også bidra til bedre system for oppfølging i kommunene etter institusjons- og fengselsopphold. De skal videre følge opp og samordne statlige tilskuddsordninger og kompetansetiltak. For å få bedre effekt av ulike statlige satsinger, skal rådgiverne samarbeide med regionale og lokale samarbeidspartnere.

Forbedringsarbeidet skal ha et tverrfaglig og psykososialt perspektiv. Spesielt viktig er det at kommunene i større grad ser sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og mellom rusproblematikk og sosial mestring og inkludering. Tiltak for personer med rusmiddelproblemer skal ses i sammenheng med øvrig rehabiliteringsarbeid. Arbeidet skal ta hensyn til at det er store variasjoner i organiseringen av rusarbeidet og at oppgaver kan være lagt til ulike enheter, som det lokale NAV-kontoret, sosialtjenesten, psykisk helseenhet, oppsøkende og hjemmebaserte tjenester eller ulike aktiviseringstiltak.

Regjeringen vil sette kommunenes oppgaver på rusområdet på dagsordenen i konsultasjonene med KS, og gjennom oppfølging av avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene som løper fra 2006–2010. Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til bedre kvalitet og enklere ordninger i de kommunale tjenestene. Utfordringene skal møtes ut i fra lokale variasjoner og behov.

Det skal systematisk innhentes kunnskap om brukernes behov og rusarbeid i kommunene gjennom kunnskapsoppsummeringer og utvalgsundersøkelser. Evaluering av organisering, tjenestetilbud og ulike forsøksprosjekter skal følges opp, og erfaringer skal spres. Erfaringene skal være sentrale i utviklingen av gode helhetlige tjenester til personer med rusmiddelavhengighet.

I samarbeid med KS skal det gjennomføres prosjekter om ulike modeller for organisering av kommunalt rusarbeid for å utvikle tjenester som er mer fleksible og bidrar til mer individuell veiledning og oppfølging av brukerne. Det skal ses i sammenheng med modellutvikling for psykisk helsearbeid.

Kommunenes arbeid med personer med rusmiddelavhengighet skal også være gjenstand for systematisk læring i et kvalitetssystem med bruk av internkontroll. De kommunale sosial- og helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha rutiner som sikrer at tjenestene er trygge og sikre, og som fanger opp eventuelle feil og mangler. Dette er en del av et systematisk forbedringsarbeid. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med fylkesmennene, legge til rette for helhetlig kvalitetsutvikling og opplæring i internkontroll.

Rusreformen synliggjorde behovet for å tydeliggjøre ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Gjennomføringen av prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå er ikke kommet langt nok innen rustjenestene. Evalueringene av legemiddelassistert rehabilitering og rusreformen tyder på at det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder ressursinnsats og omfang av tjenestetilbud. Det må sikres at oppgavene som ligger til henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenesten er tydelig definert. For å styrke det kommunale rusarbeidet som praksisfelt, skal det utvikles kartleggingsverktøy, maler og veiledere for kommunale tjenester. Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle en veileder i kommunalt rusarbeid og en veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling som fastlegen og sosialtjenesten kan benytte. Gode henvisninger til spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra til bedre oppgavefordeling, kortere ventetid for vurdering og behandling, og bedre planlegging av individuelle rehabiliteringsopplegg. En slik veileder vil sikre et godt faglig grunnlag for en mer enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp for personer med rusmiddelavhengighet.

Kvaliteten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk skal bli bedre. Overføring av ansvaret for denne tjenesten til de regionale helseforetakene førte til behov for helsefaglig opprustning i henhold til krav som stilles til en spesialisthelsetjeneste. Det faglige innholdet skal systematiseres og kvalitetssikres. For å sette standard for kvalitet skal spesialisthelsetjenesten i større grad ta i bruk veiledere og faglige retningslinjer. Sosial- og helsedirektoratet skal gi ut en veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for personer med rusmiddelavhengighet. En slik veileder vil sikre et godt faglig grunnlag for en mer enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp for personer med rusmiddelavhengighet. I tillegg skal direktoratet utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering, for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og for utredning og diagnostisering av pasienter med rusmiddelproblemer og alvorlig psykisk lidelse. En betydelig andel av personene med rusmiddelavhengighet som henvises til spesialisthelsetjenesten har også til dels omfattende psykiske lidelser. Kunnskapen om behandling av pasienter med sammensatte lidelser skal styrkes. Styrkingen må omfatte både tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern.

I arbeidet med retningslinjer og veiledere skal det tas stilling til hvordan brukere med særlige, omfattende behov skal ivaretas. Barn og unge med rusmiddelproblemer eller psykiske pro-



blemer, gravide med rusmiddelproblemer eller gravide i legemiddelassistert rehabilitering, personer med rusmiddelproblemer som har etnisk minoritetsbakgrunn og personer som har spilleavhengighetsproblemer, representerer særskilte utfordringer for tjenestene. Det må tas hensyn til individuelle behov, kjønnsperspektiv, etnisk bakgrunn og familiesituasjon. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en veileder for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering samt vurdere andre utviklingsprosjekter på området. Arbeidet skal sees i sammenheng med kvalitetsarbeidet i svangerskapsomsorgen og andre tiltak for gravide.

Fagutvikling skal også bygge på kartlegginger og evalueringer. Stortinget vedtok ved behandlingen av rusreformen at reformen skulle evalueres etter tre års virketid. Helse- og omsorgsdepartementet ga i revidert nasjonalbudsjett for 2007 Stortinget en nærmere redegjørelse for evalueringen av rusreformen.

Lavterskel helsetiltak evalueres, og tilskudd til kommunalt rusarbeid skal evalueres som ledd i videreutvikling. Sosial- og helsedirektoratet skal kartlegge og evaluere bruken av tilbakeholdelse på institusjon uten eget samtykke etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Flere regionale helseforetak har lagt vekt på å etablere tverrfaglige behandlerfora som et viktig kompetansetiltak i sine handlingsplaner for rusfeltet. Disse tilbyr faglige møteplasser for leger og psykologer. Helse- og omsorgsdepartementet vil stimulere til at det etableres flere slike fora, som bør inkludere indremedisinere og annet personell fra somatiske sykehusavdelinger som arbeider med pasienter med rusmiddelproblemer.

**Tiltak:**

- Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene for å bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggingsverktøy for kommunale tjenester (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og legemiddelassistert rehabilitering (Sosial- og helsedirektoratet)

- Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for utredning og diagnostisering av pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og alvorlig psykisk lidelse (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide veileder for oppfølging av gravide i legemiddellassistert rehabilitering (Sosial- og helsedirektoratet)
- Evaluere bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke (Sosial- og helsedirektoratet)
- Evaluere og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid (Sosial- og helsedirektoratet)

## DELMÅL 2.4 BEDRE DOKUMENTASJON OG STATISTIKK

Eksisterende data for rusfeltet gir ikke nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Vi skal utvikle og iverksette bedre systemer for rapportering, statistikk og dokumentasjon.

God statistikk er grunnlaget for behovstilpassede og målrettede tjenester og god styringsinformasjon til myndigheter, tjenesteytere og forskere. Gode data gir også brukerne bedre informasjon om tjenestetilbudet. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utvikle et styringssystem for tjenestene på rusfeltet. Data fra ulike registre skal samordnes og systemet skal inneholde rapporteringsparametre som grunnlag for kvalitetssikret statistikk. Statistikken skal gi grunnlag for nasjonale oversikter og internasjonal rapportering, og skal omfatte både spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor.

Mye informasjon foreligger allerede. Statistisk sentralbyrå innhenter data fra kommune-statrapporteringen (Kostr), Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (Iplos), Sentrale data fra allmennlegetjenesten (Seda) og spesialhelsetjenesten, herunder rusbehandling. Ventelistedata for pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk rapporteres til Norsk pasientregister. Stortinget har vedtatt at Norsk pasientregister skal etableres som et personidentifiserbart register. For å sikre relevante data for administrasjon, styring og kvalitetssikring av tjenestene skal enkelte sosiale og rusrelaterte variabler registreres slik at registeret i større grad enn i dag kan benyttes til forskning og som datagrunnlag for sykdoms- og kvalitetsregistre og informasjon om tjenestene.





Det er vanskelig å få oversikt over omfanget av rusproblematikk fordi kommunene i hovedsak registrerer ytte tjenester etter behov og ikke etter diagnose. Som ledd i utviklingen av rapporteringssystemet skal Sosial- og helsedirektoratet utarbeide bedre måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal det gjøres et arbeid for å få bedre oversikt over den totale ressursbruken på rusfeltet. Sosial- og helsedirektoratet utreder også diagnoserelaterte grupper (DRG) for tverrfaglig spesialisert behandling og for psykisk helsevern. Også Statens institutt for rusmiddelforskning skal bidra til bedre kunnskap om udekket behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer.

For å kartlegge behovene til personer med rusmiddelproblemer i kommunene og spesialisthelsetjenesten skal det gjennomføres flere utvalgsundersøkelser. Dette er et viktig bidrag til den systematiske utviklingen av tjenestene. Undersøkelsene bør ses i lys av kartleggingene av bostedsløshet og levekår blant domfelte og innsatte (Fafo 2004).

For å kunne sette inn riktige tiltak må vi ha god oversikt over tilgang på og bruk av rusmidler og årsaker til dette. På dette området har Statens institutt for rusmiddelforskning bidratt til et godt datagrunnlag som vi skal bygge videre på. På enkelte områder, for eksempel når det gjelder alkoholforgiftninger, er kunnskapen og statistikken mangelfull, og det skal arbeides for å få bedre dokumentasjon og statistikk.

**Tiltak:**

- Innføre bedre styringssystem – statistikk, dokumentasjon, rapportering – i kommunene og spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet)
- Etablere et personidentifiserbart Norsk pasientregister (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet)
- Kartlegge behov og ressursbruk på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet)

## DELMÅL 2.5 HEVE KVALITETEN I FRIVILLIG SEKTOR

Frivillige organisasjoner har en viktig rolle både når det gjelder forebygging, behandling og omsorg og innen selvhjelps- og brukerorganisasjoner. Regjeringens støtte til frivillig arbeid skal fortsette. Vi skal legge til rette for at frivillig sektor også tar del i kvalitetsløftet for rusfeltet.

Det ytes i dag tilskudd til frivillige organisasjoner til forebygging og rehabiliteringstjenester.

Tilskuddsordningene til organisasjoner som driver forebygging skal gi støtte til kunnskapsbaserte tiltak. Samtidig skal det gis rom for nytenkning og innovasjon, og forholdet mellom drifts- og prosjektstøtte skal tillegges vekt. Det skal stimuleres til lokalt samarbeid mellom frivillige og offentlige aktører.

Tilskuddsordningene til brukerorganisasjoner og organisasjoner som yter tjenester skal prioritere lokalt rehabiliteringsarbeid med fokus på langsiktig oppfølging, rehabilitering og nettverksarbeid som del av arbeidet med individuell plan. Mange frivillige organisasjoner utgjør et supplement til det offentlige tilbudet. Arbeidet med å målrette tilskuddene slik at de bidrar til å utvikle kvaliteten i frivillig sektor skal fortsette. Tilskudd til brukerorganisasjoner skal bidra til å styrke brukerinitierte tiltak som styrker egen mestring og læring, og som styrker brukermedvirkningen i rustjenestene. Tiltak overfor pårørende omfattes også av ordningen. Sosial- og helsedirektoratet skal evaluere tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner som yter tjenester på rusfeltet. Evalueringen av tilskuddsordningen skal bidra til å belyse og kartlegge tilbud som ytes av frivillige og ideelle organisasjoner, og vil i tillegg gi viktig kunnskap om situasjonen til frivillige og private aktører som tilbyr tjenester som ligger nært opp til kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar. Evalueringen vil derfor være et viktig grunnlag for videre utvikling av tiltak i frivillig sektor.

Det er innført internkontroll og tilsyn også for virksomheter på rusfeltet som ikke var omfattet av rusreformen. Statlig tilsyn med private virksomheter er nå regulert på samme måte som tilsynet med offentlige tiltak. I tillegg er internkontrollforskriften endret slik at private institusjoner og private boliger med heldøgns omsorgstjenester er pålagt en selvstendig plikt til internkontroll. Hensikten med endringene er økt rettssikkerhet og bedre kvalitetskontroll.

Erfaringene som ulike organisasjoner har utviklet lokalt skal oppsummeres og gjøres kjent som en del av fagutviklingen i tjenestene. Kommuner og regionale helseforetak skal også trekke de frivillige organisasjonene inn i sitt utviklingsarbeid.

For å styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører skal partnerskapsmodeller vurderes. Dette skal bidra til gode aktivitetstilbud, lavterskeltilbud og nettverkssamarbeid.

**Tiltak:**

- Målrette tilskuddene til de frivillige organisasjonene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Evaluere tilskuddsordningen til tjenesteytende frivillige organisasjoner på rusområdet (Sosial- og helsedirektoratet)
- Følge opp tilsyn og internkontrollforskrift for private rusinstitusjoner (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Oppsummere og spre erfaringer fra de frivillige organisasjonene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører og vurdere partnerskapsmodeller (Sosial- og helsedirektoratet)

## MÅL 3: MER TILGJENGELIGE TJENESTER

Tjenestene til barn og unge må bli mer tilgjengelige. Vi vil heve kompetansen og sette inn tiltak for å oppdage og tilby hjelp tidligere enn i dag. For barn og unge under 23 år med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser vil vi innføre ventetidsgaranti. Alle personer med rusmiddelavhengighet skal møtes med et utgangspunkt om at de har behov for akutt hjelp. Personer med rusmiddelavhengighet må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Vi skal styrke kapasiteten og opprette flere behandlingsplasser i tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering. Samtidig vil vi styrke det kommunale rusarbeidet med bedre individuell oppfølging, lavterskeltiltak, oppsøkende tjenester, og flere ansatte i omsorgstjenestene. For å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for personer som sitter i fengsel skal vi gjennomføre flere fengselsdøgn i behandling og rehabilitering og etablere rusmestringsenheter i fengslene. For å bidra til å bekjempe fattigdom og at flere vanskeligstilte på arbeidsmarkedet kommer i arbeid, skal det innføres et nytt kvalifiseringsprogram for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller begrensede rettigheter i folketrygden.

36

### SENTRALE UTFORDRINGER I TJENESTENE

Vi må bli bedre til å oppdage og følge opp barn og unge som viser tegn til problemer, og vi trenger bedre verktøy for å fange opp problemer hos barn og unge så tidlig som mulig slik at tiltak kan komme raskt i gang. Særlig viktig er det at skolen og skolehelsetjenesten i større grad oppdager og følger opp barna. Dette er også et sentralt satsingsområde i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Det er et stort behov for å styrke den individuelle oppfølgingen i kommunene. Blant annet Helsetilsynet peker på at en økende andel av personer med rusmiddelavhengighet har omfattende og sammensatte problemer, og at de ikke mottar nødvendige og forsvarlige tjenester. Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og et forsiktig anslag indikerer at om lag 40 pst. av disse, dvs. om lag 50 000 personer, har rusmiddelproblemer og en opphopning av levekårsproblemer (Sintef Unimed 2004). Rapporter viser at deltakere i legemiddelassistert rehabilitering får mer systematisk oppfølging enn andre, men kommunene skal gi et godt tilbud til alle som trenger bistand, uavhengig om de får legemiddelassistert rehabilitering eller ikke. Tjenestene må bli mer tilgjengelige, også for dem som har vanskelig for å benytte seg av ordinære tiltak. Tilbudene må bli mer fleksible og det er behov for mer bruk av oppsøkende og ambulant virksomhet og flere lavterskeltiltak. Bruken av individuell plan må økes, og tiltak som tilrettelagte boliger, deltakelse i kvalifiseringsprogram og andre aktiviseringstiltak må styrkes. Bedre samhandling med spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg, arbeids- og velferdsetaten og frivillige organisasjoner er nødvendig for at kommunene skal lykkes med å gi bedre individuell oppfølging. Tilskudd til kommunale rustiltak må målrettes ytterligere, og bidra til bedre personlig oppfølging. Fylkesmennene må følge opp kommunenes innsats på rusfeltet bedre.



En kartlegging fra NIBR/Byggforsk viser at det i 2005 var om lag 5500 personer uten fast bolig i Norge. Det er en økning på om lag 300 personer fra 2003. Omlag 60 pst. av personene uten fast bolig har et rusmiddelproblem og 38 pst. en psykisk lidelse. Om lag 25 pst. har både en psykisk lidelse og et rusmiddelproblem. Det er behov for å bedre tilgjengeligheten til bolig, herunder er det behov for flere tilrettelagte bolig- og oppfølgingstilbud for personer med rusmiddelavhengighet.

Med rusreformen fikk de regionale helseforetakene ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Rusreformen la det organisatoriske grunnlaget for å styrke det helhetlige spesialiserte tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet. Innføringen av pasientrettigheter ved behandling av rusmiddelavhengighet var et viktig fundament. Evalueringen av rusreformen viser at antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling økte kraftig den første tiden etter reformen, men veksten har deretter flatet ut. Økningen kan hovedsakelig tilskrives henvisninger fra fastlege og viderehenvisninger fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det er store regionale variasjoner i andelen som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp. Evalueringen av rusreformen viser også at ventetid til deler av behandlingstiltakene har økt og at brudd i behandlingsprosessen ofte er til hinder for å oppnå gode og sammenhengende tjenester. Den helsefaglige kompetansen er styrket, samtidig som den sosialfaglige kompetansen er opprettholdt. I følge evalueringen er det fortsatt behov for å oppgradere deler av tjenestene for å tilfredsstille kravene som stilles til en spesialisthelsetjeneste. Etter rusreformen har ressursene til tverrfaglig spesialisert behandling i de regionale helseforetakene økt. De regionale helseforetakene er i 2005, 2006 og 2007 bedt om å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av personer med rusmiddelavhengighet. Evalueringen bekrefter at dette er fulgt opp. Det meldes blant annet om økning både i poliklinisk aktivitet og kapasitet i døgnbehandling. Samtidig er det mye som tyder på at gapet mellom behov og tilbud fortsatt er stort. Det er derfor behov for å øke antall behandlingsplasser på alle nivåer. Målet må være at personer med rusmiddelavhengighet som ønsker det får tilbud om hjelp uten unødig opphold. De som er kommet i gang med behandling, gjennom for eksempel avrusning, må sikres videre oppfølging med en gang, slik at man ikke må vente uten tilbud etter avrusning.

Evalueringen av rusreformen og Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere i 2006 er viktige bidrag til videreutviklingen av tjenestetilbudet.

Det er nødvendig med langt bedre oppfølging av innsatte med rusmiddelproblemer både under og etter soning. En rapport fra Fafo (2004), viser at om lag 60 pst. av alle innsatte har et rusmiddelproblem, og omfanget av psykiske lidelser er tre ganger så høyt som i befolkningen for øvrig. Ansvar for å yte sosiale tjenester ligger ofte i en kommune langt fra fengselet, og det kan være vanskelig å planlegge oppfølgingstiltak i god tid før løslatelse. Spesialisthelsetjenester kan også

være vanskelig tilgjengelige fordi de som sitter i fengsel må komme til spesialisten. Behovet for alternativ soning i behandlings- eller omsorgsinstitusjon i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 øker.

Stigmatiserende holdninger overfor personer med rusmiddelavhengighet fins både i hjelpeapparatet og i samfunnet for øvrig. Det må jobbes med holdningsskapende arbeid på flere områder.

### DELMÅL 3.1 TIDLIG INTERVENSJON OG MER TILGJENGELIGE TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Tjenesteapparatet skal være tilgjengelig for barn og unge som har særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Vi skal sikre at alle som har en særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer og personer med begynnende rusmiddelproblemer, får et riktig tilbud på et tidligst mulig tidspunkt.

38

Noen barn og unge er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer. Det gjelder blant annet barn av foreldre som selv har rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser og barn som har vært utsatt for vold eller traumatiske opplevelser. Det er også nødvendig å intervensere tidlig ved tegn på problematisk bruk av rusmidler hos voksne. Sekundærforebyggende tiltak er sentrale. De som har forhøyet risiko må identifiseres, og intervensjoner må skje tidlig nok. Ansatte som er i kontakt med barn og unge, både i helse- og sosialtjenestene – men også i andre instanser, ikke minst i skole og barnevern – skal lære å oppdage underliggende problemer, for eksempel voldsproblematikk, psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Borgestadklinikken kartla i 2006 kompetansen blant ansatte i kommunene som har kontakt med barn og ungdom med forhøyet risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Statens institutt for rusmiddelforskning publiserte i 2005 og 2006 rapporter om tilbudet til barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer og tilbudet til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. Rapportene gir viktige bidrag til videreutviklingen av tiltak i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, blant annet må fastleger og skolehelsetjeneste i større grad trekkes inn i arbeidet.

Kommunene skal få styrket kompetanse blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet. Se nærmere om tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer under delmål 5.1.

Stigmatisering ved å peke ut risikogrupper må unngås. Også personer som ikke tilhører risikogrupper utvikler rusmiddelproblemer. Begrepet risikogruppe må brukes med forsiktighet og



kun som hjelp til å utarbeide gode forebyggingsstrategier. Kunnskapsnivået om risikogrupper og intervensjoner må heves. Tidlig intervensjon betyr også å sikre at fastleger har og benytter seg av verktøy for å vurdere problematisk alkoholforbruk. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med berørte direktoratet og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, utvikle og implementere en nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Den skal definere målgrupper, arenaer og overordnede strategier for tjenestefeltet (helsetjeneste, sosialtjeneste, skole, barnevern osv.). Strategien skal ha hovedfokus på ferdigheter i tidlig identifisering og henvisning til riktig hjelpeinstans. Et opplegg for å heve kunnskapen om tidlig intervensjon vil være et sentralt element i strategien.

Norge har lang tradisjon med oppsøkende ungdomsarbeid og utekontakter. Dette arbeidet er viktig for å oppdage barn og unge i risikozonen, og må integreres i arbeidet med strategien for tidlig intervensjon.

En arbeidsgruppe har utredet hvordan en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og ungdom med rusmiddelavhengighet kan utformes og etableres, og hvordan retten til nødvendig helsehjelp kan styrkes. Gruppen foreslo å styrke pasientrettighetene ved å innføre en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge innen psykisk helse og rus, bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og tiltak for å øke produktiviteten og effektivisere tidsbruken i poliklinikkene. Regjeringen fremmet i april 2007 *Ot.prp. nr. 53 (2006–2007)* hvor det foreslås en hjemmel til å forskriftsfeste en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Opptappingsplanen for psykisk helse og oppbygging av psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, vil ha konsekvenser for tjenestetilbudet til barn og unge som står i fare for eller har utviklet rusproblemer. Minst 20 pst. av øremerkede midler fra opptappingsplanen for psykisk helse til kommunene skal gå til tiltak for barn og unge. Kommunene skal bygge opp lavterskeltilbud innen utredning, behandling og oppfølging av barn og ungdom med psykiske problemer, uavhengig av årsak og bakgrunn. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene er utgitt. Den gir kommunene råd og veiledning om oppbygging av tilbudet til risikoutsatte barn og unge og om forebygging av psykiske plager og rusmiddelavhengighet. Det er lagt opp til en økning på 1060 nye årsverk til psykososialt arbeid ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i andre kommunale tilbud. Prosjekter med utprøving av familiesentermodellen, utvikling av kompetanse og veiledningsmateriell til skoler og barnehager inngår i planen. Mange kommuner har utilstrekkelige tilbud til barn og unge. Antall barn og unge med psykiske lidelser som primært bør få tilbud i kommunene, og hvilke behov de har for behandling og oppfølging skal kartlegges. Kartleggingen vil også omfatte de som har volds- og traumeerfaring som tilleggsproblemer. I løpet av 2007 etableres fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Sentrene skal bidra med nødvendig kompetanse og veiledning til alle deler av hjelpeapparatet. Målet er å

gi råd og veiledning til kommunene om oppfølging og rehabilitering av barn og ungdom og øke kompetansen i kommunene. Rusarbeidet skal ses i sammenheng med dette.

Unge med rusmiddelproblemer og deres familier befinner seg i en svært vanskelig og krevende situasjon, og behøver rask hjelp og effektiv behandling. Eksisterende tiltak og behandlingsmetoder rettet mot denne gruppen skal videreutvikles og forbedres. Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) har gjennomført et utviklingsarbeid rettet mot unge med alvorlige atferdsvansker, heriblant rusmiddelproblemer. Arbeidet har foregått gjennom å utvide den familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmetoden multi-systemisk terapi (MST) med en annen kunnskapsbasert metode, Contingency Management (CM) – også kalt læringsbasert rusbehandling. Kombinasjonen har vist lovende resultater, og arbeidet med utvidet MST-behandling for unge med rusmiddelproblemer videreføres. Det er også igangsatt et prosjekt med implementering av CM innen tiltakssystemet for unge med rusproblemer i seks fylker. Prosjektet er rettet mot barneverninstitusjoner, poliklinikker og ruskollektiver som gir et behandlingstilbud til unge under 18 år med rusproblemer.

**Tiltak:**

- Styrke kompetansen i kommunene blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og ungdom (Sosial- og helsedirektoratet)
- Sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke kommunenes lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet (Sosial- og helsedirektoratet)
- Innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Kartlegge omfang av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging (Sosial- og helsedirektoratet)

### DELMÅL 3.2 STYRKE TILBUDET TIL PERSONER MED RUSMIDDELAVHENGIGHET I KOMMUNENE

Personer med rusmiddelproblemer skal få langt bedre personlig oppfølging i kommunene. Regjeringen vil innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for





personer med rusmiddelavhengighet. Tjenestene skal bli mer tilgjengelige og fleksible. Det skal satses mer på sosial inkludering, rehabilitering og nettverksarbeid, og tettere oppfølging etter opphold i behandlingstilbud og fengsel. For å nå de som ikke oppsøker ordinære tjenester, skal lavterskeltiltak, oppsøkende og ambulant virksomhet styrkes. Gode og helhetlige tjenester i kommunene er en forutsetning for at vi skal lykkes med innsatsen på rusfeltet.

Flere nyere rapporter og evalueringer fra Helsetilsynet, Riksrevisjonen og SINTEF dokumenterer tjenestetilbudet for personer med rusmiddelproblemer. Felles for disse er at de peker på at det er behov for langt bedre oppfølging i kommunene. Kommunene er grunnpilaren i velferdstilbudet, og et godt og helhetlig tilbud er en forutsetning for at den enkelte skal få en god rehabilitering. Gode kommunale tjenester og god samhandling med andre instanser er også en forutsetning for at vi skal få bedre effekt av innsatsen i spesialisthelsetjenesten og andre instanser.

Regjeringen vil derfor satse systematisk på å styrke og videreutvikle det kommunale rusarbeidet. Utfordringer som er påpekt i evalueringene av legemiddelassistert rehabilitering og av rusreformen, tilsynsrapporter og andre evalueringer inngår i utviklingsarbeidet.

## MER SYSTEMATISK INDIVIDUELL OPPFØLGING

Den enkeltes behov for individuell veiledning, tilgjengelige tjenester og helhetlig oppfølging skal stå sentralt i videreutvikling av tjenestetilbudet. Regjeringen vil som en prøveordning stimulere til bruk av koordinerende «tillitspersoner» for personer med rusmiddelavhengighet i kommunene. Hensikten er å løse den enkelte gjennom hjelpeapparatet og bidra til at personer med rusmiddelavhengighet i større grad mottar tjenester de har behov for og oppnår en god rehabilitering. Individuell plan, aktivisering, deltakelse i kvalifiseringsprogrammet under arbeids- og velferdsetaten og ikke minst bistand til å få bolig og til boveiledning, er eksempler på viktige tiltak som den koordinerende «tillitspersonen» skal bidra til. Ordningen skal også bidra til at flere får individuell plan og at omfanget av tilbakefall etter institusjons- og fengselsopphold reduseres. Ordningen skal være lokalbasert og ta hensyn til lokale variasjoner og brukernes ulike behov. Kommunene kan samarbeide med frivillige organisasjoner i et partnerskap, men tilbudet må være forankret i sosialtjenesteloven slik at hensynet til saksbehandlingsregler og rettsikkerhet ivaretas. Regjeringen foreslår å innføre en tilskuddsordning hvor kommune og stat samfinansierer lokale prosjekter i inntil fire år. Fylkesmennene vil, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, få en sentral rolle i å forvalte stimuleringsstilskuddet. Sosial- og helsedirektoratet vil utarbeide retningslinjer for tilskuddet.

Sosial- og helsedirektoratet skal også samarbeide med fylkesmenn og KS om mer systematisk


oppfølging av igangsatte prosjekter og utvikling av nye modeller for individuell oppfølging og organisering av tjenestene. Det skal bygges videre på erfaringene fra satsingen på legeomiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak, og det skal også ses hen til erfaringene med psykisk helsearbeid i kommunene og tiltakene for å bekjempe fattigdom. Utviklingsarbeidet skal bidra til at tjenester for personer med rusmiddelproblemer ses i sammenheng med øvrige habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Direktoratet skal samarbeide med brukerorganisasjoner og kommuner om å samle gode eksempler på individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner. Regjeringen legger også fram en strategi for habilitering og rehabilitering, se kapittel 9, hvor forslag om å styrke individuell plan også vil omfatte rusfeltet. Det er spesielt viktig med tett oppfølging etter fengsels- og institusjonsopphold. Oppfølgingen må bli mer tverrfaglig, og ulike deltjenester må samarbeide tettere. Satsingen på å utvikle tjenestetilbudet i kommunene må også ses i lys av tiltak for å styrke kompetanse og kvalitet. Erfaringene med å styrke arbeidet med individuell plan og å prøve ut personlige koordinerende «tillitspersoner» for personer med rusmiddelavhengighet, skal også benyttes i arbeidet med andre brukere som har behov for sammensatte og langvarige tjenester, jf. strategien for rehabilitering og habilitering – se kapittel 9.

## ET MANGFOLDIG OG FLEKSIBELT TILTAKSAPPARAT

Individuelle behov, tilgjengelighet og fleksibilitet skal også styrkes i de ulike tjenesteområdene og tiltakene som kommunene arbeider med. Kommunene må ha et variert tilbud fordi brukernes funksjons- og mestringsnivå er ulikt. Den enkeltes rehabiliteringsmålsetning er forskjellig og kan variere fra det å få en bedre hverdag til å bli rusfri og selvhjulpen.

Samlokalisering av deler eller hele sosialtjenesten med arbeids- og velferdsetaten gir muligheter for mer målrettet rehabiliteringsarbeid på rusfeltet. Kommunal helse- og sosialtjeneste har sammenfallende mål med arbeids- og velferdsetaten. Mulighetene som åpner seg med den nye arbeids- og velferdsetaten vil gi bedre oppfølging og mer helhetlig tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Innføringen av det foreslåtte kvalifiseringsprogrammet i arbeids- og velferdsetaten, jf. *Ot.prp. nr. 70 (2006–2007)*, vil bidra til at også personer med rusmiddelproblemer får flere muligheter til å delta i arbeidslivet og i andre aktiviteter. Programmet er en oppfølging av *St.meld. nr. 9 (2006–2007), Arbeid, velferd og inkludering*, hvor regjeringen har foreslått strategier og tiltak for å styrke inkluderingen for personer som har problemer med å få innpass i arbeidslivet eller er i ferd med å falle ut av det. Regjeringen foreslår at det etableres et nytt kvalifiseringsprogram med tilhørende kvalifiseringsstønad for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold fra arbeids- og velferdsetaten. Formålet er å bidra til at flere i målgruppen kommer i arbeid gjennom tettere



og mer forpliktende bistand og oppfølging fra arbeids- og velferdsforvaltningen. Det foreslås at ansvaret for ordningen blir kommunalt og at forvaltningen i likhet med økonomisk sosialhjelp legges til NAV-kontoret. Kvalifiseringsprogrammet skal bestå av arbeidsmarkedstiltak, opplæring, arbeidstrening, motivasjons- og mestringstrening, eventuelt i kombinasjon med medisinsk behandling, opptrening og egenaktivitet som for eksempel jobbsøking. Arbeidsmarkedssatsingen for langtidsmottakere av sosialhjelp skal styrkes gjennom etablering av kvalifiseringsprogrammet.

Meningsfulle aktiviteter, mestring og livskvalitet er grunnleggende i den enkeltes rehabiliteringsprosess. Personer med rusmiddelavhengighet skal gis mulighet til sosial inkludering og deltakelse i sitt nærmiljø ut fra den enkeltes behov og mål. Dette omfatter tilbud om arbeid eller arbeidsrettede tiltak, aktiviteter som «grønne» lærings- og mestringsarenaer (tilrettelagte pedagogiske tilbud på gårdsbruk), lavterskel arbeidstiltak, fritidsaktiviteter og gode væresteder. Kultur- og fritidstiltak, for eksempel bruk av teater og musikk, kan være viktig for mange. Samarbeid med frivillig sektor kan bidra til å styrke nettverk og sosial mestring.

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012 viderefører og styrker den målrettede innsatsen i opptrappingsplanen for psykisk helse, og er et supplement til *St.meld. nr. 9 (2006–2007), Arbeid, velferd og inkludering*. Regjeringens mål med denne planen er å hindre utstøting og å lette inkludering i arbeidslivet for personer med lettere og mer omfattende lidelser/problemer, samt personer som i tillegg har rusmiddelproblemer. Strategiplanen viderefører satsingen i prosjektet *Vilje Viser Vei – satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV* – og er for en stor del rettet mot personlig oppfølging og kompetanseheving, samt arbeidsrettede tiltak.

Økonomiske problemer og gjeldsproblemer bidrar til en vanskelig livssituasjon for mange med rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedirektoratet og fylkesmennene skal følge opp kommunenes rådgivning med særlig vekt på å skape økt bevissthet om økonomi- og gjeldsrådgivning.

Økonomiske problemer kan være knyttet til skattekrav, ubetalte bøter og bidragsgjeld. Dette er gjeld til offentlige kreditorer, gjeld som det er vanskelig å sanere, og hvor det ofte etableres gjeldsordninger eller tvangsinnkreving. Dette kan påvirke motivasjonen til å få hjelp til å mestre sitt eget liv og svekke de økonomiske incentivene til å komme tilbake i arbeid. For vanskeligstilte skattytere er det påbegynt et arbeid for å vurdere regelverk og praksis vedrørende innkreving av skattekrav. Kriminalomsorgen skal søke å legge til rette for at soning av bøter i større grad skal kunne gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12.

## MER BRUK AV OPPSØKENDE VIRKSOMHET

Kommunale sosial- og helsetjenester må nå ut til dem som har behov for det, selv om de ikke selv oppsøker offentlige kontorer. Det kan gjelde både personer som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem, og personer med så store rusmiddel- og fungeringsproblemer at det kan være vanskelig å holde avtaler. Å være til stede på ulike arenaer bidrar til bedre tilgjengelighet og kontakt med personer som ikke oppsøker kommunale tjenester. Tjenestene, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, bør i langt større grad være fleksible for å holde kontakt med denne gruppen. Flere kommuner har gode erfaringer med oppsøkende virksomhet blant barn og unge og personer med rusmiddelavhengighet. Det er gode eksempler på samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om ambulant virksomhet. Det oppsøkende arbeidet skal videreutvikles og ses i sammenheng med modellutvikling for organisering av sosialtjenesten og arbeidet med en strategi for tidlig intervensjon.

## RUS OG HELSE

44

Mange med rusmiddelproblemer har også psykiske problemer. Flere kommuner velger å samlokalisere rus- og psykisk helsearbeid eller å opprette egne fagteam for psykisk helse og rus, og mange har fellestiltak for brukere med både rusmiddelproblemer og psykiske problemer.

Fastlegene har et ansvar for personer med rusmiddelavhengighet, som for befolkningen for øvrig. Legenes rolle er styrket gjennom at de skal følge opp deltakere i legemiddelassistert rehabilitering og kan henvise til tverrfaglig spesialisert behandling. Fastlegene har også en viktig funksjon i å fange opp rusmiddelproblemer på et tidlig tidspunkt. I mange tilfeller gjør fastlegene en god innsats for personer med rusmiddelproblemer, mens det i andre tilfeller er vanskelig å få tilgang på fastleger. Legenes ansvar skal derfor tydeliggjøres, og det er nødvendig med bedre samarbeid mellom fastleger og sosialtjenesten.

Ordningen med lavterskel helsetiltak er opprettet for å gi et helsetilbud til personer med rusmiddelavhengighet som ikke klarer å bruke det ordinære helsetilbudet. Tiltaket skal, gjennom variert aktivitet og gatenære tilbud, bedre livssituasjonen og redusere faren for overdoser. Tiltakene skal også være bindeledd og bidra til at ordinære tjenester benyttes i større grad. Det gis tilskudd til kommuner der mange har omfattende rus- og helseproblemer og der forekomsten av overdoser er høy. Ordningen med lavterskel helsetiltak er under evaluering, og rapport vil bli lagt fram ved utgangen av 2007. Foreløpige rapporter viser at tiltakene ser ut til å nå målgruppen. Som del av utviklingsarbeidet skal erfaringene med lavterskel helsetiltak og lavterskelmetoden spres til andre kommuner. Det er også nødvendig å opprettholde satsingen på smittevern og forebygging av sykdommer som hepatitt og HIV ved injiserende rusmisbruk.



Personer med rusmiddelavhengighet og med sammensatte helseproblemer kan ha behov for døgnbasert helse- og omsorgstilbud og tjenester fra pleie- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehus og institusjon. En undersøkelse fra Høgskolen i Gjøvik (2006) viser at en økende andel av gruppen under 67 år som mottar hjemmetjenester, har rusmiddelproblemer. Etter oppdrag fra daværende Helsedepartementet og i samarbeid med Oslo kommune etablerte Frelsesarmeen i 2005 Gatehospitalet som et treårig prosjekt. Regjeringen vil foreslå å videreføre tilskuddet til Gatehospitalet i samarbeid med Oslo kommune, og bidra til at det kan utvikles et eget tilbud til kvinner. Prosjektet evalueres og erfaringene vil bidra til å utvikle pleie- og omsorgstjenestene slik at de i større grad når personer med rusmiddelavhengighet.

Personer med rusmiddelavhengighet har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen – ofte på grunn av dårlig økonomi. Tannhelse er et prioritert område for å bedre helsetilstanden og styrke mulighetene for sosial og arbeidsrettet rehabilitering. Personer med rusmiddelavhengighet under behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Personer med rusmiddelavhengighet i kommunale rustiltak har siden 2006 hatt et oppsøkende, tilrettelagt og gratis tilbud om tannhelsetjenester. Personer som sitter i fengsel får tilbud om tannhelsetjenester, finansiert gjennom øremerkede tilskudd til fylkeskommuner. Tannhelsetilbud ble en del av lavterskel helsetilbud i kommunene i 2005. Helse- og omsorgsdepartementet la fram *St.meld. nr. 35 (2006–2007), Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning*, om tannhelsefeltet våren 2007. Spørsmålet om ytterligere utvidelse av tannhelsetilbudet og lovforankring av tjenestene vil være en del av oppfølgingen av meldingen.

Stortinget vedtok i 2004 en midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven). Det er lagt til rette for forsøk, og Stortinget har vedtatt å forlenge loven om prøveordning med inntil to år, til og med 2009. Ordningen blir evaluert i løpet av 2007, og evalueringen vil være en del av grunnlaget for vurdering av videreføring og utvikling av gode tilbud.

## KOMMUNAL INNSATS PÅ RUSFELTET – EN INTEGRERT DEL AV HELHETLIGE KOMMUNALE TJENESTER

Hovedtyngden av tjenester til personer med rusmiddelproblemer inngår i ordinære kommunale tjenester og finansieres over rammen til kommunene. I følge evalueringen av rusreformen har det vært en økning i antall årsverk relatert til rusmiddelproblemer i kommunene, samtidig som det er store variasjoner mellom kommunene i ressursbruk og omfang av tjenester. Behovet for å styrke kommunalt arbeid for rehabilitering av personer med rusmiddelavhengighet må sees i sammenheng med styrking av kommuneøkonomien, og med *St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening*. Den kommunale omsorgstjenesten skal styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009 sammenlignet med 2004. Omsorgs-

tjenester omfatter også oppfølging av mennesker med rusmiddelproblemer. Omsorgstjenestene skal styrkes med kompetanse og rekruttering gjennom *Kompetanseløftet 2015*. Innsatsen på rusfeltet i kommunene henger også sammen med tiltak gjennom *Opptappingsplanen for psykisk helse* og regjeringens innsats mot fattigdom. En statlig tilskuddsordning for rusmid-deltiltak i kommunene skal stimulere til forsøks- og utviklingsarbeid, og det gis blant annet øremerkede tilskudd til utvikling av legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak. Den statlige tilskuddsordningen skal målrettes ytterligere for å stimulere til metode- og fagutvikling for bedre individuell oppfølging, og den skal nå flere kommuner. Tilskuddene skal også ses i lys av samarbeidet mellom Sosial- og helsedirektoratet, KS og fylkesmennene på rusfeltet.

**Tiltak:**

- Innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for personer med rusmiddelavhengighet i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (Sosial- og helsedirektoratet)
- Samle gode eksempler om individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke kommunalt rusarbeid og tverrfaglig oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Innføre kvalifiseringsprogram for å styrke innsatsen for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller begrensede rettigheter i folketrygden (Arbeids- og inkluderingsdepartementet)
- Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, «grønne» lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke kompetansen og kvaliteten i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning (Sosial- og helsedirektoratet)
- Vurdere regelverk og praksis vedrørende skatte- og avgiftskrav (Finansdepartementet)
- Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 (Justis- og politidepartementet)
- Videreutvikle det oppsøkende arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Evaluere lavterskel helsetiltak og spre erfaringene med lavterskel helsetiltak til andre kommuner (Sosial- og helsedirektoratet)



- Videreføre tilskudd til Gatehospitalet, videreutvikle tiltaket og styrke pleie- og omsorgstjenester til personer med rusmiddelavhengighet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Videreutvikle tannhelsetilbudet til personer med rusmiddelavhengighet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Følge opp evalueringen av sprøyterom (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke omsorgstjenestene, herunder rusarbeid, med kompetanse og rekruttering gjennom *Kompetanseløftet 2015* (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Målrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak (Helse- og omsorgsdepartementet)

### DELMÅL 3.3 STYRKE BOLIGTILBUDET TIL PERSONER MED RUSMIDDELAVHENGIGHET

47

En god bosituasjon er viktig for rehabilitering, helse og verdighet. Det er i de senere årene utviklet et mangfold av bolig- og tjenestemodeller, blant annet gjennom *Prosjekt bostedsløse* og innsats knyttet til gjennomføringen av strategien *På vei til egen bolig*. Arbeidet skal videreutvikles, og erfaringer skal spres til flere kommuner.

Innsatsen for å redusere bostedsløshet har gitt resultater. Mange pasienter i legemiddelasistert rehabilitering har ved hjelp av Husbankens låne- og tilskuddsordninger og sosialfaglig oppfølging fått tilrettelagt bolig gjennom kommunen, og noen har kunnet kjøpe egen bolig. Likevel viser den siste tellingen at antall personer uten fast bolig generelt har økt noe, spesielt i mindre kommuner.

Bostedsløshet starter ofte med utkastelse. I noen tilfeller kunne utkastelse vært unngått dersom hjelpeapparatet hadde kjent til at leietaker hadde behov for hjelp. For at hjelpeapparatet skal kunne kobles inn tidligere har det blitt innført en varslingsregel i husleieloven som trådte i kraft fra 1. juli 2007. Regelen innebærer at utleier kan varsle sosialtjenesten i kommunen om leiers mislighold dersom det er grunn til det. Sosialtjenesten får dermed mulighet til å ta tak i forholdene som har ført til misligholdet på et tidligere tidspunkt og unngå at folk blir kastet ut av boligen.

Tall fra kommune-stat-rapporteringen viser en økning i antall opphold i midlertidige botilbud, fra i overkant av 4200 i 2005 til nærmere 4500 i 2006. Det er i 2007 satt i gang arbeid med forsøksprosjekter i de fire største byene, samt i enkelte andre kommuner med utfordringer

knyttet til bruk av midlertidige botilbud. Siktemålet er å utvikle metoder og tiltak for oppfølging av personer som oppholder seg i midlertidige botilbud, slik at disse kan få tilbud om varig bolig. Tiltaket videreføres i 2008.

Strategien *På vei til egen bolig* avsluttes i 2007. Regjeringens mål om å avskaffe bostedsløshet er ikke nådd. Innsatsen vil derfor videreføres med like høy prioritet som tidligere. Det foreslås i *St.prp. nr. 1 (2007–2008)* for Kommunal- og regionaldepartementet at tiltak som bidrar til å redusere bostedsløshet fortsatt skal ha førsteprioritet innenfor Husbankens låne- og tilskuddsordninger. Husbanken skal fortsette sitt koordinerende og kompetansehevende arbeid mot kommunene og andre sentrale aktører som f.eks. frivillige organisasjoner.

Boligtilskuddet fra Husbanken gis til oppføring eller kjøp av utleieboliger for vanskeligstilte. Tilskuddet gis vanligvis til kommuner, men kan også gis til selskaper, stiftelser mv. Tilskuddsandelens er inntil 20 pst. av kostnaden. Tilskuddsordningen skal gjennomgå i lys av andre ordninger for å bidra til et bedre boligtilbud til vanskeligstilte.

Regjeringen har i *St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening*, varslet et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for omfattende omsorgstjenester. Tilskuddet skal bl.a. styrke kommunenes botilbud til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. I *St.prp. nr. 1 (2007–2008)* for Kommunal- og regionaldepartementet foreslås ramme, bevilgning og utforming av ordningen.

**Tiltak:**

- Styrke innsatsen for å avskaffe bostedsløshet – et særlig fokus rettes mot bostedsløshet i mindre kommuner (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Styrke arbeidet med å forebygge bostedsløshet, herunder reduksjon av omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Utvikle metoder og rutiner for oppfølging av personer i midlertidig botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig (Arbeids- og inkluderingsdepartementet)
- Innføre et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger (Kommunal- og regionaldepartementet)





### DELMÅL 3.4 STYRKE KAPASITETEN I TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING FOR RUSMIDDELMISBRUK

De regionale helseforetakene har sørget for en betydelig kapasitetsøkning i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, og tjenestene er i større grad innrettet slik at personer med rusmiddelavhengighet får et sammensatt og helhetlig behandlingstilbud. Samtidig har antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling økt. Innsatsen og kapasiteten skal økes for å møte behandlingsbehovet.

For å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet til tverrfaglig spesialisert behandling skal kapasiteten økes, både antall behandlingsplasser og personell. Den prosentvise veksten i behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten skal være sterkere enn veksten i somatikken. For å redusere ventetiden til vurdering og behandling skal bemanning, kvalitet og kapasitet styrkes. Dette gjelder akutfunksjoner, avrusning, tvang, polikliniske og ambulante tilbud, samt deler av døgnbehandlingstjenestene. Der det er nødvendig skal tjenestene oppgraderes for å tilfredsstille de krav som stilles til spesialisthelsetjeneste. Behandlingskjeden skal være helhetlig, og det skal sikres sammenheng mellom planlagt avrusning og videre behandlingssopplegg. De regionale helseforetakene skal ha gode rutiner for å følge opp pasienter som avbryter behandlingen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å unngå brudd i behandlingsskjeden slik det pekes på i evalueringen av rusreformen.

Behandlingstilbudet for personer med rusmiddelproblemer er mangfoldig, med ulike behandlingsintervensjoner og en kombinasjon av offentlige og private tjenesteytere. Det omfatter avrusning, polikliniske behandlingstilbud, døgnbehandling og legemiddelassistert rehabilitering. Med unntak av avrusning og legemiddelassistert rehabilitering, inngår legemidler i liten grad i behandlingstilbudene.

Om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp og hvilket behandlingstilbud som er aktuelt, avgjøres av spesialisthelsetjenesten etter individuell vurdering. Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering kan i mange tilfeller også ha behov for behandling i ruspoliklinikk eller døgninstitusjon.


De regionale helseforetakene har ansvar for å videreutvikle tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk innenfor fastsatte rammer og regelverk. Samtlige regionale helseforetak har utarbeidet rusplaner. Planene legger opp til faglig kapasitets- og kompetansemessig styrking av behandlingstilbudene. Det gjelder både der legemidler inngår i behandlingen og i de øvrige behandlingstilbudene. Det er et mål å videreføre et bredt og mangfoldig behandlingstilbud tilpasset pasientenes behov.

Mange personer med rusmiddelavhengighet har omfattende psykiske og somatiske lidelser i tillegg til sitt rusmiddelproblem. Disse får bare i begrenset grad behandling for sine sammensatte lidelser. Psykisk helsevern har ansvar for pasienter med dobbeltdiagnose. Denne diagnosen forutsetter alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, affektive sinnslidelser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser og vedvarende alvorlig rusmiddelavhengighet. De som har lettere psykiske lidelser ved siden av rusmiddelavhengighet, faller utenfor denne definisjonen. Evalueringen av rusreformen påpeker at samhandlingen mellom tjenestene for personer med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er blitt bedre. Det er likevel betydelige utfordringer knyttet til personer med rusmiddelavhengighet som har behov for et sammensatt behandlingstilbud. Kartleggingsverktøy skal tas i bruk ved vurdering og diagnostisering. Det må sørges for bedre samordning og samhandling mellom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og psykisk helsevern, og tjenestene må tilbys samtidig. Tiltak i denne planen må ses i sammenheng med opptrappingsplanen for psykisk helse og Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for videreutvikling av tjenestene ved distriktpsikiatriske sentre.

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet våren 2007 *Ot.prp. nr. 53 (2006–2007)* om endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslagene i proposisjonen medfører en tydeliggjøring av de fortolkninger og den praktisering av pasientrettighetsloven som ble etablert etter rusreformen. Det gjelder for eksempel rett til vurdering innen 30 virkedager ved henvisning til all rusbehandling. I denne proposisjonen har Helse- og omsorgsdepartementet også foreslått en tilføyelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 som pålegger de regionale helseforetakene å utpeke akuttplaner for tverrfaglig spesialisert behandling. Forslaget understreker de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for akuttplaner for rusbehandling, for akutt avrusing og kriseinntak.

Evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering viser at ventetiden varierer mye mellom helseregionene. Behandlings- og rehabiliteringsinnsatsen varierer både mellom og innad i kommunene og regionene. Som ledd i oppfølgingen av evalueringen, foreslås det i *Ot.prp. nr. 53 (2006–2007)* en hjemmel til å utarbeide forskrifter om legemiddelassistert rehabilitering. Disse forskriftene vil kunne omfatte formål, kriterier for inntak og utskrivning, krav om individuell plan, ansvarsgrupper og krav om urinprøve. Faglige retningslinjer og en eventuell forskrift vil erstatte gjeldende rundskriv for legemiddelassistert rehabilitering, og bidra til at legemiddelassistert rehabilitering blir et enda bedre tilbud. Departementet har også igangsatt et arbeid som vil regulere kostnadene ved utdeling av medisiner i legemiddelassistert rehabilitering og gi bedre kontroll over kostnadene til innkjøp av medisiner som benyttes i denne behandlingen.

Evalueringen av rusreformen gir et viktig grunnlag for å videreutvikle de spesialiserte tjenestene. Evalueringen gir blant annet kunnskap om målene med reformen er nådd, om personer



med rusmiddelavhengighet og sammensatte problemer har fått bedre tjenester, praktiseringen av pasientrettighetene, samordning av tilbud, henvisningsordningen og utviklingen i ventetider.

I 2006 gjennomførte Statens helsetilsyn et landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialisert behandling for å vurdere om virksomhetene ivaretar de krav som er stilt i lov og forskrift. Rapporten fra tilsynet vil sammen med evalueringen av rusreformen legge grunnlaget for ytterligere oppfølgingstiltak i planperioden.

Det er behov for videreutvikling og en nærmere angivelse av innholdet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En tverrfaglig nasjonal gruppe skal vurdere disse spørsmålene, og resultatet av arbeidet vil utgjøre et viktig grunnlag i denne sammenheng.

**Tiltak:**

- Øke innsatsen og behandlingsskapiteten til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Sikre bedre rutiner for helhetlig behandling for å unngå behandlingsavbrudd (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke innsatsen og behandlingsskapiteten i psykisk helsevern og ambulant virksomhet for de som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke tilbudet for pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Endre pasientrettighetsloven etter rusreformen (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Ferdigstille faglige retningslinjer om legemiddelassistert rehabilitering (Sosial- og helsedirektoratet)
- Vurdere forskrift om nærmere regulering av legemiddelassistert rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet)

### **DELMÅL 3.5 BEDRE TILGJENGELIGHETEN TIL TJENESTER FOR INNSATTE OG DOMFELTE**

60 pst. av alle som sitter i fengsel har et rusmiddelproblem (Fafø 2004). De har på lik linje med andre rett til å få sitt hjelpebehov vurdert, og rett til tilpasset behandling og oppfølging. Mye tyder på at tilgjengeligheten til tjenesteapparatet er lavere for denne gruppen enn for andre. Dette vil regjeringen gjøre noe med.

Flere innsatte med rusmiddelproblemer skal få mulighet til bedre behandling og rehabilitering under fengselsopphold og annen straffegjennomføring. Dette krever et nært samarbeid mellom fengslene og de regionale helseforetakene, og mellom fengslene og kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidirektoratet har utarbeidet et rundskriv som tydeliggjør ansvar, oppgaver og koordinering mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen når det gjelder innsatte og domfelte personer med rusmiddelavhengighet. Rundskrivet skal styrke og intensivere samarbeidet og sikre oppfølging og kontinuitet i tiltakene. Det skal legges til rette for at aktuelle tjenester finner fram til gode samarbeidsløsninger og felles planer regionalt og lokalt. Behovet for sammenheng i tjenestene før, under og etter soning, innebærer at det ikke bør utvikles særomsorg for personer i kriminalomsorgen.

Det ble i 2006 gjennomført 41 484 fengselsdøgn etter straffegjennomføringsloven § 12 fordelt på 439 personer. Det skal arbeides for at flere innsatte med rusmiddelproblemer kan gjennomføre deler av straffen i institusjon etter § 12. Det er ønskelig at tilgangen til denne formen for straffegjennomføring øker. Finansieringen av slike tiltak skal gjennomgås.

Det skal etableres rusmestringsenheter i norske fengsler. En av disse skal legges til et kvinnefengsel. I dag finnes det tre liknende enheter i Oslo, Bergen og Trondheim. I 2007 vil det bli etablert rusmestringsenheter ved fengsler i Sarpsborg, Bodø og Stavanger. Formålet med enhetene er å styrke tilbudet til innsatte og domfelte personer med rusmiddelavhengighet som har behov for rusbehandling og rehabilitering. Ansatte i enhetene bør ha både helse- og sosialfaglig og fengselsfaglig bakgrunn. Behandling og rehabilitering som er startet opp i fengsel må følges opp etter løslatelse. Det legges derfor til rette for et godt samarbeid med friomsorgen og de kommunale tjenestene allerede under straffegjennomføringen.

Det er særlig behov for å styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen. Samarbeidet mellom de involverte partene må starte opp i god tid før den vanskelige overgangen fra fengsel til frihet. Samarbeid med frivillige organisasjoner, som for eksempel WayBack, er viktig i denne fasen.

Det pågår en treårig prøveordning med Narkotikaprogram med domstolskontroll i Oslo og Bergen for å tilby alternativ til soning for domfelte med rusmiddelproblemer. Deltakerne får tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten som ledd i et aktivt rehabiliteringsopplegg. Kriminalomsorgen samarbeider med Helse Vest RHF og Helse Øst RHF (nå Helse Sør-Øst RHF) i tillegg til Bergen og Oslo kommune. Gjennom forsøket utvikles erfaringer med tverretattlig samarbeid om oppfølging av domfelte. Forsøket skal evalueres og deretter vurderes videreført og utvidet. Kriminalomsorgen utarbeider i 2007 en helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk. Formålet er at rehabiliteringstiltakene skal økes og at kontrolltiltakene i større grad skal fremme rehabiliteringen.

**Tiltak:**

- Bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen (Justis- og politidepartementet)
- Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 (Justis- og politidepartementet)
- Etablere rusmestringsenheter i fengsler (Justis- og politidepartementet)
- Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen (Justis- og politidepartementet)
- Evaluere prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll og vurdere videreføring og utvidelse (Justis- og politidepartementet)
- Utarbeide helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk i kriminalomsorgen (Justis- og politidepartementet)

## MÅL 4: MER FORPLIKTENDE SAMHANDLING

Personer med rusmiddelproblemer har ofte sammensatte problemer og behov for langvarig oppfølging. Å styrke samhandling mellom ulike tjenester er spesielt viktig for denne gruppen. Regjeringen innfører en særskilt rapportering for å forbedre samhandlingen mellom tjenestene og gjøre den mer forpliktende. Mye godt arbeid gjøres allerede, og vi skal sørge for at gode eksempler spres. Utarbeiding av individuell plan er lovpålagt og det viktigste verktøyet vi har for samhandling. Vi vet at for få personer med rusmiddelavhengighet har individuell plan. Vi skal forenkle dagens veileder for individuell plan og tilpasse den spesielt til personer med rusmiddelproblemer. I tillegg skal vi styrke opplæringen i å utarbeide individuelle planer og utarbeide verktøy spesielt tilpasset situasjonen til personer med rusmiddelavhengighet. Bruken av avtaler som virkemiddel for samarbeid og samordning mellom ulike aktører skal økes. Avtaler er et viktig redskap for samhandling på systemnivå, og regjeringen har inngått en ny nasjonal rammeavtale med KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten der også rusfeltet er inkludert. Forslag om å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært på høring.

54

### SAMHANDLINGEN SKAL GJØRES MER FORPLIKTENDE

Mange personer med rusmiddelproblemer har behov for tjenester både fra ulike kommunale instanser og fra spesialisthelsetjenesten. Levekårsproblemer har en tendens til å hope seg opp. Belastninger og problemer øker i takt med økende misbruk. Omfattende helsemessige og sosiale problemer kommer ofte i tillegg til et komplisert avhengighetsbilde og gjentatte behandlingsforsøk. Disse konklusjonene kommer blant annet fram i en rapport fra SINTEF om helsetilstanden til de tyngste rusmiddelmisbrukerne fra 2003 og i en rapport fra Diakonhjemmets høgskolesenter fra 2002.

Norge har et bredt tiltaksapparat på rusfeltet. Flere offentlige instanser på alle forvaltningsnivå, samt frivillige og private aktører er involvert. Personer med rusmiddelavhengighet har ofte vanskeligheter med å finne fram i tjenesteapparatet. Samordning aktørene imellom er derfor viktig. Svikt i samhandlingen fører til at effekten av innsatsen reduseres.

Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale sosial-, helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og andre sektorer er kanskje den største utfordringen vi står overfor. Det er behov for å avklare roller og bli enige om handlingsmønstre. For å nå de politiske målsetningene om helhetlige helse- og sosialtjenester, må alle ta sin del av ansvaret.

Kommunene må sikre godt samarbeid internt, med spesialisthelsetjenesten, arbeids- og velferdsetaten, kriminalomsorgen og andre offentlige, frivillige og private aktører. Samarbeidet mellom stat og kommune må styrkes for å sikre gode bo- og rehabiliteringsforhold etter behandling i spesialisthelsetjeneste eller løslatelse fra fengsel.



Overgangen fra behandlingstilstand og fengsel til kommunale tjenester er en kritisk periode. Helsetilsynet påpeker at kommunene ofte mangler oversikt over hvem som oppholder seg i institusjon, særlig i private institusjoner. Hjelpetiltak kan være satt i gang uten at ansvarlig myndighet er involvert. Frivillige og private aktører må også inviteres og forpliktes til samhandling. Det er behov for tiltak som legger til rette for samhandling, både på system- og individnivå. At aktørene samarbeider og samordner seg, er av avgjørende betydning for å sikre en best mulig samlet effekt av innsatsen til de involverte instansene.

I *Nasjonal helseplan (2007–2010)*, inntatt i *St.prp. nr. 1 (2006–2007)* for Helse- og omsorgsdepartementet, gis en bred omtale av samhandlingsutfordringer som de kommunale sosial- og helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten står overfor. *NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste*, og flere utvalg og arbeidsgrupper har også behandlet dette spørsmålet. Det gjør også nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, jf. kapittel 9, også her er rusfeltet omtalt. Det er et viktig helsepolitisk mål å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, særlig for de som trenger langvarige og koordinerte tjenester. Samhandling må inngå som en naturlig del av arbeidet. Likeverdig partnerskap og gjensidig respekt er nødvendig for å lykkes.

## DELMÅL 4.1 BEDRE SAMORDNING AV TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Vi skal satse på tiltak for å sikre god samordning for barn og unge. Barn og unge er spesielt sårbare og samordningen involverer ofte flere aktører enn ved tjenester til voksne.

Det skal satses mer på samordning mellom barnevern, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert behandling. Barn og unge som får hjelp fra disse aktørene trenger også ofte bistand fra andre tjenester, for eksempel familievern. Flere departementer har utgitt et felles rundskriv om forebygging og samarbeid i arbeidet med barn og unge i kommunene.

Individuell plan er også et viktig verktøy for å samordne tjenester til barn som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Hva gjelder barn med nedsatt funksjonsevne er det utarbeidet et eget rundskriv for å oppfordre til samarbeid mellom ulike nivå og instanser. Rundskrivet har overføringsverdi også til rusfeltet.

I 2005 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet for å forene kreftene i arbeidet for å nå de mest utsatte barna, og sikre mer helhetlige tjenester. Avtalen er treårig og sikrer forpliktende samarbeid om fagutvikling på nasjonalt nivå. Samarbeidsavtalen skal følges opp.

Offentlige etater som kommer i kontakt med barn og unge med rusmiddelproblemer skal ha gode rutiner for meldinger til barnevernet. Barnevernet på sin side skal ha gode rutiner for å følge opp slike meldinger. For å sikre at meldinger følges bedre opp skal praksis for meldinger til barnevernet kartlegges og rutinene endres dersom det er behov for det.

Regionale helseforetak og regionalt statlig barnevern inngikk samarbeidsavtaler i 2004. Målet er å gi de som er særlig utsatt og har sammensatte behov tidlig og riktig hjelp. Avtalene er overordnede og instruerer de ulike helseforetaks- og fagteamområdene om å utvikle lokale avtaler. Avtalene skal følges opp.

**Tiltak:**

- Formidle rundskriv om forebygging og samarbeid om barn og unge (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Vurdere behov for å sende ut rundskriv om hvordan rutinene rundt behandling av meldinger til barnevernet bør være for å sikre at meldinger følges opp på en god måte (Barne- og likestillingsdepartementet)

## DELMÅL 4.2 BEDRE SAMHANDLING OG KONTINUITET I TJENESTENE

Behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer innebærer ofte at flere tiltak må settes inn samtidig eller rett etter hverandre. Mange opplever at tjenestene ytes fragmentert og lite sammenhengende. Vi vil sikre bedre kvalitet og ressursutnyttelse ved å sørge for bedre samhandling og kontinuitet.

Samhandlingsutfordringene skal løses lokalt og i den utøvende tjenesten, jf. *NOU 2005: 3, Fra stykkevis til delt, en sammenhengende helsetjeneste*. Samhandling forutsetter at tjenestene har god kjennskap til hverandres oppgaver og ansvar. Statlige myndigheter skal legge til rette for samarbeid. Henvisninger og epikriser er viktige verktøy for å bedre kommunikasjonen mellom tjenestene. Ulik forståelse fører til dårlig samhandling. Ulike instanser skal bli flinkere til å gi gjensidig informasjon og veiledning. De regionale helseforetakene har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Kommunene skal formidle kunnskap tilbake. I tillegg bør tjenestene ha god kjennskap til og godt samarbeid med private institusjoner og frivillige organisasjoner. Informasjons- og kunnskapsformidlingen skal videreutvikles og bedres.





Personer med rusmiddelavhengighet har ofte rusfrie perioder for så å falle tilbake til misbruket. Evalueringen av rusreformen viste at mange personer med rusmiddelavhengighet opplever brudd i behandlingsforløpet. Det er nødvendig å ha rutiner for samhandling også ved det uforutsette. Mange rusinstitusjoner har lang erfaring og betydelig kompetanse i å samhandle med kommunene. Det er nødvendig å ha gode rutiner for oppfølging etter døgn- eller poliklinisk behandling. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med brukerorganisasjoner, systematisere erfaringer og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner både ved planlagte og ikke-planlagte behandlingsavbrudd.

For å sikre mer forpliktende samhandling skal en overordnet rapportering om samhandling og samhandlingsutfordringer mellom regionale helseforetak og kommuner etableres. Rapporteringen skal gå til Sosial- og helsedirektoratet og basere seg på det som oppleves å være utfordringene lokalt.

I lys av evalueringen av rusreformen er det naturlig å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak for å styrke samhandlingen mellom regionale helseforetak og kommuner. Blant annet vil utprøving av koordinerende «tillitspersoner» i kommunene kunne bidra til et mer helhetlig og bedre samordnet tjenestetilbud.

Flere steder er det etablert praksiskonsulentordninger for å bedre samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Gjennom ordningene tilbys fastleger og allmennleger deltidsstillinger i sykehusavdelinger. Dette gir gode muligheter for dialog mellom leger og annet helse- og sosialpersonell. Antall fastleger i praksiskonsulentordningen med deltidsstilling i tverrfaglig spesialisert behandling skal økes.

Det skal også settes fokus på samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og kommunene på den ene siden, og private og frivillige tjenesteytere som har avtaler med de offentlige instansene på den andre. I denne sammenheng skal det arbeides for at de private og frivillige aktørene på en god måte sikres forutsigbarhet og langsiktighet, slik at disse gis de beste forutsetninger for å yte tjenester på et høyt faglig nivå – i godt samspill med de offentlige aktørene.

Det er et betydelig antall private og frivillige tjenesteytere som har avtaler med kommunene og spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra disse aktørene er av relevans for fagutviklingen på rusfeltet, og det skal derfor legges til rette for at disse trekkes aktivt med i kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeide med fagutvikling og kompetanseheving.

Videre skal det foretas en vurdering av de eksisterende finansieringsordningene for å se om disse på en god nok måte legger til rette for samhandling og samarbeid mellom ulike tjenesteytere.

Personer med rusmiddelproblemer har oftere psykiske lidelser enn andre. Erfaringer fra kommunene viser at psykisk helsearbeid og rusarbeid har flere felles trekk. Tilrettelegging av tjenestene skal ta hensyn til at brukerne kan ha ulikt funksjonsnivå. Det skal utvikles metodikk som ivaretar de ulike brukergruppene bedre, herunder metoder for funksjonskartlegging. Flere kommuner har fellestiltak som gir tilbud til brukere med både rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Storbysatsingen under opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres og gir tilbud til brukere som har særlig dårlige levekår og som i liten grad nyttiggjør seg det etablerte behandlings- og oppfølgingstilbudet.


Husbanken forvalter tilskuddsmidler til etablering av bedre samhandlingsrutiner. I forbindelse med strategien På vei til egen bolig samarbeider Husbanken med fylkesmennene om å drive kommunenettverk. Formålet er å stimulere til gjensidig erfaringsutveksling.

Forslag om å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært på høring. Departementet tar sikte på å legge fram et lovforslag for Stortinget i løpet av høsten 2007. En utvidelse vil kunne bidra til styrket rettsikkerhet og likhet i tjenestene. I tillegg vil en utvidelse styrke rettighetene til mennesker som ikke er i stand til å fremme sine egne omsorgsbehov når en opplever at det kommunale tjenestetilbudet ikke er tilfredsstillende.

Helsetilsynets tilsynsmelding for 2006 viser at det er lite kunnskap og dokumentasjon om alkoholforgiftninger i spesialisthelsetjenesten. Dette fører til at oppfølgingen av disse pasientene er mangelfull. Videre viser en rapport fra Helsetilsynet fra 2007 at oppfølging av alkoholforgiftninger krever økt samarbeid mellom berørte deler av spesialisthelsetjenesten og stiller større krav til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Overslag viser at det er mellom 8500 og 12 500 personer som injiserer narkotika i Norge. Av disse har om lag halvparten tilhold i Oslo-regionen. Samtidig har Oslo også det største antall personer med alvorlige alkoholproblemer. I begge disse gruppene er det en betydelig andel som ved siden av sin rusmiddelavhengighet også har til dels omfattende psykiske lidelser, somatiske lidelser og svært ofte store sosiale problemer. Alt dette fører til en meget ustabil livsstil preget av bostedsløshet og sosial utslåthet.

Det er spesielle utfordringer i Oslo for å imøtekomme behovet for akuttjenester for personer med rusmiddelavhengighet. Etter rusreformen ble ansvaret for avrusnings- og akuttjenestene for personer med rusmiddelavhengighet i Oslo, gitt til staten ved tidligere Helse Øst RHF. I tiden etter reformen har det vist seg at det samlede akutttilbudet i Oslo ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme personer med rusmiddelavhengighet sitt behov for avrusnings- og akuttjenester. Det er også behov for å styrke de kommunale oppfølgingstjenestene, herunder bolig, omsorgs- og helsetiltak, aktivisering og arbeid. Det gis betydelig statlige tilskudd til Oslo kommune til kommunale rustiltak og til frivillige organisasjoner som arbeider på rusfeltet i Oslo,



og det er nødvendig med en bedre samordning av innsatsen for sikre brukerne et helhetlig og tilgjengelig tilbud. Det er derfor startet en prosess mellom Oslo kommune, Helse Sør-Øst RHF samt frivillige organisasjoner som tilbyr de aktuelle tjenestene. Denne prosessen skal danne grunnlaget for et best mulig samarbeid mellom de nevnte aktørene, slik at alle som har behov for ulike akutt- og avrusningstilbud kan få dette og kvaliteten på oppfølgingstilbudene styrkes. Samtidig vil Helse Sør-Øst RHF sørge for å styrke sitt akutttilbud for den samme pasientgruppen i Oslo-regionen.

**Tiltak:**

- Bedre de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Systematisere og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke praksiskonsulentordningen ved å øke antall deltidsstillinger i tverrfaglig spesialisert behandling for fastleger (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Foreslå utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet)

## DELMÅL 4.3 STYRKE BRUKEN AV INDIVIDUELL PLAN

Personer med behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan dersom de ønsker det. Til tross for dette viser flere rapporter at få personer med rusmiddelavhengighet har individuell plan. Vi vil legge bedre til rette for bruk av individuell plan.

Individuell plan skal utarbeides. Forskrift om individuell plan er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, og pålegger de offentlige instansene å utarbeide individuelle planer. Planen skal inneholde en oversikt over hvem som deltar i arbeidet, hvem som har ansvaret for samordning og framdrift, aktuelle tiltak og omfanget av disse. Den skal

også angi tidsperspektiv for tjenestebehovet og beskrive hvordan tiltakene skal gjennomføres. Planen skal utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med brukeren.

Regjeringen vil styrke arbeidet med individuell plan. For å sikre at alle får utarbeidet individuell plan skal det satses mer på opplæring og bistand til de ansatte i tjenesteapparatet. Tjenestenes ansvar for å ta i bruk individuell plan skal tydeliggjøres ytterligere. Utprøving av koordinerende «tillitspersoner», jf. delmål 3.2, må blant annet ses i lys av behovet for å øke bruken av individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder og den skal spesielt tilpasses personer med rusmiddelproblemer. Dermed får tjenestene et godt redskap for å utarbeide individuelle planer på en enkel måte. Flere fylkesmenn og regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål driver allerede opplæring i utarbeidelse av individuell plan. Opplæring i saksbehandling, boligsosialt arbeid samt rådgivning og tilrettelegging av ulike kartleggingsverktøy skal supplere denne opplæringen. I tillegg skal Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesentre og brukerorganisasjoner, gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan til tjenestene. Fylkesmennene skal få et større ansvar for å følge opp arbeidet med individuell plan i kommunene, spesielt i kommuner hvor bruken er individuell plan er uforholdsmessig lav.

Også innsatte med rusmiddelproblemer kan ha rett til individuell plan. *Rundskriv G-8/2006 Samarbeid mellom kommunetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige*, legger forholdene bedre til rette for utarbeidelse av individuell plan for innsatte som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Den nye avtaleordningen mellom staten og KS skal gjøre oppfølgingen av individuell plan til et gjennomgående tema.

**Tiltak:**

- Øke bruken av individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder om individuell plan og tilpasse den til personer med rusmiddelproblemer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål og brukerorganisasjoner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gjøre individuell plan til et gjennomgående tema i avtaleordningen mellom staten og KS (Helse- og omsorgsdepartementet)



## DELMÅL 4.4 ØKE BRUKEN AV AVTALESYSTEMER

Individuell plan er et verktøy for samhandling på individnivå. Også på systemnivå må vi ha redskap som sikrer at det jobbes systematisk og målrettet med å løse samhandlingsutfordringer. Vi vil inngå forpliktende avtaler for å styrke samhandlingen.

Økt samhandling krever innsats på mange områder, og det er summen av enkelttiltak satt i system som gir bedre koordinerte tjenester. Regjeringen og KS inngikk i juni 2007 en treårig nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Avtalen er et av tiltakene i *Nasjonal helseplan (2007–2010)*. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Et sentralt mål med rammeavtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler, og danne grunnlag for samarbeid mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Brukerne må kunne forvente et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Dette krever systematisk arbeid på bred front med en rekke tiltak. Partene vil jobbe tett med pasient- og brukerorganisasjoner i oppfølgingen for å sikre det brukerrettede fokus i arbeidet med avtalen. Arbeidet må ses i sammenheng med prosesser for å utarbeide strategier for samhandling og desentralisering i helseforetakene. Alle de regionale helseforetakene har nedfelt dette i sine strategier. Flere helseforetak har allerede inngått samarbeidsavtaler med kommunene i sitt nærrområde.

61

Regjeringen har inngått en samarbeidsavtale med KS om å forebygge og bekjempe bostedsløshet, og en delavtale om bosetting ved løslatelse fra fengsel er inngått mellom Justisdepartementet og KS. Det er utarbeidet en mønsteravtale for avtaler mellom kommuner og fengsel/kriminalomsorg lokalt. Dette har bidratt til nye prosjekter, blant annet innenfor kriminalomsorgen. Prosjektene legger opp til at bosetting kan forberedes under fengslingstiden, og at det på systemnivå kan legges til rette for rutiner som sikrer at boligtilbudet er klart. Erfaringene evalueres årlig i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Avtalen vil bli videreført, og erfaringer fra kommuner som kan vise til gode resultater når det gjelder å bekjempe bostedsløshet skal videreformidles.

Kriminalomsorgens sentrale forvaltning og Arbeids- og velferdsdirektoratet har inngått en samarbeidsavtale for å styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet. Avtalen skal bidra til et forpliktende og systematisk samarbeid mellom de to sektorene. Det skal stimuleres til avtaler og samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak eller behandlingstilbud som der boligforberedelser inngår. Husbankens kompetansetilskudd kan benyttes.

Samarbeid mellom barnevern, psykisk helsevern for barn og unge og tiltak for personer med rusmiddelproblemer er en forutsetning for å møte barn med sammensatte behov på god måte. Det er inngått forpliktende samarbeidsavtaler på regionalt nivå mellom helseforeta-

kene og statlig regionalt barnevern. Samarbeidet mellom sentrale instanser må skje på alle nivå, og også ute i kommunene. Mange fagteam i barnevernet har inngått samarbeidsavtaler med dette formålet.

**Tiltak:**

- Følge opp nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Reforhandle avtalen mellom regjeringen og KS om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Styrke bosettingen etter løslatelse fra fengsel (Justis- og politidepartementet)
- Styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet (Justis- og politidepartementet)

## DELMÅL 4.5 BEDRE SAMORDNING AV LOKALE FOREBYGGINGSTILTAK

Forebygging må bestå av både tilgjengelighets- og etterspørselsreducerende tiltak. Flere steder driver kommuner og frivillige organisasjoner ulike forebyggingstiltak rettet mot samme målgruppe, men uavhengig av hverandre. Vi vil legge til rette for at kommunenes forebyggingstiltak ses i en helhetlig sammenheng og at de ses i sammenheng med oppfølging av personer med rusmiddelproblemer.

Etter alkoholloven § 1-7d skal kommunene utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner. For å bedre samordningen og fremme helhetlig planlegging anbefales det at planen omhandler hele rusfeltet, ikke bare alkoholpolitikken. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Verktøyet er utarbeidet for at kommunene på en systematisk og helhetlig måte skal kunne planlegge rusmiddelpolitikken. Planen kan synliggjøre og legge føringer på hvordan ulike kommunale enheter og frivillige organisasjoner samarbeider og samordner sine tiltak. Ikke minst er det viktig at retningslinjer for salgs- og skjenkepolitikken ses i sammenheng med andre forebyggingstiltak. For ytterligere å bistå kommunene med å planlegge rusarbeidet er det utviklet en interaktiv rådgivningstjeneste og tipsside – [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no).

Gjennom det såkalte regionprosjektet er det i perioden 2004 til 2006 utviklet og prøvd ut modeller for å samordne lokale forebyggingstiltak. En evalueringsrapport vil foreligge høsten



2007. Denne legger grunnlaget for å vurdere hvordan arbeidet skal følges opp. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål, arbeide for å spre erfaringer fra regionprosjektet til andre kommuner.

Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har sammen utgitt en forskningsrapport om rusforebyggende innsatser i skolen (2006). Den vil, sammen med det øvrige kvalitetsarbeidet, være retningsgivende for å utvikle kvaliteten på det rusforebyggende arbeidet i skolen. Det skal stimuleres til at programmer som i dag vurderes å ha lav sannsynlighet for resultater kan endres og videreutvikles.

Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene og med utgangspunkt i veileder for rusmiddelpolitisk handlingsplan, erfaringene fra regionprosjektet, rapporten om forebygging i skolen, samt utviklingsarbeidet om tidlig intervensjon, iverksette et opplegg for opplæring og kunnskapsformidling. Målet er å samordne og styrke lokal forebygging i kommunene. Samarbeidet med frivillige organisasjoner skal sikres der det er naturlig og hensiktsmessig.

Sosial- og helsedirektoratet tildeler tilskudd til rusforebyggende prosjekter til kommuner og andre aktører. Tilskuddsordningene skal støtte opp under målet om at alle kommuner skal utvikle helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Kommuner som ikke har slik plan skal gis bistand til å utvikle det.

Flere kommunale og statlige aktører har tilsynsoppgaver knyttet til næringsdrivende i salgs- og serveringsbransjen. Berørte departementer skal drøfte tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende.

**Tiltak:**

- Bistå kommuner som ikke har helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan med å utarbeide det (Sosial- og helsedirektoratet)
- Videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke og samordne opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging (Sosial- og helsedirektoratet)
- Vurdere tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende (Helse- og omsorgsdepartementet)

## MÅL 5: ØKT BRUKERINNFLYTELSE OG BEDRE IVARETAKELSE AV BARN OG PÅRØRENDE

Regjeringen vil løfte fram brukerperspektivet for å sikre bedre tjenester. Vi skal satse særlig på tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer. Det skal utarbeides nye retningslinjer for arbeidet med denne sårbare gruppen. Kommunene trenger mer kompetanse i å identifisere og intervensjon tidlig overfor barn som lider. Med en ny stilling i et fagteam i hver region, står det statlige barnevernet bedre rustet til å drive opplæring og veiledning til kommunene. Det skal utarbeides en egen nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Mange pårørende har store ubrukte ressurser, og disse ressursene må brukes bedre. Vi vil med en nasjonal konferanse av og med pårørende starte opp et arbeid for å sikre dette.

### BEHOV FOR ØKT BRUKERINNFLYTELSE

Brukernes behov og muligheter skal være utgangspunkt for tjenestene. Mestring og deltakelse er hovedformål med rehabiliteringstjenester. En av de største samhandlingsutfordringene er at brukernes behov ikke tas nok hensyn til når tjenestene skal utvikles. Betydningen av og kunnskap om brukerperspektiv og brukermedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene. Medvirkning fra brukere og pårørende skal styrkes for å sikre god og helhetlig behandling og rehabilitering.


64

Individuell plan sikrer brukermedvirkning fordi den gir tjenestemottakeren innflytelse over egen situasjon. Det må legges til rette for brukermedvirkning i hele planprosessen.

Anslagsvis 130 000 familier lever med psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblemer. Alkoholmisbruk har konsekvenser for flere enn personen med alkoholavhengighet. En undersøkelse publisert i Tidsskrift for den Norske Lægeforening i 2003 viser at gjennomsnittlig tre personer i nær familie sliter med reaksjoner og symptomer direkte knyttet til atferd og problemer som personen med alkoholavhengighet har. Det antas at 200 000–300 000 barn har dette som en del av sitt liv og de lever i en utsatt, uforutsigbar og vanskelig omsorgssituasjon. En rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning fra 2005 viser at mange har store psykiske problemer og atferdsvansker, og risikoen for selv å utvikle rusmiddelproblemer er høyere enn hos andre barn. Dette er barn som barneverntjeneste, helsestasjon, barnehage og skole må være særskilt årvåkne overfor. En del av disse barna er vanskelige å få kontakt med, og en viktig utfordring er å oppdage dem. De skal få bedre oppfølging og hjelp enn i dag. En forutsetning er at de identifiseres tidlig og at nødvendige tiltak iverksettes.

Pårørende til personer med rusmiddelavhengighet kan være en viktig ressurs, men blir dessverre ofte glemt av tjenestene. Belastningen pårørende utsettes for fører ofte til at de selv får behov for hjelp. Pårørendes synspunkter og innspill skal ivaretas og synliggjøres, og vi trenger økt dokumentasjon om deres livssituasjon og behov. Brukeres interesser og behov er ikke nødvendigvis sammenfallende med interessene til de pårørende. Like fullt er det viktig





at pårørende i større grad blir lyttet til, enten det gjelder egne behandlings- og rehabiliteringsbehov eller ønsket om å medvirke i kraft av rollen som pårørende. Helseforetakene og mange rusinstitusjoner har i dag egne tilbud for pårørende, men mye gjenstår før bruker- og pårørendeperspektiv er fullt ut ivaretatt i tjenestene.

Virkemidler som bidrar til økt brukerinnflytelse skal løftes fram. Brukerne skal både ha innflytelse på eget tjenestetilbud og på politikkkutforming, organisering og systematisk kvalitetsarbeid i tjenestene.

## **DELMÅL 5.1 BEDRE OPPFØLGING OG HJELP TIL BARN AV PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER**

Barn og ungdom som har foreldre som misbruker rusmidler er oftere utsatt for omsorgssvikt, overgrep og vold enn andre. Disse skal identifiseres og gis hjelp så tidlig som mulig.

De regionale helseforetakene ble i 2006 pålagt å sørge for at unge med rusmiddelproblemer får et helhetlig tilbud, og at barn og ungdom av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer vurderes og sikres oppfølging dersom de har behov for det. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og personer med rusmiddelproblemer innen rus- og psykiatritjenestene. Stortinget har i romertallsvedtak VII fra *Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007)* bedt om at det gjøres en slik vurdering.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et rundskriv og en sjekklister med spørsmål som tjenesteytere bør stille når de er i kontakt med personer med psykisk sykdom eller rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en veileder til tjenestene om ivaretagelse av barn som har foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer. Vi skal også se på muligheten for å utarbeide indikatorer for å kartlegge hvor mange som lever i familier der foreldre eller søsken har psykisk sykdom eller rusmiddelproblemer. Barnehage, skole, fritidsarenaer, helse- og sosialtjeneste og barnevern er sentrale aktører og samarbeidspartnere. Se også omtalen under delmål 3.1 om at Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle og implementere en nasjonal strategi for tidlig intervensjon, som blant annet skal ha fokus på ferdigheter i tidlig identifisering og henvisning til riktig hjelpeinstans.

Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om en satsing på tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer. Formålet er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølging av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere

frivillige organisasjoner til tiltak. Tiltak som øker kompetansen når det gjelder identifisering og kartlegging er særlig aktuelle.

For å styrke samspillet mellom barn og foreldre planlegges det et opplæringsprogram i samspillsveiledning hvor blant annet såkalt Marte Meo-metodikk skal benyttes. En prosess- og følgeevaluering skal dokumentere om metoden har tilsiktet effekt. Fagteamene i det statlige regionale barnevernet skal styrkes med en stilling i hver region, noe som vil bidra til å øke spesialkompetansen om barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer. Innsatsen skal forsterkes, og det skal iverksettes flere tiltak som sikrer at barn og ungdom av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer får oppfølging og hjelp. Tiltakene skal komme barna direkte til gode, og omfatter blant annet støtte til frivillige organisasjoner som driver grupper for barn og ungdom, kompetanseheving, fagutvikling og forskning knyttet til barns innleggelse i rusinstitusjoner for voksne. Det finnes i dag mange spredte aktører og ulike typer tiltak for denne målgruppen. For å samle, systematisere og formidle kunnskap til tjenestene, etableres det i 2007 et nasjonalt kompetansenettverk under ledelse av Sørlandet sykehus HF. I samarbeid med andre instanser og fagmiljø med kompetanse på området, vil kompetansenettverket ha ansvar for å bidra til kompetansebygging knyttet til forebygging og behandling av problemer hos barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer. Det vil bli utarbeidet informasjons- og veiledningsmateriell som vil bli presentert på en nasjonal konferanse høsten 2007. Fra 2008 vil det bli avholdt regionale konferanser for å videreføre satsingen på kompetansebygging og erfaringsspredning.

Gravide med rusmiddelavhengighet skal i utgangspunktet tilbys medikamentfri behandling. Tjenestene har i tillegg plikt til å vurdere om gravide med rusmiddelavhengighet skal plasseres i institusjon uten eget samtykke. Dersom legemiddelassistert rehabilitering vurderes å være det beste alternativet, er det særdeles viktig at utviklingen i svangerskapet overvåkes nøye og at kvinnen får strukturert oppfølging. De siste ti årene er det født om lag 120 barn av kvinner i legemiddelassistert rehabilitering. Målet med substitusjonsbehandling i svangerskapet er å få kontroll med og forhindre bruk av rusmidler, stabilisere mors livssituasjon, redusere risiko for skader og sykdom og legge til rette for en god omsorgssituasjon. Generelt er tjenestene svært tilbakeholdne med å bruke legemidler i svangerskapet fordi dette kan gi fosterskade. Risikoen må avveies mot ulemper og risiko ved alternativ behandling eller ingen behandling i det hele tatt. Kvinner som blir gravide mens de er i legemiddelassistert rehabilitering tilbys hjelp til å trappe ned. Det er uenighet i fagmiljøene om hva som er rett behandling for disse kvinnene og barna, og vi trenger mer kunnskap om dette. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal levere en kunnskapsoppsummering om gravide i legemiddelassistert rehabilitering. Tjenesteutvikling og økt kompetanse om behandlingsmetoder og langsiktige oppfølgingstiltak skal prioriteres.

**Tiltak:**

- Vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og personer med rusmiddelproblemer innen rus- og psykiaritjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utarbeide veileder for å ivareta barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har psykisk sykdom og rusmiddelproblemer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Satse mer på tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Etablere kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke det statlige barnevernet med en stilling i et fagteam i hver region (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Utarbeide informasjons- og veiledningsmateriell om barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Avholde regionale konferanser for å videreføre satsingen på kompetansebygging og erfaringsspredning om barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Øke kunnskapen om og vurdere tiltak for kvinner med rusmiddelavhengighet og kvinner som blir gravide mens de er i legemiddelassistert rehabilitering og barna deres (Sosial- og helsedirektoratet)

## DELMÅL 5.2 STYRKE BRUKERNES MEDVIRKNING

Planlegging og utforming av tjenestene i samarbeid med brukerne er et lovkrav og en forutsetning for god kvalitet. Tjenestene skal innrettes slik at brukerne gis reell innflytelse, og slik at pårørende ivaretas på en god måte. Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi for sosial- og helsetjenesten skal ligge til grunn for arbeidet.

Effektive metoder for å involvere brukerne i beslutningsprosesser skal utvikles. Brukerne skal få bedre tilgang på informasjon, og tiltak for å forbedre samarbeidet mellom bruker og utøver

skal vurderes fortløpende. Metodene som er benyttet i arbeidet med brukermedvirkning bør evalueres. Internettbaserte tjenester, opplærings- og veiledningsprogrammer og brukerorienterte samarbeidsarenaer er eksempler på verktøy som bedrer brukernes rettigheter. Det skal stimuleres til bruk av slike verktøy.

Sentre for brukere og pårørende skal kartlegges, og vi må få mer kunnskap om hvilke funksjoner de har og hvordan samarbeid med sentrene best kan foregå. Sosial- og helsedirektoratet skal gi støtte til pårørendesenter. Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med brukerorganisasjoner utvikle kurs, informasjon og veiledningsmaterieell om tilbud og rettigheter, også materieell rettet mot grupper med annen etnisk bakgrunn enn norsk. For å starte opp dette arbeidet skal Sosial- og helsedirektoratet arrangere en nasjonal konferanse for og med pårørende til personer med rusmiddelavhengighet. Arbeidet med å styrke brukeren og vektlegge mestringsstrategier skal ses i sammenheng med tilsvarende arbeid innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse, jf. Sosial- og helsedirektoratets tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser og plan for brukermedvirkning – mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse.

68

Det er en stor påkjenning å være pårørende til personer med rusmiddelavhengighet. Mange får problemer med å delta i arbeidslivet og blir sykemeldte i lengre perioder. Dette er ødeleggende for den enkelte og negativt for samfunnet. Arbeidsmiljøloven har flere generelle bestemmelser som pålegger arbeidsgiver å ta individuelle hensyn ved utforming av arbeids-situasjon, og Arbeidstilsynet og Petroleumstilsynet gir veiledning om disse bestemmelsene. Sosial- og helsedirektoratet skal samarbeide med arbeidsmiljømyndighetene og pårørendeorganisasjoner for å veilede om tilrettelegging av arbeidet, slik at pårørende lettere kan forbli yrkesaktive selv om de er i en vanskelig livssituasjon.

Brukeren skal medvirke når individuell plan utarbeides. Pårørende vil også kunne ha en viktig rolle, og må trekkes inn når det er mulig. Individuell plan skal sikre brukermedvirkning i utforming av tjenester.

Selvhjelpsperspektivet innen rusfeltet skal styrkes. Arbeidet skal ses i sammenheng med *Nasjonal plan for selvhjelp* hvor det foregår et systematisk arbeid for å styrke selvhjelp som en del av psykisk folkehelsearbeid, jf. *St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken*. Selvhjelp og deltakelse i selvhjelpsgrupper kan hjelpe den enkelte til å ta i bruk egne ressurser i samarbeid med andre. Det er etablert et nasjonalt knutepunkt for selvhjelp på [www.selvhjelp.no](http://www.selvhjelp.no). Mestringsperspektivet i selvhjelp er ikke minst viktig for personer med rusmiddelavhengighet og deres pårørende. Organisasjoner og institusjoner som driver selvhjelp i rusfeltet er en del av knutepunktets nettverk og partnere. Knutepunktet skal bidra til systematisk utvikling av selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet, og bidra til å gjøre selvhjelp kjent blant brukere og ansatte i det kommunale hjelpeapparatet og i spesialisthelsetjenesten.

**Tiltak:**

- Ta i bruk verktøy for brukermedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet)
- Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helse-regionene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gi økonomisk støtte til pårørendesenter (Sosial- og helsedirektoratet)
- Arrangere nasjonal konferanse for og med pårørende til personer med rusmiddel-avhengighet (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen (Sosial- og helsedirektoratet)
- I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet og bidra til at selvhjelp gjøres kjent blant brukere, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgs-departementet)

## DELMÅL 5.3 MER SYSTEMATISK BRUK AV BRUKERERFARINGER I KVALITETSARBEIDET

Systematisk innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer er viktig for å utvikle gode og effektive tjenester. Slike erfaringer er nødvendige korrektiver, og er med på å stimulere til stadige forbedringer. Vi vil sikre at arbeidet med brukererfaringer brukes mer systematisk i kvalitetsarbeidet.

Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle kvalitetsindikatorer på rusfeltet, noe som vil styrke brukermedvirkningen på individ- og systemnivå. Regionale helseforetak og de enkelte helseforetak har opprettet brukerråd eller brukerutvalg der rusfeltet er representert. Det er fokus på rusproblematikk i bruker- og pårørendeopplæringen. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører pasienterfaringsundersøkelser. Det er foreslått å gjøre en temaundersøkelse av brukere og deres pårørende sine erfaringer innen tverrfaglig spesialisert behandling.

For å kvalitetssikre og utvikle tjenestene skal alle kommuner og helseforetak ha opplegg for systematisk tilbakeføring av brukererfaringer. Brukermedvirkning skal være en del av kommunenes og de regionale helseforetakenes internkontrollsystem. Internkontroll betyr

systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Det skal sikres at erfaringer fra brukere og pårørende inngår i forbedringsarbeidet i virksomhetene.

Det skal settes i gang et arbeid for å vurdere gode modeller for hvordan brukervedvirkning kan skje i tjenestene. Erfaringer fra brukerråd, brukerutvalg, senter for brukererfaring og brukerombud skal tas med i arbeidet.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 fastsetter at opplæring av pasienter og pårørende er en oppgave spesialisthelsetjenesten skal ivareta. Det er etablert lærings- og mestringssentre i alle landets helseregioner. Sentrene lager opplæringstilbud for pasienter og pårørende og bidrar til at opplæring er en integrert del av all medisinsk behandling og rehabilitering. De legger opp til god brukervedvirkning i utformingen av opplæringsprogrammene. Helse- og omsorgsdepartementet skal, i samråd med de regionale helseforetakene, vurdere sentrenes rolle overfor brukere i tverrfaglig spesialisert behandling og deres pårørende. Sentrene er også en naturlig samhandlingsarena for kommunene.

**Tiltak:**

- Gjennomføre en temaundersøkelse for bruker- og pårønderfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Sikre at brukerundersøkelser og brukervedvirkning er en integrert del av internkontrollsystemene i spesialisthelsetjenesten og kommunene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utvikle modeller for brukervedvirkning i kommuner og helseforetak (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke lærings- og mestringssentrenes rolle overfor personer med rusmiddelavhengighet og deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet)



## ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Utgangspunktet er at det ordinære tiltaksapparatet skal være tilgjengelig og gi nødvendig hjelp til personer med rusmiddelproblemer. Fastlegereformen, sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen har medført endringer i de organisatoriske rammene for tiltaksapparatet, og dermed også i tilbudet til personer med rusmiddelavhengighet.

For 2006 ble rusfeltet styrket med om lag 140 mill. kroner, hvorav denne regjeringen bidro til en økning på rusfeltet på 91,5 mill. kroner, jf. *St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006)*. Rusfeltet ble videre styrket med 70 mill. kroner i forbindelse med statsbudsjettet for 2007. I og med vedtaket av forslagene i *St.prp. nr. 44 (2006–2007)* ble rusfeltet tilført ytterligere 50 mill. kroner. For 2008 videreføres 8,0 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering, jf. *St.prp. nr. 44 (2006–2007)*. Videre er det vedtatt en styrking på 125 mill. kroner.

For 2008 er spesialisthelsetjenesten styrket med 900 mill. kroner til aktivitetsvekst i helseforetakene, tilsvarende 1 ½ pst. vekst for all pasientbehandling. Dette medfører en styrking av tverrfaglig spesialisert behandling på om lag 30 mill. kroner.

Dette innebærer at rusfeltet i 2008 er styrket med nær 375 mill. kroner sammenliknet med 2005. Ytterligere styrking av rusfeltet skal behandles i de ordinære budsjettprosessene.

Videre legges det også for 2008 til grunn at den prosentvise veksten i tverrfaglig spesialisert behandling og i psykiatrien skal være større enn veksten i somatikken, noe som vil medføre en ytterligere styrking. Budsjettet for de regionale helseforetakene legger til rette for god oppfølging av rusfeltet.

Også den bedrede økonomiske situasjonen for kommunesektoren gir mulighet til å prioritere arbeidet mot rusmiddelproblemer i tråd med mål og tiltak i planen. Kommunene er ansvarlige for hvordan tjenestene organiseres og utvikles videre. Gjennom bedre organisering kan ressursene også utnyttes bedre.

I tillegg kommer satsinger knyttet til andre politikkområder, f.eks. fattigdomsatsingen, som til dels også innebærer en styrking av rusfeltet.

## INNSATS MOT RUSMIDDELPROBLEMER I ANDRE PLANER

For å få et samlet bilde av innsatsen mot rusmiddelproblemer må det også ses hen til planer og strategier på andre, delvis overlappende, områder. *Handlingsplan mot fattigdom, Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, Nasjonal helseplan (2007–2010), strategien På vei til egen bolig og Opptappingsplan for psykisk helse* har alle virkninger på rusfeltet. Regjeringens stortingsmelding om arbeid, velferd og inkludering vil også få betydning for arbeidet mot rusmiddelproblemer. Det samme gjelder stortingsmeldingen *Nasjonale strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller* og den nye nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering. Opptappingsplanen for rusfeltet må også ses i sammenheng med samarbeidet med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale tjenestene og avtalen om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

## GJENNOMFØRING OG OPPFØLGING

72

Opptappingsplanen er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet i nært samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Også Finansdepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet har ansvar og oppgaver i planen. En rekke av tiltakene skal konkretiseres i løpet av planperioden. For å sikre systematisk videreutvikling og gjennomføring av tiltak, skal det etableres en ordning med koordineringsmøter mellom berørte departementer og relevante ytre etater. Koordineringsmøtene skal ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, som også er ansvarlig for å koordinere opptappingsplanen med andre planer.

Det vil være en kontinuerlig oppfølging i planperioden. Planen angir en hovedansvarlig aktør for hvert tiltak. Denne aktøren har ansvar for å sette tiltaket i gang og involvere berørte aktører. Hovedansvarlig har også ansvar for rapportering. For øvrig gjelder den alminnelige ansvarsdelingen i forvaltningen. Sosial- og helsedirektoratet har et betydelig ansvar for implementering av planen, herunder hovedansvar for mange av tiltakene.

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