



Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Hallingdal 2012 - 2016

Sak 51/12 vedtatt i kommunestyret 26.6.2012.

Endringer spesielt for Gol kommune del 2 punkt 3.

Innholdsfortegnelse:

1	Hvorfor en rusmiddelpolitisk handlingsplan?	side 3
	1.1 Innledning	3
	1.2 Arbeidet med planen	4
2	Rusmiddelsituasjonen	5
	2.1 Grunnleggende forståelse av rusmiddelsituasjonen	5
	2.2 Beskrivelse og vurdering av rusmiddelsituasjonen	7
	2.3 Rusmiddelsituasjonen i Hallingdal	9
3	Rusmiddelpolitiske mål og strategier	17
	3.1 Nasjonale mål og strategier	17
	3.2 Hovedmål for Hallingdal	20
4	Forebyggende tiltak	21
	4.1 Tilgjengelighetsreduserende tiltak	21
	4.2 Etterspørselsreduserende tiltak	24
	4.3 Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper	28
	4.4 Tiltak innen rehabilitering og oppfølging	31
5.	Gjennomføring og oppfølging av planen	38
	5.1 Ansvarsfordeling og fremdrift i gjennomføring av nye tiltak	38
	5.2 Økonomiske konsekvenser	41
	5.3 Evaluering og rullering av planen	41
Del 2	Alkoholpolitiske retningslinjer	42

1 Hvorfor en rusmiddelpolitisk handlingsplan?

1.1. Innledning

Etter alkoholloven § 1-7d er kommunen pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Det er naturlig å se alkohol- og narkotikapolitikken i sammenheng. Helsedirektoratet anbefaler at kommunen utarbeider en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan hvor den alkoholpolitiske planen inngår.

Forskning viser at kommunenes bevillings- og kontrollmyndighet er blant de mest effektive virkemidlene vi har for å redusere alkoholforbruk og alkoholrelaterte skader. Alkoholloven fra 1989 ble sist endret 09.12.2011. Etter en større revidering 01.07.2005 ble kommunene gitt økt frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid ut fra en vurdering av lokale forhold. Dermed har kommunenes rusmiddelarbeid blitt enda viktigere enn før, for å nå så vel lokale som nasjonale målsettinger.

Rusmiddelproblemene er sammensatte. Dette tilsier at planen bør være både tverrfaglig og tverretatlig. Den bør omfatte alle sider av kommunens rusmiddelarbeid. Dette innebærer alle typer forebyggende tiltak som for eksempel bevillingspolitikk, informasjonstiltak og holdnings skapende arbeid, så vel som oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere. Hensikten er at kommunens rusmiddelpolitiske arbeid ses i sammenheng.

Mål, strategier og tiltak på rusmiddelområdet berører også blant annet helsetjenesten, skole og kultur- og organisasjonsarbeid. Rusmiddelpolitisk handlingsplan omtaler målgrupper og tiltak som er nærmere beskrevet i andre kommunale planer.

Hallingdal ligger i nordre del av Buskerud fylke. Regionen består av de seks kommunene Hol, Ål, Hemsedal, Gol, Nes og Flå. Dalføret strekker seg over nesten 15 mil og har et samlet areal på 5840 kvadratkilometer. I kommunene er det til sammen vel 20.000 innbyggere, og i tillegg oppholder det seg til enhver tid et stort antall personer på hytter og i tilknytning til annen turistnæring. Kommunen har et utstrakt samarbeid seg imellom på en rekke områder.

1.2. Arbeidet med planen

Alle kommunene i Hallingdal søkte høsten 2010 om å få være med på Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken sitt prosjekt for utarbeiding av rusmiddelpolitisk handlingsplan. Etter forslag fra kompetansesenteret ble det den 15.02 inngått avtale om en felles plan for alle de seks Hallingdalskommunene. Avtalen er inngått mellom kompetansesenteret og rådmennene, og regionrådet har i vedtak stilt seg positiv til planarbeidet.

Mandatet for arbeidet er at det med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder IS-1362 fra 2006 skal gjennomføres et 1-årig samarbeid om å utarbeide en interkommunal helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan for kommunene i Hallingdal.

Kompetansesenteret rus – region sør, Borgestadklinikken har gitt lønnstilskudd på kr 300.000 som skal dekke lønnsutgifter til koordinator i halv stilling over et år. Kompetansesenteret dekker også utgifter til seminar og oppfølging. Kommunene skal avsette ressurser som til sammen utgjør like mye.

Rådmannsutvalget i Hallingdal valgte Geir O. Garthus, enhetsleder for helsetjenester i Nes kommune til prosjektleder for arbeidet.

De bestemte også at helselederforumet i Hallingdal skulle være styringsgruppe.

Til prosjektgruppe er det oppnevnt en representant fra hver kommune:

Trine Raknes, ruskonsulent Hol

Mona Lysne, ruskonsulent Ål

Marianne Gran, miljøarbeider Gol

Martin Hjelseth, fritidsleder Hemsedal

Ellen Kathrine Haga Larsen, ruskonsulent Nes

Eva Skjeggerud, psykiatrisk sykepleier Flå

Det har i tillegg vært en arbeidsgruppe med saksbehandlere fra hver kommune som har utarbeidet forslag til alkoholpolitiske retningslinjer.

I prosjektplanen ble det også foreslått at hver kommune skulle ha en referansegruppe med ressurspersoner. Dette har vært praktisert ulikt i kommunene.

En rekke andre instanser har deltatt i planarbeidet gjennom en kartlegging. Tabellen viser hvilke instanser som har blitt kontaktet og blitt bedt om å svare på spørsmål. I de kommunene det er svart, er dette angitt med et kryss. Det er egen kolonne for instanser som ikke er knyttet til kun en kommune. Resultatene av kartlegginga er nærmere beskrevet i kapittel 2.3.3.

Kartleggingsinstanser	Hol	Ål	Gol	Hems.	Nes	Flå	Hall.
Politi			X			X	
Kommuneoverlege	X	X			X		
Helsestasjon/jordmor	X	X	X	X	X	X	
Ungdomsskole		X		X	X	X	
Barneskoler	X	X	X	X	X	X	
Barnehager	X	X	X	X	X	X	
Hjemmebaserte tjenester				X	X	X	
Psykisk helsetjeneste	X	X		X	X	X	
NAV				X	X	X	
Barneverntjenesten							X
Videregående skoler							X
SLT							X
Asylmottak							X
Nattevandrere				X	X		
Ungdomsklubb		X		X	X	X	
AKAN, bedriftshelsetjeneste		X			X		
Salgs- og skjenkekontroll	X	X	X	X	X	X	

2 Rusmiddelsituasjonen

2.1 Grunnleggende forståelse av rusmiddelsituasjonen

2.1.1 Rusmiddelbruk i et samfunnsperspektiv

Søken etter alternative bevissthetsformer finnes i alle samfunn, og i den forbindelse bruk av ulike stoffer for å oppnå slike tilstander. I dette ligger at rusmidler kan ha positive egenskaper, forbundet med nytelse og behag for den enkelte. Imidlertid er den som ruser seg ofte ikke bevisst at rusmidlene også har negative egenskaper og hvordan dette påvirker samspelet i relasjoner og belastning for andre mennesker.

Vår forståelse av rusmiddelproblemer reduseres ofte til bare å handle om alkoholisme/narkomani. Massemedia fokuserer på narkotika og brukere av illegale stoffer som et omfattende problem, mens alkohol ofte gis positiv omtale og negative konsekvenser av alkoholbruk tilsløres. Dette til tross for at alkoholbruk fører til et langt større skadeomfang.

Det er en samfunnsmessig utfordring at det å ha rusmiddelproblemer fortsatt er skam- og skyldbetont for mange, og vanskelig å snakke om. Signaler på overforbruk er ofte diffuse og tvetydige, noe som betyr at problemene kan vokse seg store og kroniske før man gjør noe med dem. Mange oppgir at de har blitt plaget av andres alkoholbruk.

Stadig yngre mennesker tar i bruk rusmidler ikke bare for økt nytelse, men også som problemløsende tiltak: ”Det er særlig økningen av tidlige problemdrikkere og rusproblemer hos sosialt velfungerende personer som vil gi et økende press på helsevesenet og mobilisere behov for intervensjonstilbud av en annen type enn det tradisjonelle behandlingsapparatet har representert.” (F. Duckert, 2007).

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

Spilleavhengighet kan medføre mange av de samme problemer som rusmisbruk bl.a. depresjon, angst, stress, dårlig helse, samlivsbrudd, fravær fra studier/arbeid, vinningskriminalitet og generelt dårligere økonomi.. Mennesker med annen avhengighetsproblematikk enn alkohol og narkotiske stoffer har tilgang til det samme tjenesteapparatet for informasjon, råd og veiledning, behandlings- og rehabiliteringstiltak. Det er derfor viktig at NAV og andre instanser har nødvendig kompetanse innenfor også disse områdene. Selv om ikke spilleavhengighet er omhandlet videre i denne planen, kan mange av tiltakene ses i en større sammenheng.

2.1.2 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer er et viktig utgangspunkt for forebyggende og tverrfaglig arbeid på rusområdet. Risikofaktorer kan defineres som ”en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden.” (Nordahl m.fl, 2005). Når flere risikofaktorer foreligger samtidig, uansett hvilke, leder det til kraftig økt risiko for problemer. Det sentrale blir da å finne beskyttelsesfaktorene.

For barn og unge er foreldrene de viktigste aktørene i det forebyggende arbeidet. Gjennom sine holdninger til og bruk av rusmidler, påvirker de i stor utstrekning sine barns utvikling, valg og atferd. En tydelig foreldrerolle med gode relasjoner til og god oppfølging av barna er en særlig viktig forebyggende faktor. Utsettelse av alkoholdebut er fortsatt en av de beste beskyttelsesfaktorene mot senere å få et problemfylt forhold til rus. Dette legitimerer en kommunal satsing på forebygging og tidlig intervensjon.

Følgende tabell fra Helsedirektoratet synliggjør dette: (IS-1742. Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. Helsedirektoratet 2009)

Område	Risikofaktorer	Beskyttelsesfaktorer
Individuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Positive holdninger til rusmidler • Tidlig debut • Utagerende, sensasjonssøkende • Manglende kunnskaper om rus og risiko • Rusvillighet • Individuell sårbarhet • Utsatt for seksuelle og fysiske overgrep • Framtidspessimisme • Lavt selvbilde og psykiske plager • Å være vitne til eller utsatt for vold (begge deler rammer hardt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medfødt robusthet og kapasitet • Sosial kompetanse • Opplevelse av mening og sammenheng • Kreativitet • Hobbyer • Framtidsoptimisme • Godt selvbilde

Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende tilsyn • Manglende interesse for den unge • Tilknytningsproblem • Dårlig samspill i familien og mye konflikter mellom voksne og voksne og barn • Tillatende oppdragerstil, rusmiddelmissbruk • Seksuelle og fysiske overgrep, stor fattigdom • Foreldre med lav omsorgskompetanse, rusmisbruk og psykiske lidelser 	<ul style="list-style-type: none"> • God kommunikasjon og samspill • Struktur og regler • Autoritativ oppdragelse (kontroll og varme), struktur og regler • Høyere sosioøkonomisk status • God og stabil omsorgssituasjon
Venner	<ul style="list-style-type: none"> • Rusbruk og kriminalitet hos venner • Venners antisosiale normer • Lav sosial status hos venner 	<ul style="list-style-type: none"> • Tydelige normer • Tilknytning • Prososiale venner
Skole	<ul style="list-style-type: none"> • Dårlig skolemiljø/klima, mobbing • Lese- og skrivevansker • Dårlig likt • Manglende eller "dårlige" venner • Skulk • Manglende interesse for skolen 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle kompetanse • Positive aktiviteter • God tilhørighet
Nærmiljø	<ul style="list-style-type: none"> • Få ressurser til forebyggende arbeid • Kriminalitet • Normer som aksepterer konsum • Tilgang på rusmidler • Dårlig bomiljø • Fattigdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Minst en betydningsfull voksen • Prososiale venner • Felles verdier • Samfunnsstrukturer som støtter mestringsstrategier

2.2 Beskrivelse og vurdering av rusmiddelsituasjonen

2.2.1 Rusmiddelsituasjonen i Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) viser gjennom årlig innhentede opplysninger fra salgs- og skjenkesteder i Norge at det er en jevn økning i det registrerte forbruket av øl, vin og brennevin. I tillegg viser spørreundersøkelser gjennomført av MMI de siste to år at det er et ikke ubetydelig uregistrert forbruk. Status for og endringer i befolkningens bruk av rusmidler, tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk med mer finnes på www.sirus.no.

Årsakene til økt alkoholforbruk er flere. En årsak er at nye generasjoner drikker mer enn de foregående. Det nordiske drikkemønsteret med helgefyll opprettholdes, samtidig som det etableres et kontinentalt drikkemønster med alkohol tilknyttet mat og kulturelle opplevelser. Vi har en voksende middelklasse med god økonomi. Tilgjengeligheten til alkohol gjøres generelt enklere ved at åpningstider og antall salgssteder økes, og prisen på alkohol synker målt mot lønnsutviklingen.

SIRUS anslår at 66 000 – 122 000 nordmenn har et problematisk alkoholkonsum. Det er beregnet at norske bedrifter taper 11-12 milliarder kroner årlig på grunn av de ansattes alkoholbruk. 30 % av alt korttidsfravær og 15 % av langtidsfraværet er rusrelatert. Det anslås at 7 – 8 % av arbeidstagerne har et rusmønster som i perioder påvirker jobben. Tallet på alkoholrelaterte dødsfall er relativt stabilt. Flere menn enn kvinner opplever sykdom/død i

forbindelse med alkohol, men kvinneandelen øker. Selv om menn fortsatt drikker over dobbelt så mye som kvinner, har det skjedd en markant økning av drikke for beruselse blant unge kvinner. Dagens unge kvinner drikker dobbelt så mye som mødrene deres gjorde. Unge kvinners opplevde problemer knyttet til alkohol har også økt (Astrid Skretting/Vedøy, SIRUS 2009). Fertile kvinners alkoholbruk vekker også bekymring i forhold til evt. graviditet og skader på fosteret.

Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) ligger høyt i Norge ifht andre land det er naturlig å sammenligne seg med, men det har vært en nedgang de senere årene. I 2004 døde 223 personer av overdoser mens dette var falt til 195 i 2006. Det finnes ikke et helt presist tall for hvor mange narkotikamisbrukere vi har i Norge, men med ulike beregningsmetoder er det anslått at antallet som injiserer heroin og/eller amfetamin nå ligger på rundt 8 – 12 000 personer (SIRUS, 2008). Brukere av cannabis (hasj/marihuana) og/eller andre narkotiske stoff (f.eks. kokain) kommer i tillegg. Konklusjonen av forskning i Norge og andre land det er naturlig å sammenligne oss med, er likevel at antallet alkoholmisbrukere er langt større enn antallet narkotikamisbrukere, og at det dermed også er flere i den enkelte misbrukerens omgivelser som berøres av misbruk av alkohol enn av narkotika.

Det er viktig å huske at rusmiddelproblematikk – som følge av bruk av alkohol/narkotika/ legemidler - rammer hele familier, og spesielt barn. I en fersk rapport fra Folkehelseinstituttet (fhi, rapport 4:2011) er det gjort beregninger av hvor mange barn som har én eller to foreldre med psykiske lidelser eller som misbruker alkohol. Rapporten anslår at for 450 000 barn i Norge tilhører minst én av foreldrene den ene eller begge grupper. Av disse har om lag 135 000 barn foreldre med alvorlige lidelser. Dette er barn som ofte må ta på seg en voksenrolle og ta ansvar for seg selv og andre familiemedlemmer. Dette er en gruppe som er risikoutsatt for selv å utvikle rus- og psykiske problemer. Alvorlighetsgraden har betydning for risikoen for negative konsekvenser hos barna. Tidlig intervensjon/tidlig inngripen er viktig for å oppdage problematikken tidlig. Dette krever tverrfaglighet. Gode rutiner rundt samarbeid om barn man er bekymret for er ofte mangelvare og viktig for å få til tidlig intervensjon i praksis. Godt samarbeid anses som viktig for alle instanser som jobber med barn.

2.2.2 Rusmiddelsituasjonen blant unge

Ungdoms årsforbruk av ren alkohol økte kraftig rundt årtusenskiftet, fra ca. 3 liter i førstehalvdel av 1990-tallet til i overkant av 5 liter i 2001. Senere har det totale forbruket igjen gått noe ned. Det er blant gutter og den yngste aldersgruppen konsumert redusert, mens det har vært en økning blant jenter og i de øvre aldersgruppene. Den gjennomsnittlige debutalderen synes å være stabil, og har gjennom flere år vært omkring 14,5 år for øl og omkring 15 år for vin og brennevin.

Som i resten av den vestlige verden, er det cannabis som er det narkotiske stoffet flest unge oppgir å ha brukt. Forbruket av cannabis generelt har gått noe ned de senere årene, mens vi finner en markant økning i bruk av cannabis og kokain i aldersgruppen 21 – 30 år. Narkotikarelaterte dødsfall i de yngre aldersgruppene har gått kraftig ned siden toppårene 2000-2001.

Bruken av vanedannende beroligende medikamenter rapporteres å øke. Det meste er registrert bruk av reseptbelagte legemidler. Ulike medikamenter blir også i stor grad gjenstand for misbruk og illegal omsetning.

I tillegg til de tradisjonelle rusmidlene er det midler som i utgangspunktet er ment til å forbedre prestasjoner eller utseende. Disse midlene har mange likhetstrekk med andre rusmidler. Doping tilhører ikke bare idrettsarenaen. Stadig flere unge tyr til dopingmidler som en snarvei for å oppnå raske resultater og et bedre selvbilde. Mange kommer gjennom dette i kontakt med annen rus og kriminalitet. Dette er i ferd med å utvikle seg til et betydelig samfunnsproblem.

”Doping er trolig mer utbredt enn vi vet om. Det foregår i stor grad i det skjulte, og førstelinjetjenesten oppdager sjelden signalene før det er for sent. Det er derfor nødvendig at førstelinjetjenesten opplæres i å se etter og oppdage symptomer. Doping må inngå som en del av den målrettede satsingen på tidlig intervensjon.” *(helseminister Anne Grete Strøm-Erichsen, i interpellasjonsdebatt 18.01.2011)*

Forebyggende innsats er styrket gjennom samhandlingsreformen og i kommende stortingsmelding om rus vil doping få en betydelig plass. Blant annet på grunn av likhetstrekk i oppfølging og behandling vil det i stortingsmeldingen beskrives at ansvar for forebygging og oppfølging av dopingbrukere legges til rusfeltet. Det vil bety at antidopingarbeid må innarbeides i kommunenes rusplaner.

- Vi mener en nøkkel i antidopingarbeidet er å nå ut med kunnskap til personer som møter ungdom i risikozonen. Gjennom lokal forankring og samarbeid med kommuner tror vi at vi kan oppnå resultater-” *(ADN, Anders Solheim)*

2.3 Rusmiddelsituasjonen i Hallingdal

Det foreligger ikke statistikk som systematisk beskriver rusmiddelsituasjonen i de enkelte kommuner eller fylker, men det finnes statistikk over faktorer som har betydning i forhold til problemutvikling.

På ulike levekårsindikatorer blant annet antall arbeidsledige, uføretrygdete og sosialhjelpsmottakere, kommer Hallingdalskommunene godt ut. Det har også vært ulike ungdomsundersøkelser som har vist positive resultat. Men det er også andre faktorer som virker inn på rusmiddelsituasjonene. I denne sammenheng er Hallingdal spesiell som turistregion da folketallet i perioder blir mangedoblet. Rusmiddelsituasjonen blir i stor grad påvirket av de ulike grupper og kulturer som oppholder seg i kommunene. Politi og hjelpeapparat har ikke mulighet til å ha full oversikt over alle miljøer.

Som en del av planen har prosjektgruppa gjennomført en kartlegging for å beskrive rusmiddelsituasjonen. Ulike instanser har blitt intervjuet utfra en mal som vi har fått fra kompetansesenteret og som er bearbeidet til lokale forhold.

2.3.1 Registrert alkoholomsetning i Hallingdal

Antall salgs- og skjenkebevillinger i Hallingdal 2011:

Kommune	Innbyggere	Salg	Vinmonopol.	Skjenking
Hol	4453	9	1	46
Ål	4713	5	1	12
Gol	4572	9	1	19
Hemsedal	2140	5		20
Nes	3445	5	1	16
Flå	1000	1		4
Sum Hallingdal	20323	34	4	117

Hallingdal, omsetning i vareliter 2010

	Hol	Ål	Hemse- dal	Gol	Nes	Flå	Hallingdal
Salg av alkohol (inntil 4,7 %)	414.870	186.691	271.700	339.760	203.542	59.902	1.476.465
Skjenking av alkohol gr. 1 (inntil 4,7 %)	165.822	10.711	231.433	116.553	20.545	* 992	546.056
Skjenking av alkohol gr. 2 (inntil 22 %)	49.346	2.576	21.498	24.466	2.889	* 153	100.928
Skjenking av alkohol gr. 3 (over 22 %)	9.082	712	9.546	6895	709	* 40	26.984
Omsetning vinmonopolet	188.000			249.000	77.000		514.000
Omsetning totalt	827.120	200.690	534.177	736.674	304.685	61.087	2.664.433

* Tallene for skjenking i Flå er anslag basert på tall fra 2009

Tabellene viser at det er svært mange skjenkesteder i Hallingdal i forhold til antall salgssteder og i forhold til folketallet. Men skjenkestedene står i de fleste kommuner for en lav andel av den totale omsetningen av alkohol.

Omsetningstallene av alkohol kan ikke brukes som et bilde på hvordan forbruket i befolkningen er. Tallene skiller ikke på om det er fastboende eller turister som har kjøpt varene. Og i tillegg kommer all alkohol som blir handlet i andre kommuner og innførsel fra utlandet.

Utviklingen viser likevel en tendens om at omsetningsøkningen som har vært over mange år har stoppet opp de to siste årene. Det ser også ut til at det de fleste steder er en overgang fra skjenking til mer salg. Dette kan skyldes endringer i turistnæringen hvor det har vært nedgang i hotellsenger og økning i antall hytter. Dette medfører at alkohol i større grad kjøpes i butikk og på vinmonopol, og at mye av omsetningen foretas utenfor regionen.

Endringer i omsetning kan ha konsekvenser for russituasjonen og omfanget av rusproblemer. Mye av forbruket og rusproblemene skjer privat og i stor grad skjult. Skjenket alkohol knyttes imidlertid i langt større grad til andre negative konsekvenser av alkoholkonsum. Dette har sammenheng med forhold som hvilket tidspunkt på døgnet og i hvilken sosial sammenheng alkoholen inntas. De som blir skjenket har ofte drukket betydelig tidligere på kvelden.

«En betydelig andel av voldssituasjonene oppstår på eller like utenfor skjenkesteder. Det å gå på et skjenkested er en faktor som øker risikoen for å utøve vold og for å bli utsatt for vold» (Rossow, 1996). Dette viser at tiltak i tilknytning til skjenkesteder er relevante for å forebygge vold.)

2.3.2 Bruk av legemidler

Det er innhentet statistikk for bruk av B-preparater hos personer bosatt i kommunene. Dette omfatter sovemidler og beroligende midler som er registrert i reseptregisteret i Nasjonalt folkehelseinstitutt. Midlene omfatter i hovedsak kombinasjonspreparater av kodein og benzodiazepin.

Antall definerte døgndoser pr 1000 innbyggere i 2005 og 2010:

	2005	2010
Flå	36120	36596
Nes	29497	34527
Ål	21708	30528
Hol	21651	21780
Gol	19062	21258
Hemsedal	15192	12255

Det er store forskjeller mellom kommunene i bruken av B-preparater, og i alle kommuner utenom Hemsedal har bruken av B-preparater økt siden 2005. Det meste av forskjellene kan forklares med alderssammensetningen i de ulike kommuner. For en del av medikamentene er det eldre som er den største brukergruppen. Kommuner med mange eldre vil derfor i

utgangspunktet ha et større forbruk av legemidler. Bortsett fra Hemsedal skiller ikke Hallingdal seg fra de fleste andre kommuner. Det kan likevel være grunn til å se på hvordan forbruket er fordelt på antall pasienter og om omfanget og økningen kan være bekymringsfull.

2.3.3 Enheter/instansers bilde av rusmiddelsituasjonen

Beskrivelsen av rusmiddelsituasjonen baseres på kartlegging fra den enkelte instans. Det er ikke alle instanser som har svart, og de har også lagt ulik betydning i spørsmålene. Dataene kan derfor ikke brukes i noen statistisk sammenheng, men de gir noen vurderinger om situasjonen og tendenser. Det understrekes at dette er de enkelte instansenes bilde av rusmiddelsituasjonen og utfordringer innen rusfeltet, og at det ikke nødvendigvis er fullt samsvar mellom de ulike instansenes oppfatninger.

2.3.3.1 Barnehagene

Det foreligger svar fra barnehager i alle kommuner.

Barnehagen spiller en viktig rolle i forhold til barn som opplever rus hjemme, da de voksne der er forutsigbare og barnehagen kan være den eneste faktoren som er stabil over tid. Og også fordi en veldig stor andel av barna i kommunene går i barnehage.

Mange barnehager har hatt mistanke om foreldres rusbruk og vært bekymret for barnas situasjon. Likevel er det få som har sendt bekymringsmelding til barnevernet.

Noen barnehager har/har hatt barn med tettere oppfølging på bakgrunn av kjennskap til at familien sliter med rusmisbruk eller andre problemer. Samtlige ønsker større kompetanse på temaet, slik at de lettere skal kunne kjenne igjen og håndtere problemer knyttet til rus. Det er behov for et tettere og mer gjensidig samarbeid med barnevernet og helsestasjonen.

2.3.3.2 Barneskolene

Det foreligger svar fra barneskoler i alle kommuner.

Bortsett fra at temaet rus og rusmidler kommer inn i pensum i aktuelle fag, har ikke barneskolene noen egne undersøkelser og målrettet arbeid om temaet. Det er ikke oppdaget rusbruk på noen av skolene og problemstillingen er derfor lite relevant.

Flere av skolene har vært bekymret på grunn av foreldres rusbruk, men de har få konkrete episoder og synes det er vanskelig å melde utfra rykter. Skolene ser det som viktig med godt tverretattlig samarbeid med andre instanser som barnevern og helsetjeneste.

2.3.3.3 Ungdomsskolene

Det foreligger svar fra ungdomsskoler i fire kommuner.

Skolene rapporterer at de ikke har hatt beslag av rusmidler eller observasjoner av rusmiddelbruk i skoletiden. De vet likevel om at det skjer utenom skoletid, og undersøkelser viser at de fleste har prøvd alkohol i løpet av ungdomsskoletiden. Det er ikke registrert noen endring de siste åra.

Skolene har rutiner for håndtering av ureglementert atferd. Skolene opplyser at de har et godt forebyggende holdnings- og informasjonsarbeid. Det blir pekt på betydningen av tverretattlige møter, og at det er viktig med støtte og samarbeid med andre instanser som jobber med barn og unge for å følge opp enkeltelever som er sårbare.

2.3.3.4 Videregående skole

Av videregående skoler og folkehøgskoler i regionen er det bare Gol videregående som har svart på kartleggingen.

Gol videregående skole har ikke hatt noen egen undersøkelse om rusmiddelbruk i det siste, men har tidligere hatt et opplegg ved ruspolitisk gruppe i Hallingdal. Alkoholbruk var da utbredt mens det var lite problem med illegale rusmidler. Situasjonen i dag oppleves som bedre med en tydelig positiv utvikling de siste åra.

Tema rus og holdningsskapende arbeid er en del av undervisninga i flere fag, og elevene deltar i opplegg med psykisk helse VIP der misbruk av rusmidler er integrert.

Det er også godt samarbeid med politi og andre instanser

2.3.3.5 Ungdomsklubb (kulturenhet)

Ungdomsklubbene som har svart har oppdagat lite rusmisbruk. Det er nå sjelden eller aldri berusede ungdommer som kommer til ungdomsklubben. Dette betyr ikke nødvendigvis at ungdom drikker mindre, men at de gjør det på andre arenaer, som på hjemme-alene-fester.

I flere kommuner ønskes det mer oppsøkende virksomhet som kan fange opp ungdommer i faresonen som ikke kommer til ungdomsklubben eller andre organiserte aktiviteter. Flere kommuner har en ordning med nattevandrere, og det er ønskelig med mer synlig politi.

2.3.3.6 Helsestasjon/ helsestasjon for ungdom

Nesten alle kvinner som skal føde går til jordmor i svangerskapet. Den gravides forhold til alkohol, røyking og evt. stoffmisbruk er et svært viktig tema som tas opp. Forskning viser at totalavhold er det eneste sikre, og det er sjelden jordmor møter gravide som ikke vet at graviditet er en "alkoholfri sone". Utfordringen ligger i hva kvinnen tar inn fra hun *kan ha blitt* gravid og til hun skjønner at hun *er* gravid. Tjenesten har stort fokus på rus, og når det er mistanke om rusmisbruk under svangerskapet, blir dette tatt svært alvorlig. Kommunene har rutiner for oppfølging og melding til ruskonsulent og barnevern.

Helsestasjonen har ikke konkrete tall på hvor omfattende problem med rusmidler er. Større fokus på rus fører til at flere barn og unge gir uttrykk for problemer knyttet til dette, men på helsestasjon for ungdom er det få henvendelser som omhandler rus, og det har ikke vært henvendelser fra foreldre i forbindelse med bekymring for barnas rusmiddelbruk.

2.3.3.7 Barnevern

2011 er det første året det er felles barnevern for Hallingdal, og vi har ikke funnet det hensiktsmessig å lete etter data fra tidligere år. Det anslås at i 10 til 20 % av nye bekymringsmeldinger er rus en medvirkende faktor. Antallet meldinger har vært økende. Barnevernet vil samarbeide med andre om opplæring og rutiner for meldinger.

Barneverntjenesten ser at bruk av rusmidler hos foreldrene får alvorlige konsekvenser for barna. Slike saker er arbeidskrevende, og det er ofte vanskelig å få erkjennelse og dokumentasjon for et rusproblem. Fokuset er på barnas behov, og barnevernet kan gi veiledning og har mulighet for å sette vilkår til foreldrene.

Barneverntjenesten ønsker tverretattlig samarbeid og felles opplæringsprogram. Andre har påpekt behov for bedre koordinering av tiltak og ønske om å gjenåpne en barnevernvakt.

2.3.3.8 Psykisk helsetjeneste

I de fleste kommunene er også rustjenesten organisert under psykisk helsetjeneste. En stor del av brukergruppen har kombinasjon av problemer med rus og psykiatri, og de fleste som har et langvarig rusproblem utvikler psykiske problemer. De fleste misbruker alkohol. Det er også en del misbruk av legemidler og narkotiske stoffer særlig hasj og amfetamin.

Noen av kommunene har Lar-pasienter, dvs tidligere heroinmisbrukere som får legemiddelassistert rehabilitering. De får godkjente medisiner i behandlingen av sin opiatavhengighet. Dette er gjerne de tyngste misbrukerne, men som Lar-pasient har de rett på faste ansvarsgruppemøter med både ruskonsulenter, fastlege og representanter fra spesialisthelsetjenesten. Tett samarbeid gjør arbeidet med denne brukergruppen enklere for kommunen.

Utover tilbud om avrusning kan det være vanskelig og lang ventetid for å få behandlingsplass i spesialisthelsetjenesten. Døgnavdelingen i Hallingdal er nedlagt og psykiatrisk poliklinikk i Hallingdal har ikke tilbud til alle grupper. Å reise til Ringerike eller Drammen for behandling kan være vanskelig for mange.

Det er viktig å rette innsatsen mot de yngre personene som er i fare for å utvikle tyngre og mer sammensatt problematikk. For andre som har hatt et langvarig problem jobbes det hovedsakelig med sekundærforebygging og skadebegrensning. Disse trenger et lavterskeltilbud med dagtilbud, bolig og oppfølging. Det er nødvendig med tverretattlig samarbeid for å gi helhetlige og koordinerte tjenester. Stilling som ruskonsulent er viktig for å ivareta dette.

2.3.3.9 Avdeling for hjemmebaserte tjenester

Hjemmetjenesten og også institusjonstjenesten har i økende grad oppgaver der rus er involvert. Dette kan gjelde både yngre og eldre personer med ulik grad av funksjonshemming og pleie- og omsorgsbehov. Det kan være krevende å yte tjenester dersom brukerne har manipulerende og truende atferd. Langvarig bruk av rusmidler kan også føre til utvikling av lidelser som f.eks. demens med personlighetsendringer.

Med det økte alkoholkonsumet i befolkningen generelt, vil også rusproblemer blant eldre øke. Den ordinære hjemmetjenesten har lite erfaring og kompetanse med yngre rusmisbrukere, og kan se det som problematisk å bistå i forbindelse med medikamenthåndtering og LAR behandling. Kompetanseøkning vil være nødvendig.

2.3.3.10 Legetjenesten

Det foreligger svar fra kommuneoverleger i tre av kommunene. Fastlegene anser omfanget av rusrelaterte problemer blant sine pasienter som stort, men at det er vanskelig å avdekke hvor stort. Det er også en mer sammensatt problematikk enn tidligere i forhold til alkohol/narkotika. Rapporteringen fra legene varierer derfor mye.

Andelen av kommunens pasienter som har rusrelaterte problemer anslås til mellom 1 og 3 %. På legevakt er rus en langt hyppigere faktor spesielt ved ulykker og skader.

Det er et stort forbruk av legemidler, men langvarig behandling med vanedannende medikamenter er for det meste eldre pasienter. Legene ser at situasjonen er stabil, og at det ser ut til å være færre illegale misbrukere. Noen har kommet over på LAR og får god oppfølging.

De fleste kommuner har fått ruskonsulent med økt kompetanse innen rusfeltet. Det mangler likevel samordning og strukturerte lokale tiltak. Det er for lang ventetid i spesialisthelsetjenesten og det polikliniske tilbudet i regionen er for dårlig.

I følge Den Norske Lægeforening er det blant legene behov for økt kompetanse om rusbruk og rusrelaterte helseskader. Det er ønskelig at legene i større grad enn i dag skal benytte seg av screeningverktøy for å oppdage skadelig rusmisbruk.

2.3.3.11 NAV

Det foreligger svar fra NAV-kontorer i tre av kommunene.

I sosialtjenesten som ligger under NAV er det en forholdsvis stor andel av klientene som har rusproblem. Det er relativt få personer i Hallingdal med langvarig sosialhjelp, men det er en gruppe av vanskeligstilte som det er vanskelig å finne arbeid eller tiltak til.

Totalt sett er det flest med alkoholrelatert rusproblematikk innen denne gruppen, men det er mange sammensatte problemer i forhold til utfordringer rundt bolig, helse, familien, økonomi og arbeid. NAV ser behov for boliger og en verdig bosituasjon for svært mange av dem med rusproblemer i kommunen. Mange er avhengig av bolig med tilsyn og oppfølging. Noen av kommunene ser spesielle problemer i tilknytning til sesongvariasjoner i arbeidsmarkedet og mange tilflyttere som følger med dette.

Noen av kontorene har hatt rustjenester innunder NAV og har erfart at det kan være uheldig å knytte økonomiske virkemidler og behandlingstiltak sammen.

2.3.3.12 AKAN

AKAN er arbeidslivets kontaktorgan mot alkohol og narkotika. Dette gjelder ikke bare for kommunalt ansatte, men kommunene er den største arbeidsplassen og er derfor viktig i denne sammenhengen. To kommuner har rapportert om sin virksomhet. Antallet henvendelser er nesten ikkeeksisterende.

I individuelle saker hvor det er mistanke om rusmisbruk og kanskje stort fravær kan personalavdelingen ha samtaler med den ansatte og koble inn relevante samarbeidspartnere som NAV, rustjenesten og den enkeltes fastlege. Det kan være mange ansatte som har et rusproblem, men omfanget er ikke kjent.

2.3.3.13 SLT

SLT er samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak, og det er ansatt 50 % stilling som koordinator for hele Hallingdal. Stillingen er kontaktperson og pådriver for det tverretatlige forebyggende arbeidet, og har blant annet deltatt i utvikling/organisering av nattevandrere, MOT og antidopingarbeid. Gjennom arbeidet er det nær kontakt med alle kommunene og politiet, og dette gir et godt utgangspunkt for oversikt over rusmiddelsituasjonen spesielt blant ungdom.

2.3.3.14 Nattevandrere

Flere av kommunene har hatt ordning med nattevandrere organisert gjennom Røde Kors. Noen steder har det vært dårlig kontinuitet pga. manglende oppslutning fra foreldre og andre frivillige. Det er også store sesongvariasjoner som gjør at ordningen ikke er like aktuell hele året.

Siden mange av ungdommene trekker mot de største tettstedene, er det der det er mest behov.

Yngre ungdom ønsker å være der eldre ungdom er. Siden de ikke kommer inn på utesteder, blir de gående utenfor i gatene, blir med i biler eller hjem til venner eller tilfeldige de møter på. Her kan det være lett tilgang til ulike rusmidler. Nattevandrerne rapporterer at mange ungdommer etterlyser et sted de kan være.

Nattevandrere har også svart at de ser mindre rusmisbruk blant yngre ungdom nå enn tidligere. De tar kontakt med foreldre, politi og andre ved behov men ønsker et tettere samarbeid.

2.3.3.15 Asylmottak

To av asylmottakene i Hallingdal har svart på kartleggingen.

Mottakene aksepterer ikke bruk av alkohol eller andre rusmidler. Alkohol er lite utbredt blant de fleste beboerne, og det har vært få hendelser der det har blitt reagert.

Khat som kan være et aktuelt rusmiddel for noen, har vært oppdaget i et tilfelle.

2.3.3.16 Politi

To av lensmannskontorene har svart på kartleggingen.

Det rapporteres om en rekke hendelser hvor rus er involvert. Det gjelder bilkjøring, ulykker, ordensforstyrrelser og voldstiltfeller. Det er også gjort beslag av de fleste kjente rusmidler.

Siden ikke alle har rapportert kan vi ikke gi noen konkrete tall for hele regionen, men politiet ser en økende tendens i rapporterte saker og antall personer med tilknytning til rusmiljø.

Nærmere halvparten av hendelsene antas å være knyttet til tilreisende eller sesongarbeidere, og det er derfor en del sesong variasjoner. De fleste kommuner har en liten fast kjerne med kjente definerte narkomane.

Selv om politiets ressursituasjon gir begrensninger i forhold til forebyggende arbeid, ønskes det et godt samarbeid og kompetansedeling med kommunale etater. De ønsker å delta i informasjonsarbeid overfor foreldre og andre, og tenker at det hadde vært bra med en utekontaktordning for barn og ungdom

2.3.3.17 Salgs- og skjenkekontroll

Alle kommunene i Hallingdal bruker et privat kontrollfirma. Noen kommuner har hatt noen færre kontroller enn loven tilsier. Kontrollene har avdekket få overtredelser. Disse fører som oftest til en skriftlig advarsel. Det har ikke vært avdekket noen overtredelser de siste tre år som har vært så alvorlige at det har ført til inndragning av bevillingen.

2.3.4 Samlet vurdering av rusmiddelsituasjonen i kommunen

Kartleggingen gir ingen fullstendig beskrivelse av rusmiddelsituasjonen i Hallingdal. Det mangler svar fra flere instanser i kommunene. Det har heller ikke lyktes å få svar fra rusteam i spesialisthelsetjenesten og oppfølgingstjenesten i PPT som er viktige instanser for en del av ungdommene som er i en utsatt situasjon i forhold til rusmidler.

Flere av instansene rapporterer at rusmiddelsituasjonen ikke har blitt vesentlig endret de siste åra, og at det kan se ut til at det er en nedgang i rusmisbruk blant de yngste. Dette kan være subjektive opplevelser som kan være påvirket av endringer i holdninger like mye som i faktisk statistikk. Selv om det er mye usikkerhet rundt dette, er det grunn til å tro at Hallingdal ikke skiller seg vesentlig fra andre regioner.

Barnevernet mottar relativt få bekymringsmeldinger om rus fra barnehager og skoler på tross av at dette er de som ser barna mest ut over barnas egen familie. Og grunnen er ofte barrierer og manglende kompetanse.

Ansatte i barnehage, skole, helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en særskilt mulighet til å oppdage problemer tidlig. Videre har ansatte i det offentlige en selvstendig meldeplikt til barnevernet når de er bekymret for et barns oppvekstsituasjon. I 2008 kom 3 % av bekymringsmeldingene fra barnehager, 13 % fra skoler og 5 % fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå).

Helsetjenesten opplever at det nå er flere yngre voksne og andre brukere med mer sammensatt problematikk enn tidligere. Alkohol er ofte forbundet med andre rusmidler. Rusproblemer anses å være blant de største utfordringene omsorgssektoren står ovenfor. Arbeid innen rusfeltet preges av at mye av problemene holdes skjult. Det er nærliggende å konkludere med at de ulike instansene har relativt få tilfeller av individer med rusmiddelproblemer på grunn av manglende kompetanse og/eller ressurser til identifisering og registrering av forekomster.

Hallingdal oppleves av de fleste som et godt sted å bo med mange attraktive tilbud, både for fastboende og tilreisende. Regionen har mange salgs- og skjenkesteder og høy omsetning av alkohol i forhold til befolkningstallet. I vintersesongen øker befolkningen og totalkonsumet av alkohol betydelig. Dette gjelder spesielt i tettstedene med store skianlegg og turistbedrifter. Gjennom bevisst kommunal planlegging og tydelige retningslinjer for salgs- og skjenkebevillinger, kan kommunen i stor grad påvirke utviklingen i en positiv retning.

Kommunenes medarbeidere er generelt opptatt av å gjøre en god jobb innen rusmiddelfeltet. Foreslåtte tiltak høyde for de ulike instansenes ønsker om tettere samarbeid/økt kompetanse mv.

3 Rusmiddelpolitiske mål og strategier

3.1 Nasjonale mål og strategier

Regjeringens hovedmål for rusmiddelpolitikken samsvarer med Alkohollovens formål:

Å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelmisbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet omfatter hele rusområdet og inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging. Planen som er forlenget til å vare ut 2012 legger føringer for arbeidet innen rusfeltet i denne perioden, med økt satsing innen planens fem hovedmål:

3.1.1 Tydelig folkehelseperspektiv

Å ha et folkehelseperspektiv på rusfeltet innebærer å styrke forebygging og at tiltak i utgangspunktet skal være allmennretta (universelle), med andre ord skal de rettes mot store grupper av befolkninga. Denne tankegangen er basert på at det er en sammenheng mellom totalkonsum av alkohol og negative konsekvenser av alkoholbruk. Videre er det alltid billigere å forebygge enn å behandle.

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.

For å få til dette er regjeringas hovedtiltak å føre en restriktiv avgifts- og alkoholpolitikk og også øke oppslutninga om denne politikken. En skal satse på å styrke kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger. Bakgrunnen for denne satsinga på regulerende virkemidler er at alkohol ikke er en ordinær handelsvare, og at internasjonal forskning viser at reguleringer og avgifter er både de mest effektive tiltaka, samtidig som de også er de minst kostnadskrevende. Disse virkemidlene er under press fra næringsinteresser. Regjeringen påpeker at den vil jobbe for at balansen mellom folkehelsehensyn og bransjehensyn på globalt, nasjonalt og lokalt nivå forskyves til fordel for folkehelsa.

Et annet delmål er at en ønsker å styrke arbeidet mot illegale rusmidler og misbruk av legemidler. Videre ønsker regjeringen å styrke informasjonsarbeidet og forebyggingsinnsatsen spesielt overfor ungdom og deres foreldre og i forhold til graviditet og alkohol.

3.1.2 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. Det er nødvendig med et kvalitetsløft som tar hensyn til at rusfeltet er mangfoldig, tverrfaglig og at det omfatter både offentlige virksomheter og private og frivillige organisasjoner. Flere skal få ta videreutdanning i rusproblematikk. Organiseringen av rusarbeid i kommunene og i spesialisthelsetjenesten skal styrkes og redskap for å heve kvaliteten på tjenestene skal utarbeides. Det skal utarbeides et styringssystem for tjenestene på rusfeltet for å få bedre oversikt, dokumentasjon og statistikk.

3.1.3 Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering

Regjeringen vil satse på at individuelt tilpassa behandlings- og rehabiliteringstilbud skal være tilgjengelige for alle som ønsker det. Rusmiddelavhengige skal gis mulighet til arbeid, sosial inkludering og til reintegrering i nærmiljøet. Alle skal kunne bo trygt og godt. Regjeringen ønsker altså å satse på å tilby hjelp så tidlig som mulig og ha tilgjengelige tjenester når det er behov for dem. Viktigheten av at alle skal møtes med det utgangspunktet at de har behov for akutt hjelp understrekes. Regjeringen vil innføre ventetidsgaranti og styrke kapasiteten ved å opprette flere behandlingssplasser i tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddellassistert rehabilitering og bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte.

Et delmål her er tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester til barn og unge under 23 år ved å styrke kompetansen i kommunene, for eksempel om tidlig identifisering og tidlig intervensjon. Samhandling i forhold til barn og ungdom er spesielt viktig.

Tilbudet til rusmiddelavhengige i kommunene skal også styrkes ved blant annet å:

- Innføre prøveordning med koordinerende ”tillitspersoner” for rusmiddelavhengige i kommunene.
- Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid.
- Styrke tverrfaglig oppfølging.
- Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, ”grønne” lærings- og mestringsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering.
- Øke kompetanse og kvalitet i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgiving.
- Videreutvikle lavterskeltilbud og oppsøkende arbeid.
- Styrke boligtilbudet til rusmiddelavhengige og avskaffe og forebygge bostedsløshet.

3.1.4 Mer forpliktende samhandling

Personer med rusmiddelproblemer har ofte sammensatte problemer og behov for langvarigoppfølging. 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. Utarbeiding av individuell plan er lovpålagt og det viktigste verktøyet for samhandling. Opplæringen i å utarbeide individuelle planer skal styrkes. Bruken av avtaler som virkemiddel for samarbeid og samordning mellom ulike aktører skal økes. I forbindelse med samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgstjenestelov er kommunene og helseforetakene pålagt å inngå samarbeidsavtaler blant annet for psykisk helsevern og rusbehandling.

Samordning av lokale forebyggingstiltak skal også styrkes, blant annet ved å videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolene.

3.1.5 Økt brukermedvirkning og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Regjeringen vil løfte fram brukerperspektivet for å sikre bedre tjenester. Tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer skal prioriteres. Kommunene trenger mer kompetanse i å identifisere og intervensjon tidlig overfor barn som lider. Det skal utarbeides en egen nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen «Fra bekymring til handling» som er om tidlig intervensjon på rusområdet.

Videre er det et mål å styrke brukernes medvirkning og mer systematisk bruke brukererfaringer i kvalitetsarbeidet Mange brukere og pårørende har store ubrukte ressurser, og disse ressursene må brukes bedre.

3.2. Hovedmål for Hallingdal

Opptrappingsplanen legger føringer på kommunens arbeid innen rusområdet. Det gjør også overordnet mål i gjeldende kommuneplaner.

Kommuneplanene inneholder visjoner, hovedmål og strategier. I planene er det overordna mål om gode opovekstvilkår og tjenestetilbud til befolkningen. Folkehelse og forebyggende arbeid blir også trukket fram som prioriterte områder, men det er vanskelig å finne noen rusmiddelpolitiske målsettinger i planene.

Gjennom arbeidet med denne planen har vi definert følgende overordna mål for rusmiddelpolitikken i Hallingdal:

Overordnet mål er å redusere bruken av rusmidler samt redusere skadevirkningene av rusmisbruk.

Det overordnede målet kan deles i tre hovedmål:

1. Redusere befolkningens samlede forbruk av alkohol

Delmål

- Redusere tilgjengeligheten til alkohol
- Øke fokus på håndheving av alkoholloven, spesielt mot salg og skjenking til mindreårige og til berusede personer
- Øke oppslutning om alkoholfrie soner
- Tilrettelegge for rusfrie aktiviteter
- Redusere skadevirkninger som alkoholbrukere påfører andre

2. Forebygge alle typer av rusmiddelmisbruk, med særlig fokus på forebyggende arbeid blant barn og ungdom

Delmål

- Ansvarliggjøring av foreldre/foresatte som den viktigste aktør i rusforebyggende arbeid
- Tidlig intervensjon - alle som har en særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer skal få et riktig tilbud på et tidligst mulig tidspunkt
- Heve den gjennomsnittlige debutalder av alkohol
- Motvirke narkotikamisbruk og dopingbruk, eksperimentering og rekruttering, særlig blant barn og unge under 18 år

3. Bedre oppfølging og tilgang til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer, deres barn og andre pårørende

Delmål

- Øke kompetansen
- Oppdage og tilby hjelp på et tidligere tidspunkt
- Styrke tilbudet og tilgjengelighet til tjenester for personer med rusmiddelavhengighet i kommunene
- Tjenestene på rusfeltet skal bli mer koordinert og samordnet
- Styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten
- Mer tilgjengelige rådgivningstjenester for pårørende

4 Forebyggende tiltak

Mindre sosial ulikhet er viktig for å redusere antall personer som utvikler et rusmiddelmissbruk og som får behov for omfattende tjenester. Det må gjøres både på systemnivå og individnivå. For å få til dette er det nødvendig at kommunale tjenester samarbeider og samhandler på en god måte.

Forskning på alkoholfeltet dokumenterer at det er en nær sammenheng mellom totalforbruket i befolkningen og omfanget av alkoholrelaterte skader/antall storforbrukere. Forskning viser videre at tilgjengelighetsreducerende virkemidler er det som har størst effekt både på totalforbruk i befolkningen, skadeomfang og forbruket blant ungdom og storforbrukere. Lokalt forebyggende arbeid bør derfor ta sikte på å redusere det totale forbruket av alkohol, men det er samtidig nødvendig å rette inn tiltak mot særlig risikoutsatte grupper. Tiltakene som beskrives i dette kapittelet viser kommunenes innsats innen rusmiddelfeltet pr i dag, og hvor innsatsen bør legges i tiden fremover.

Allmennforebyggende tiltak

Allmennforebyggende tiltak eller universell forebygging er strategier som i utgangspunktet henvender seg til hele befolkningen. Det kan også være tiltak som retter seg mot nærmere avgrensede aldersgrupper for eksempel barn eller eldre.

De mest effektive tiltakene for å redusere totalforbruket av alkohol og begrense de alkoholrelaterte problemene er tilgjengelighetsreducerende tiltak, eller såkalte regulatoriske virkemidler, som påvirker pris og tilgjengelighet på alkohol. Dette omfatter blant annet kommunens retningslinjer og kontroll med omsetning og skjenking av alkohol.

Rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg på mange ulike arenaer og i ulike faser av livet. Skal kommunen lykkes med å redusere rusmiddelproblemene, må folkehelseperspektivet styrkes og forebyggingen rette seg mot flere arenaer som befolkningen deltar på. Etterspørselsreducerende tiltak er et viktig supplement til de regulatoriske virkemidlene. Hensikten er å påvirke folks holdninger til bruk av alkohol og narkotika gjennom for eksempel undervisning og informasjon om skader.

4.1 Tilgjengelighetsreducerende tiltak

Overordnet mål for rusmiddelpolitikken er å redusere bruken av rusmidler samt redusere skadevirkningene av rusmisbruk. Et viktig hovedmål er å redusere befolkningens samlede forbruk av alkohol.

Forskning viser at virkemidler som regulerer tilgjengeligheten av alkohol har effekt både på totalforbruket og skadeomfanget. Tilgjengelighetsregulerende virkemidler påvirker også forbruket blant ungdom og storforbrukere. Det er nær sammenheng mellom totalforbruket i befolkningen og omfanget av alkoholrelaterte skader.

Enkle og moderate tiltak rettet inn mot befolkningen generelt gir bedre resultater enn tunge og

kostbare tiltak rettet inn mot de få som har de alvorligste problemene. Det er av stor betydning å gjøre grep for å påvirke utviklingen på rusmiddelområdet nasjonalt og lokalt.

Ønsker vi å ha som mål å styrke folkehelsen, forebygge alle typer av rusmiddelmissbruk, med særlig fokus på forebyggende arbeid blant barn og ungdom, samt å redusere de negative konsekvensene rusmiddelmissbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet, må vi våge å ta de mest effektive virkemidlene i bruk. De mest effektive tiltakene, som å redusere tilgjengelighet, kan også være upopulære tiltak for noen grupper.

Det blir viktig for kommunene å føre en alkoholpolitikk som balanserer næringslivsinteresser og sosiale og helsepolitiske hensyn. Det har også vært et mål å få til like retningslinjer for alle kommunen i Hallingdalsregionen. Dette har vært førende i arbeidet med forslag til alkoholpolitiske retningslinjer som er en del av den rusmiddelpolitiske handlingsplanen..

Lovens normaltids for salg av alkoholholdig drikke er fra kl. 08 til kl. 18, og til kl. 15 dager før søn- og helligdager. Mange kommuner har bestemt at salget skal opphøre henholdsvis kl. 20 og kl. 18, som er lovens maksimaltid. For skjenking er lovens normaltids fra kl. 13 til kl. 24 for gruppe 3, og fra kl. 08 til kl. 24 for gruppe 1 og 2. Skjenketiden kan innskrenkes eller utvides generelt eller for det enkelte skjenkested, men det er forbudt med skjenking mellom kl. 03 og kl. 13 for gruppe 3 og kl. 03 og kl. 06 for gruppe 1 og 2.

For å redusere ordensforstyrrelser og voldsepisoder rundt skjenkesteder ved stengetid, har det kommet forslag om differensierte åpningstider eller å innskrenke maksimaltiden for skjenking. Regjeringen vurderer å foreslå endringer i alkoholoven. Kommunene kan selv vedta innskrenkninger, og de fleste kommuner i Hallingdal har satt kl. 02.00 som den maksimale skjenketida.

Maksimaltiden for utendørs skjenking er i noen kommuner den samme som innendørs. Andre kommuner har begrensninger for hele eller deler av året av hensyn til ønsket om ro og orden nattetid. Fra næringen er det ønske om å ha like tider med begrunnelse blant annet i at gjestene må ut for å røyke, og at det skaper uro å ha ulik skjenketid ute og inne.

Med henvisning til forskning og erfaringer fra politiet vil reduksjon av skjenketid kunne gi følgende fordeler:

- Mindre vold og ordensproblemer
- En utvikling der bosetting i sentrum blir attraktiv
- Mer liv i sentrum etter forretningenes stengetid ved at folk vil gå tidligere ut.
- Politiet vil få mer ressurser til å ta seg av annen kriminalitet
- Mindre totalkonsum ved at tiden det drikkes blir kortere

Tidligere skjenkestopp vil kanskje føre til at folk i økende grad tar kvelden i bruk og forhåpentligvis vil flere spise ute, med tilhørende økt omsetning for bransjen.

Mange steder har det blitt vanlig spesielt blant ungdom at før de går ut sitter de hjemme og drikker. Kanskje ved midnattstid da de er godt beruset går de ut til et skjenkested med det resultatet at folk er trette og irritable og har lett for å komme i konflikt.

De aller fleste ønsker et mer levende uteliv, men ikke et uteliv preget av fyll og vold.

Det er et tankekors at når kommunens ungdommer blir 18 år og skal på byen, så er det et uteliv preget av fyll som møter dem. Et viktig rusmiddelpolitisk mål er at foreldre ansvarliggjøres som den viktigste aktør i rusforebyggende arbeid. Foreldrenes holdninger og

tilstedeværelse i barn og unges liv er viktig. Rusmiddelpolitikk handler ikke bare om den enkeltes ansvar, men også samfunnets evne til å ta ansvar og solidaritet. Noen byer som har innført redusert skjenketid har fått mindre vold og uro i det offentlige rom og på skjenkesteder. Dette kan medføre at byen og utestedene på sikt blir mer attraktive.

4.1.1 Ansvarlig alkoholhåndtering

Ansvarlig alkoholhåndtering er et program som setter fokus på skjenking og salg av alkohol, og er en videreføring av ansvarlig vertskap og ansvarlig salg. Ordningen forventes å bedre de ansattes forutsetninger for å utføre sitt arbeid ifht alkoholloven og i å jobbe konfliktdempende på salgs- og skjenkestedet.

I programmet inngår informasjons-, opplærings-, samarbeids- og kontrolltiltak. Programmet gjennomføres i samarbeid mellom kommunen, salgs- og skjenkesteder og politiet. Kommunene bør gi dette som et frivillig tilbud, og at kommunen dekker utgiftene gjennom skjenkeavgiftene. Det bør være et mål at styrer, stedfortreder og alle fast ansatte som skjenker alkohol har deltatt i kurset.

Undersøkelser blant ungdom gjennomført av NOVA viser at mindreårige får kjøpt alkohol i dagligvarebutikker og på skjenkesteder, mens eldre venner peker seg ut som den desidert viktigste alkoholilden. Det betyr at vi må rette fokus på salg og langing av alkohol til mindreårige.

Det kan være formålstjenlig å ha et interkommunalt samarbeid for å få til kurs av høy kvalitet. Som kan arrangeres jevnlig. Flere skjenkesteder har etterlyst opplæring i kjennetegn/atferd ved bruk av narkotiske stoffer. Det kan være hensiktsmessig at politiet gjennomfører slik opplæring i forbindelse med kurs i Ansvarlig alkoholhåndtering.

4.1.2 Dørvakter/ordensvakter

Kommunen kan ved tildeling av bevilling stille krav om vakthold for bestemte steder eller tidsrom.

Politiet mener at skjenkestedene ansvarliggjøres ved krav om godkjente dørvakter, og at kompetente dørverter virker konfliktdempende. Etter serveringsloven § 16 kan politiet, når de finner det påkrevet, selv pålegge serveringsstedet å holde ordensvakter godkjent av politiet. Politiet kan videre som grunnlag for godkjenningen kreve gjennomført kurs.

Det er lite hensiktsmessig at kommunen innfører krav om offentlig godkjent dørvakt, da politiet allerede har anledning til å gjøre dette.

4.1.3 Gebyr for salg og skjenking

Kommunen skal fastsette gebyr for salgs- og skjenkebevillinger og frister for innsending av oppgave over forventet og faktisk omsetning, jf alkoholloven § 7-1 og alkoholforskriften kapittel 6. Gebyret skal sikre kommunen en viss dekning for utgifter til søknadsbehandling og kontroll. Det bør vurderes hvorvidt inntektene i tillegg skal gå til Ansvarlig vertskapskurs. Noen kommuner avsetter en del av inntektene til annet forebyggende arbeid.

Retningslinjer for reaksjoner overfor bevillingshavere ved overtredelse av alkohollovgivningen eller beslektede bestemmelser skal inkludere sanksjoner ved manglende innsending av oppgaver eller gebyrinnbetaling. Det skal presiseres at slike avvik i utgangspunktet vil medføre inndragning av bevillingen for en viss periode.

4.1.4 Kontroll med salgs- og skjenkebevillinger

Kommunen har ansvaret for kontroll med salgs- og skjenkebevillinger, jf alkoholloven § 1-9. Kontrollen må særlig omfatte salgs- og skjenketidene, aldersgrensebestemmelsene, og at det ikke selges eller skjenkes til personer som er åpenbart påvirket av rusmidler. Overskjenking er noen steder et betydelig problem, og det er et potensial for bedring ved bedre kontroll med salgs- og skjenkestedene og ved å iverksette sanksjoner ved avdekkede lovbrudd.

Alkoholloven gir adgang til å inndra en bevilling dersom en bevillingsinnehaver overtrer bestemmelsene, og kommunen kan også anmelde forholdet. Til tross for at mange kommuner i dag skiltes med å ha en skjenkepolitikk hvor det skal være lett å få skjenkebevilling, men også lett å miste den, er det lite som tyder på at det siste skjer.

Alle kommuner i Hallingdal benytter privat selskap for å kontrollere salgs- og skjenkebevillingene. I hht loven skal det i gjennomsnitt foretas 3 kontroller i året pr. salgs- og skjenkested, men kommunen står fritt til å fordele kontrollene til steder og tidspunkt som vurderes som mest relevant. I noen kommuner har antallet kontroller vært færre enn dette.

Gjennom kontrollene blir det avdekket få avvik. Generelt sett driver salgs- og skjenkestedene i Hallingdal på en ansvarlig og god måte. Likevel viser undersøkelser og observasjoner at det forekommer skjenking, salg og langing til mindreårige og salg til og skjenking av berusede personer.

Kontrollene må bli så gode at det som rapporteres i større grad gjenspeiler faktiske forhold. Kommunen må ha tett samarbeid med kontrollskapet og være aktiv i forhold til å bestille Alle salgs- og skjenkesteder skal etter Alkoholforskriften kap. 8 føre internkontroll, og det må påses at kontrollen omfatter internkontrollrutinene.

Kommunen vil:

- Samarbeide med innehavere av salgs- og skjenkebevillinger for å sette fokus på regelverket og målene for ruspolitikken
- Fremme kompetansen når det gjelder kontroll med salgs- og skjenkebevillinger
- Styrke samarbeidet med salgs- og skjenkekontrollørene bl.a. gjennom regelmessige møter og gjensidig avklaring av forventninger
- Håndheve kontroll av salgs- og skjenkestedenes internkontrollsystem
- Presisere retningslinjer for sanksjoner ved brudd på regelverket
- Informasjon om kommunens gjennomføring av kontroll med salgs- og skjenkebevillinger/jevnlige rapportering til politiske organ

4.2 Etterspørselsreducerende tiltak

I Hallingdal er det et rikt og mangfoldig kultur- og aktivitetstilbud til barn, unge og Voksne. Tilbudene drives dels av frivillige organisasjoner, dels i kommunal regi og dels på kommersiell basis. Kulturskolene benyttes av barn og unge til og med 18 år. Støtte til rusfrie aktiviteter og miljøer er en viktig del av det rusmiddelpolitiske arbeidet. Det bør være forpliktende avtaler om rusfrihet som forutsetning for kommunal støtte til slike tilbud. Det er dessuten behov for å sikre og utvikle ulike tilbud til såkalt uorganisert ungdom.

Kommunene får tilbud om å være med i ulike forebyggende program. Disse kan være generelle helhetlige program eller program direkte rettet mot rusforebygging. Uavhengig av hvilket program eller tiltak man velger, så er det en forutsetning for et bra resultat, at de som har ansvaret for gjennomføringen er engasjerte og tror på nytten av det de gjør. Det er også viktig å finne de riktige personene til nøkkeleroller, som kan bli positive rollefigurer for ungdom.

Det er flere etater og avdelinger i kommunene som skal jobbe forebyggende. Det er nyttig å enes om en type program som det kan samarbeides om innen den enkelte kommune og mellom kommunene i Hallingdal. Et koordinert samarbeid vil forplikte alle avdelinger og etater. Dette vil sikre en helhetlig strategi i det forebyggende arbeidet, og alle vil dra i samme retning. Alle vil da også vite hva andre gjør i forhold til det forebyggende arbeidet.

Forebyggende program vil måtte være knytta opp til skolene for å nå alle. Ved at kommunen velger et felles program, vil det bli enklere for skolene da de slipper å forholde seg til ulike personer og instanser som vil fremme sitt forebyggende program og ønsker seg tid inn i skolene. FAU kan påvirke valg av forebyggende tiltak på sin skole/barnehage.

4.2.1 MOT

MOT er en ideell organisasjon, som har som visjon å skape et varmere og tryggere oppvekstmiljø. MOT jobber for å bevisstgjøre ungdom til å ta valg som gjør at de mestrer livet, styrke ungdoms mot til å ta vare på seg selv og hverandre, samt jobbe holdnings- skapende med fokus på verdier, valg og tro på egne krefter.

Lokalsamfunn med MOT innebærer at MOT forankres i kommunens toppledelse og at MOTs verdier og program preger det forebyggende arbeid i skole og fritid.

Hemsedal er den eneste kommunen i Hallingdal som ikke har valgt å være en MOT-kommune. Ungdom beveger seg mye på tvers av kommunegrensene, og det kan være nyttig å tenke helhetlig i det forebyggende arbeidet i Hallingdal. MOT-informatørene, koordinatorene og ledere har jevnlig regionmøter, og drar nytte av hverandres erfaringer.

4.2.2 "Kjærlighet og grenser"

Kommunene har gjennom Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken fått tilbud om å være med i det rusforebyggende familiestyrringsprogrammet "Kjærlighet og grenser". Programmet henvender seg til barn i 7. klasse og deres foreldre. Formålet er å forebygge tobakk, alkohol og narkotikabruk blant tenåringene og styrke familiene. Programmet gir foreldre og elever en verktøykasse til disposisjon for å møte utfordringer både innen og utenfor familien. "Kjærlighet" handler om å styrke kommunikasjonen i familien, styrke båndene og relasjonene innad i familien. "Grenser" handler om tydelige voksne i forhold til regler og roller. Elevene trener også på og bli bevisst egne grenser i forhold til for eksempel vennepress. I samarbeid med skolen arrangeres kurskvelder for foreldre og samlinger i skoletiden for barna. Sentralt i foreldreprogrammet er videofilmer som danner grunnlag for diskusjoner og samtaler. Erfaring viser at foreldre/foresatte er en unik gruppe for forebygging og spesielt når det blir satt inn i et system.

4.2.3 Diverse allmennforebyggende tiltak i skolen

Foruten generell undervisning i ulike fag vedrørende fakta om rusmiddelbruk, gjennomfører skolene en rekke konkrete tiltak med rusmiddelforebyggende effekt:

- Leseprosjekt i barneskolene.
- Besøk av politi og SLT på ungdomsskolen der tema rus, konsekvenser og Straff tas opp.
- Tema rus og trafikksikkerhet.
- ☐ Rusfrie arrangement ved ungdomsskolen som f.eks. juleball og Polentur.

4.2.4 Ungdomsklubber

Ungdomsklubber utfører viktig forebyggende arbeid. De rusfrie klubbene bør inkludere lokal ungdom i driften av tiltaket og utformingen av lokaler slik at klubben blir et troverdig og attraktivt sted for ungdommen. Klubbene bør spesielt henvende seg til ungdom som ikke tar del i tradisjonelle fritidstilbud og i tillegg legge til rette for alternative aktiviteter som appellerer til disse.

Slike klubber skal være arenaer hvor ungdom treffes i et rusfritt miljø. Klubbledelse og andre som jobber med forebyggende ungdomsarbeid må drive et målrettet holdningsarbeid og kunne håndtere eventuelle rusproblem på en god måte. Klubbene er primært for ungdom under 18 år, og all aktivitet skal være rusfri. Ruset ungdom skal heller ikke oppholde seg utenfor i nær tilknytning til klubben.

4.2.5 Ungdomsråd

Ungdom kan i stor grad involveres og gis ansvar i det rusforebyggende arbeidet. Tiltak mot rus hos unge må bygge på en realistisk oppfatning av unges situasjon og holdninger. Til tross for noe mer liberale holdninger blant unge de senere år, tar fortsatt et stort flertall av unge avstand fra narkotika. Mange unge er også restriktive i forhold til bruk av alkohol. Uansett holdning vil ungdommen ha innsikt i de forhold og mekanismer som gjør at barn og unge ruser seg. Barn og unge bør involveres i arbeidet mot rus i sterkere grad, i samarbeid med voksne og andre instanser. Ungdomsrådene og skolenes elevråd bør veiledes mer aktivt for å få en bevisst holdning til rusmiddelbruk. Ungdommen kan gis konkrete mandat til å planlegge og gjennomføre tiltak, og i enkelte tilfeller vil det kunne tilføres midler som disponeres av de unge.

4.2.6 Forebyggende samarbeidsforum / SLT

Alle kommuner skal ha et tverrfaglig samarbeidsforum hvor politi, skole, helse, barnevern, kultur og andre instanser som arbeider med barn og ungdom skal være representert. SLT (samordning av lokalkriminalitetsforebyggende tiltak) ved koordinator for Hallingdal skal ha et særlig ansvar for å følge opp og veilede de kommunale gruppene. SLT - prosjekt Hallingdal startet 01.01.05. Prosjektet eies av Regionrådet for Hallingdal i samarbeid med lensmennene i Hallingdal, med midler fra Justisdepartementet, ved KRÅD og de 6 Hallingdalskommunene. Fra og med 2010 ble SLT-koordinator en fast 50 % regional stilling finansiert av de 6 kommunene og fra 2011 lagt til vertskommunen Ål.

SLT – koordinatoren sin rolle er et fast bindeledd mellom politirådene, de tverrfaglige gruppene, MOT informantene, og andre ungdomsarbeidere og grupper som driver forebyggende arbeid blant barn og unge i regionen.

4.2.7 Antidopingarbeid

Antidopingarbeid skal innarbeides som en del av det systematiske rusarbeidet. Alle Hallingdalskommunene bør være representert med sentrale nøkkelpersoner i det regionale antidopingnettverket som er et prosjektet som Antidoping Norge drifter med midler fra helsedirektoratet. Nettverket møtes 2-3 ganger i året i regi av Antidoping Norge og vedlikeholdes med aktiv erfarings- og informasjonsdeling mellom deltakerne og Antidoping Norge. I tillegg er nettverket åpent for frivillige i lag/foreninger.

Kommunene kan samarbeide med Antidoping Norge om kompetanseutvikling hos nøkkelpersonell i førstelinja som møter ungdommene i det daglige.

Kommunene tar initiativ overfor idrettsrådene og idrettslag/foreninger til gjennomføring av Ren-konseptene, ren utøver og rent idrettslag. Ren skole er først og fremst tilpasset videregående skole og det må derfor opprettes samarbeid med fylkeskommunen om gjennomføring. Antidoping Norge kan bistå med dette.

Ren-konseptene er gratis og er ferdig utviklet som E-læringsprogrammer. Kommunene kan sette vilkår til idrettslag og foreninger for å kunne benytte kommunale idrettslag og for å få kommunalt tilskudd.

4.2.8 Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner / «Av og til»

Etter hvert som alkohol får en stadig mer naturlig plass i hverdagen og drikkemønstret generelt endrer seg til også å inkludere vanlige ukedager, er det nødvendig både i et rusforebyggende og folkehelseperspektiv å bevisstgjøre vanlige alkoholbrukere på eget forbruk og drikkemønster. «Av og til» er et tiltak som skal bidra til bedre alkovett i hverdagen gjennom å sette fokus på situasjoner der alkohol kan føre til skade eller skape utrygghet.

Målgruppen for ”Av og til” prosjektet er derfor voksne innbyggere i kommunen, og hensikten er å bevisstgjøre ”vanlige” ressurssterke voksne på at det er visse situasjoner hvor alkohol ikke passer – såkalte alkoholfrie soner. De åtte alkoholfrie sonene er båt- og badeliv, samvær med barn og unge, trafikk, sorg og depresjoner, graviditet, idrett og friluftsliv, konflikter og arbeidsliv.

Målet er altså ikke avhold. Bruk av alkohol blir satt på dagsorden, problematiseres og blir et tema man snakker om. ”Av og til” prosjektet har vært prøvd med gode resultater i flere kommuner. Ved å delta må kommunen vise en klar holdning og øke fokus på bruk av alkohol i tilknytning til rollen som arbeidsgiver og som møtearrangør.

Kommunen kan gjennom flere av de øvrige tiltakene styrke oppslutningen om alkoholfrie soner, og bør vurdere å søke om deltakelse i «Av og til». Gjennom å delta får kommunene en effektiv kommunikasjonsplattform og tilgang til sammensatte virkemidler med stor gjennomslagskraft. Dette innebærer tett veiledning, en ferdig agenda og handlingsplan. Kommunene får midler til utstyr man trenger til kampanjer som blir satt i gang. Kommunen må selv ha en koordinator som administrer kampanjen lokalt. Dersom dette legges til en eksisterende stilling krever ikke tiltaket ekstra midler.

4.2.9 Samlivskurs

Allerede under svangerskapet skal kommende foreldre få informasjon og veiledning om alkohol og andre forhold som en viktig del av gravidomsorgen. Alle gravide får veiledning og samtale om det å nyte alkohol i svangerskapet.

Godt samliv er et parkurs som i hovedsak blir tilbudt førstegangsforeldre.

Det er ofte når barn kommer at nye roller oppstår og paret får uventede utfordringer. Å tilegne seg mer kunnskap om endringer som er vanlige og å lære noe om kommunikasjon mellom par, gjør at paret er bedre rustet til å takle sin nye hverdag. Kursopplegget er laget av Barne- og familiedepartementet i samarbeid med Modum Bad og går over 2 kvelder. Tidligere kunne kommunene få øremerkede statlige tilskudd for å holde kurs, men dette er nå lagt inn i kommunale rammeoverføringer.

Det finnes også andre kurs som henvender seg til foreldre med barn i ulike aldersgrupper. Mange småbarnsforeldre ønsker arenaer hvor de kan prate om det å være foreldre. Målet er å styrke foreldrenes plass i førersetet og gjøre foreldre rollen tydeligere. Samarbeid og gode relasjoner er fokus.

Barn som opplever samlivsbrudd er i større risiko for psykiske vansker, tilpasningsvansker og atferdsvansker. Noen kommuner tilbyr et lavterskel tilbud til disse barna på et tidlig tidspunkt for å forebygge senere vansker. Fokus på normalisering, sette ord på vanskelig temaer, mestringsstrategier og deling av erfaringer mellom barn er faktorer som kan styrke det enkelte barn.

4.3 Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper

Forebygging rettet mot særlig risikoutsatte grupper omfatter både tiltak som grenser til allmennforebygging og tiltak som grenser til sekundærforebygging og behandling. Dette er tiltak som retter seg spesielt mot grupper som er mer utsatt enn andre for å utvikle rusproblemer. Det er viktig at slike tiltak iverksettes overfor unge mennesker som er i faresonen for å utvikle eller forsterke et rusmiddelmissbruk. Målet bør være å stanse utvikling av, eller tilbakefall til, problematferd og vanskelige livssituasjoner. Rusmisbruk er nært knyttet til andre psykiske og sosiale problemer, og det er særlig viktig at helsetjenesten, barnevern og NAV har fokus på å følge opp utsatte barn og ungdom.

Ungdom som blir innlagt i spesialisthelsetjenesten med intox, er risikoutsatt. Disse må sikres bedre oppfølging lokalt. Fastlegene har behandlingsansvar, og har kjennskap til det lokale hjelpeapparatet. Barneverntjeneste, ruskonsulent, skolehelsetjeneste, psykisk helsetjeneste, BUP kan være aktuelle å koble inn i disse sakene.

4.3.1 ”Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon”

”Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon” er et prosjekt ved Kompetansesenteret Rus – region sør, Borgestadklinikken som kommunene har fått tilbud om å delta i. Målsetting for prosjektet er å heve kompetansen om tidlig identifikasjon og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatte barn og unge. Målgruppen er ansatte i barnehage og skole, SFO, helsestasjon, PPT, samt barnevernet. Dette er for å sikre den nødvendige bredden i det tverrfaglige samarbeidet, og flere har gjennom kartleggingen pekt på behovet for tverretatlige grupper.

SIRUS' evaluering av gjennomføring av prosjektet viser at deltakerne får en større trygghet og øker sin handlingskompetanse i forhold til å se og gjøre noe for barn som eventuelt lever i risikofylte hjem. Det er ventet at prosjektet vil gi bedre rutiner og praksis for meldinger til barnevernet.

4.3.2 TIGRIS

TIGRIS står for tidlig intervensjon i forhold til bruk av rusmidler i graviditet og småbarnsperiode. Prosjektet som er i regi av Kompetansesenter rus – region sør, Borgestadklinikken tar sikte på å styrke kommunenes kompetanse og handlekraft på dette feltet. Deltakere er i utgangspunktet jordmortjenesten, helsestasjon, barnevern og rustjenesten. Kommunene kan hvert år søke om å bli med i prosjektet.

4.3.3 Nattevandring

Nattevandring er i Hallingdal et samarbeid mellom Røde Kors og foreldrenes arbeidsutvalg (FAU) ved ungdomsskolene. Ordningen har som mål at ansvarlige voksne er synlig ute der det er mye ungdom og ved spesielle arrangementer. Noen steder er dette i vår og sommerperioden, mens andre steder er behovet størst i vintersesongen. Behovet for ordningen er størst i sentrum der mange ungdom samles. Det er derfor naturlig at det er et samarbeid om ordningen i Hallingdal på tvers av kommunegrensene. Ordningen er basert på frivillig innsats, men foreldre av ungdomsskoleelever oppfordres spesielt om å delta.

4.3.4 Utekontakt

Utekontaktvirksomheten ble nasjonalt etablert med et rusforebyggende perspektiv. Dagens beskrevne mål for utekontaktens arbeid er ”å oppsøke enkelte og grupper av ungdom som trenger støtte eller hjelp, men som ikke, eller i utilstrekkelig grad, nåes av andre deler av hjelpeapparatet.” Ordningen er særlig utbygd i større byer, og i Hallingdal er det ingen definert utekontakt.

Behovet for utekontakt og oppsøkende arbeid er i helger og på spesielle arrangementer der det er sannsynlig å møte ruset ungdom. Dessuten har utekontakten individuelle samtaler med ungdom, der foreldres/eget rusforbruk kan være tema. Målsettingen med sekundær forebygging er å hindre at problem, skade eller sykdom som har oppstått forsterkes og utvikler seg videre.

I Hallingdal ser vi at det kan være et behov for en slik tjeneste i tilknytning til videregående skoler med mange hybelboere og i tilknytning til turistdestinasjoner med mange besøkende ungdomsgrupper og sesongarbeidere. Utekontakten kan fange opp sårbar ungdom før de utvikler store problemer, og må ha samarbeid med skoler, politi, helsestasjon og barneverntjeneste. Prosjektgruppen foreslår å søke om statlige midler til dette arbeidet.

4.3.5 Interkommunal barneverntjeneste/barnevernvakt

Barneverntjenesten har flere aktuelle tiltak: støttekontakt, avlastnings-/ besøkshjem, familieveiledning, PMTO-terapi, tilsyn, fosterhjem og Martemeo.

Hallingdal har fra 2011 en felles interkommunal barneverntjeneste, men det har det første året ikke vært noen akuttberedskap. Både barneverntjenesten, politiet og andre har påpekt behovet for en barnevernvakt, og vaktordningen har startet opp igjen fra 2012.

4.3.6 Samarbeidsteam – barnehage og skole

Ved de fleste skoler og barnehager er det opprettet et team og et tverrfaglig samarbeid med alle enheter det er tjenlig å samarbeide med, som for eksempel PPT, Barneverntjenesten, helsesøstre etc. Ressursteamet er en støttefunksjon i forhold til grupper/klasser eller enkeltindivider som har miljø/atferdsproblemer. Saker blir drøftet anonymt eller med samtykke fra foreldre.

4.3.7 Lavterskel psykisk helsetjeneste for barn/ungdom

Det er en rekke tilbud som fungerer som lavterskel psykisk helsetjeneste i kommunen, som helsestasjonen og helsestasjon for ungdom. Noen kommuner har også tilsatt psykolog. Flere instanser opplever likevel et behov for bedre tilgang til psykolog, og for å etablere et lavterskeltilbud tilgjengelig for flere barn og unge. Barn og unge angir i økende grad at de sliter med psykiske vansker og lidelser. Erfaring og forskning tilsier at det er behov for å styrke den kommunale psykiske helsetjenesten og bygge ut et kjent, lett tilgjengelig tilbud. Dette for å nå utsatte grupper, inkludert minoritetsspråklige barn og unge med psykiske vansker og lidelser.

Antallet barn og unge med psykiske vansker som har behov for behandling har, ifølge nye undersøkelser, økt fra 5% til 8%. En gruppe barn og unge lever med foreldre som er psykiske syke eller som ruser seg. Dette er barn og unge som i liten grad får den hjelpen de har behov for og hjelpen kommer ofte for sent. Disse barna bør få bedre oppfølging og hjelp enn i dag.

Utfordringene i dag tilsier at det er behov for psykologkompetanse. De har spisskompetanse på psykisk helse og kan sikre riktig hjelp til rett tid ved direkte kontakt med barn og unge eller ved å veilede foreldre og andre fagfolk.

4.3.8 AKAN

De fleste kommuner og andre større arbeidsplasser har AKAN-kontakt og eventuelt et AKAN-utvalg. Det er anonymitet i sakene, og kun AKAN-kontaktene kjenner den enkelte saken. Nærmeste leder kontakter enten personalavdelingen eller AKAN-kontakten direkte når en situasjon har vart lenge, og prosessen for å få til en AKAN-avtale iverksettes. Videre oppfølging skjer ihht AKAN-avtalen. Det anses som viktig å sette fokus på at den ansatte har et rusproblem slik at vedkommende innrømmer dette og tar tak i egen situasjon.

Arbeidsplassen har en unik mulighet til å gripe inn når en arbeidstaker har et problematisk forhold til alkohol/andre rusmidler som påvirker jobben. Det er avgjørende for den enkelte at arbeidsgiver ikke sier vedkommende opp, men tilbyr oppfølging i jobbsituasjonen så lenge arbeidstakeren holder AKAN-avtalen som er inngått. Arbeidstakere som vil endre alkoholforbruket sitt, kan også få hjelp til å kontakte andre profesjonelle hjelpere. Balance er et internetbasert helsefremmende program som tilbyr en sjekk av personens alkoholvaner, og deretter oppfølging inntil ett år dersom det er ønskelig å justere alkoholvanene.

I følge kartleggingsundersøkelsen er AKAN-ordningen lite brukt i Hallingdal og det blir snakket lite om rusproblemer i arbeidslivet. Det er grunn til å tro at det er store mørketall, og kommunen som de største arbeidsplassene bør gå foran og etablere en velfungerende ordning. Det er viktig at AKAN-kontaktene og personalavdelingene har nødvendig kompetanse og gis rom for å utføre dette arbeidet. Det er også avgjørende å få ut informasjon om AKAN slik at både ledere og ansatte vet at det finnes, og hvordan det fungerer.

4.3.9 Konfliktrådet i Hallingdal

Konfliktrådet behandler ofte saker hvor rus kan være en del av problemet til at det har oppstått konflikt eller kriminell handling. Konfliktrådet er en aktuell aktør på tiltakssiden, da de tilbyr nøytral og upartisk møteledelse for parter som har sagt ja til å møtes. Konfliktrådet har ingen behandlende rolle, men det kan være aktuelt å ha med behandler/terapeut i møtet, og det kan inngås avtaler som innebærer en endring av en uheldig livssituasjon med rus og kriminalitet.

4.3.10 Eldre og rus

Eldre utgjør en stadig større del av befolkningen. Den norske drikkekulturen vil også dominere blant de eldre, og det vil bli flere eldre med rusproblemer og med uheldige sosiale og helsemessige konsekvenser.

I et folkehelseperspektiv vil forebygging i denne gruppen kunne gi store individuelle og samfunnsmessige gevinster. Målet er å oppnå flere gode leveår. For å nå de store gruppene bør det være et helsefokus med vekt på livskvalitet og mestring.

For eldre som har utviklet et risikoforbruk må det være informasjon og bevisstgjøring for å påvirke til en endring. Fastleger og andre i helse- og omsorgstjenesten må ha kompetanse og kartleggingsverktøy for å oppdage og behandle rusproblemer. Det er viktig med tverrfaglig samarbeid. De eldre må ha aktivitetstilbud og sosiale møteplasser for å motvirke ensomhet og passivitet.

4. 4 Tiltak innen rehabilitering og oppfølging

Kommunen har ansvar for å hjelpe den enkelte til å komme bort fra sitt misbruk av alkohol og andre rusmidler. Den har også ansvar for å gi råd, veiledning og hjelp til vedkommendes familie. Arbeidet på rusfeltet må ses i sammenheng med regjeringens innsats for å styrke inkludering i arbeidslivet, tiltak mot fattigdom, sosiale helseforskjeller, opptrappingsplan for psykisk helse, strategi for habilitering og rehabilitering.

Iflg Opptrappingsplanen er det et mål at personer med rusmiddelavhengighet skal ses som i behov av nødvendig akutt hjelp. Det må være et variert tilbud i stat og kommune fordi brukerne ofte har sammensatte problemer og funksjons- og mestringsnivå er ulikt. Tjenestene må være innrettet slik at de kan tilpasses den enkelte brukers behov. Den enkeltes rehabiliteringsmålsetning kan variere fra det å få en bedre hverdag til å bli rusfri og selvhjulpen. Meningsfulle aktiviteter, følelse av mestring og livskvalitet er grunnleggende i den enkeltes rehabiliteringsprosess. Personer med rusmiddelavhengighet skal gis mulighet til sosial inkludering og deltakelse i sitt nærmiljø. Dette omfatter tilbud om arbeid eller arbeidsrettede tiltak, fritidsaktiviteter, gode væresteder, kultur- og fritidstiltak. Samarbeid med frivillig sektor er sentralt i denne sammenheng.

På grunn av endringer innenfor helseforetakenes virksomhet, har kommunene fått et stadig større ansvar for behandling, veiledning og tiltak innenfor psykisk helse/rusomsorg. Dette har medført et økt behov for kunnskap om blant annet blandingsdiagnoser og biveiledning. Det er viktig at personell som er i kontakt med mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk gis anledning til å øke sin kompetanse, bl.a. gjennom tiltak beskrevet i denne planen.

Det er mange instanser og organisasjoner som gir tjenester til mennesker med rusmiddelproblemer. Det er ikke enkelt å dokumentere hvor mange brukere som er i Hallingdal, da rusmiddelmisbruket som regel ikke er utgangspunkt for å oppsøke hjelpeapparatet. Kartleggingen er mangelfull da det ikke er foretatt registrering i aktuelle instanser i alle kommuner. Likeledes er det vanskelig å dokumentere alle kostnader. ns kostnader knyttet til rusmiddelmisbruket.

Rapporten redegjør kort for en rekke rutiner og retningslinjer for samarbeidet rundt rusmiddelmisbrukere. Selv om det gjøres mye bra arbeid, så forekommer det også svikt. Spesielt sviktes det når det gjelder barn til rusmiddelmisbrukere, og mennesker som både har rus og psykiske problemer. Her er samhandlingen og oppfølging for dårlig.

4.4.1 Råd og veiledning

De fleste kommuner har opprettet egen stilling som ruskonsulent og organisert denne sammen med psykisk helsetjeneste. Konsulentene kartlegger den enkeltes situasjon i fht bl.a bolig, økonomi, helse, aktiviteter, nettverk og rusproblematikk. Videre informerer de om det øvrige offentlige hjelpeapparatet som også bidrar med råd og veiledning.

En viktig del av ruskonsulentenes arbeid har vært å sikre at rusmisbrukere får offentlige tjenester etter vurdering av behov, og sikre at de ikke nektes tjenester pga sitt rusmisbruk.

Mye ressurser går til motivering til endring, til å søke etter bolig, oppsøke lege, ta imot behandling, få orden på privatøkonomien, og til å bistå bruker med å søke om ulike tjenester og økonomiske ytelser. Det kan være avgjørende for den videre utviklingen av den enkeltes rusmiddelsituasjon at sosialkonsulentene og andre deler av det kommunale hjelpeapparatet har kompetanse i tidlig intervensjon og de nødvendige verktøy for registrering av forekomster for mest mulig effektiv ressursutnyttelse på kort og lang sikt.

4.4.1.1 Utrednings- og kartleggingsverktøy

Tildeling av tjenester til rusmiddelmisbrukere er enkeltvedtak, og kommunen har plikt til å dokumentere hvilke tjenester som gis. Avd. for psykisk helse og øvrige pleie- og omsorgstjenester benytter elektroniske fagsystemer som Gericca eller Cosdoc. NAV og legetjenesten benytter andre fagsystemer.

Ruskonsulentene og noen andre i rusomsorgen i Hallingdal har fått opplæring i Addis – et kartleggings og diagnostiseringsverktøy for rusmisbruk og rusavhengighet.

Et av målene i opptrappingsplanen for rusfeltet er å fremskaffe bedre dokumentasjon og statistikk som grunnlag for bedre kvalitet og økt kompetanse på fagområdet. Særlig på kommunalt nivå er det store mangler i data om kommunal innsats og tiltak som er nyttig for planlegging og styring av tilbudet overfor rusmiddelmisbrukere.

Helsedirektoratet er i ferd med å kartlegge informasjonsbehov og vurdere rapporteringsrutiner/løsninger for innhenting av data om kommunalt arbeid for personer med rusmiddelproblemer. Et nytt kartleggingssystem kalt Brukerplan er under utprøving av Korfor i Stavanger, og Hallingdal har fått tilbud om tilskudd til opplæring i dette.

4.4.1.2 Kompetanseheving i tidlig intervensjon

Samhandling/tverrfaglig samarbeid - både på tvers og mellom tjenestenivåer - er helt sentralt for å kunne tilby en helhetlig rusomsorg, og den kommunale rusomsorgen må videreutvikles

ettersom kommunene gjennom Samhandlingsreformen får økt ansvar før, istedenfor og etter spesialistbehandling. Det fokuseres på forebygging og tidlig intervensjon fremfor behandling, noe som krever sterkt fokus, god kunnskap og kompetanse på de rette arenaene.

Legene er sentrale i dette arbeidet, og det er god kontinuitet og pliktoppfyllende leger i Hallingdal. I forbindelse med samhandlingsreformen vil det komme en ny fastlegeforskrift som vil gi kommunene bedre styring med legenes oppgaver. Den Norske Lægeforening har påpekt at det generelt er behov for økt kunnskap hos legene til å avdekke rusmisbruk hos sine pasienter.

Tidlig intervensjon gjelder ikke bare i forhold til barn og unge/barn av foreldre med rusmiddelproblemer (jfr pkt "Barn i rusfamilier"), men overfor alle som er i fare for å utvikle et misbruk eller en avhengighet. Det kan f.eks også være i forhold til arbeidslivet, eller overfor eldre. Dette er vanskelig å få til. Helsedirektoratets nye veileder om tidlig intervensjon på rusområdet – "Fra bekymring til handling" er et viktig hjelpemiddel til å øke handlingskompetansen, og kommunen må oppfordre egne ansatte og samarbeidsparter, som legene, til å sette seg inn i veilederens innhold.

4.4.1.3 Økonomi- og gjeldsrådgivning

Økonomiske problemer og gjeldsproblemer bidrar til en vanskelig livssituasjon for mange med rusmiddelproblemer. NAV tilbyr råd og veiledning og har også en økonomirådgivningstelefon som skal være hjelp til selvhjelp, nr 800 GJELD (800 45353). Helsedirektoratet og fylkesmennene vil følge opp kommunenes rådgivning med særlig vekt på å skape økt bevissthet om økonomi- og gjeldsrådgivning.

4.4.1.4 Samhandling internt i kommunen

Rutiner og systemer som regulerer samarbeidet internt i kommunen er en del av kommunens internkontrollsystem og rutiner/prosedyrer legges inn på kommunens kvalitetssystem. Dette kan være blant annet:

- Rutine for utfylling av intern henvisning til andre enheter/avdelinger
- Rutine for AKAN-arbeid i kommunen
- Rutine for samarbeid om å ivareta utsatte barn og ungdom
- Rutine for meldinger til barneverntjenesten
- Rutine for brukermedvirkning
- Rutine for individuell plan

Alle kommuner skal opprette en koordinerende enhet (KE) for samordning av tjenester i kommunen. I de fleste tilfeller vil brukers behov fanges opp og avklares innenfor respektive tjenesteområde, men ved behov løfter brukers kontaktperson saker inn i KE for vurdering.

4.4.1.5 Rutiner og systemer som regulerer samarbeidet eksternt ifht spesialisthelsetjenesten

Kommunene har fra 01.01.12 inngått ny forpliktende samarbeidsavtale med Vestre Viken HF om henvisning, behandling og utskrivning fra psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helseforetaket skal tilby spesialisthelsetjeneste til de som trenger slik hjelp og veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen og ta imot de som er utskrivningsklare fra sykehus.

4.4.2 Individuell Plan (IP)

Utarbeidelse av en IP vil være aktuelt for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og som etter eget ønske og kommunens vurdering har rett på en slik plan. IP er ikke et rettighetsdokument, men et samarbeidsdokument for offentlige tjenesteytere og bruker av offentlige tjenester. Retten til IP er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7. Kommunene har et særlig ansvar for å sette i gang og å koordinere planarbeidet.

Mange instanser utarbeider ”individuell plan” for sine brukere, uten at denne har form og innhold tilsvarende Individuell Plan (IP) ihht lov og retningslinjer. Intensjonen er at en skal øke graden av forutsigbarhet og trygghet. Videre ønsker en å oppnå at alle parter (bruker, pårørende, tjenesteyter) skal ha et bedre utgangspunkt for å ta sin del av ansvaret for at samarbeidet kan fungere og at det blir ytt rett tjeneste, til rett tid, på rett sted og på riktig nivå. Individuell plan er et nyttig virkemiddel – når det brukes aktivt. Det er et viktig delmål i opptrappingsplanen for rusfeltet å øke bruken og fokuset på IP.

4.4.3 Systematisk bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeidet

Det er kun brukeren som opplever hele tjenesteforløpet og som derfor kan gi nyttig informasjon om hvordan tjenestene best kan legges til rette.

Dette er i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.

- Dialogmøte med brukere, pårørende og fagpersoner
- Kommunalt råd for personer med nedsatt funksjonsevne må ivareta også rusmisbrukeres behov for medvirkning
- Styrke/formalisere samarbeidet med ”Mental Helse”, RIO og eventuelt andre brukerorganisasjoner.
- Arbeide for å opprette en pårørendegruppe i regionen.
- Gjennomføre brukerundersøkelser.

4.4.4 Henvisninger/innleggelse i spesialisthelsetjenesten

Ved intoksinasjoner gis det i dag øyeblikkelig hjelp-tilbud ved de fire lokalsykehusene innen somatikk. Det gis øyeblikkelig psykiatrisk hjelp fra akuttavdelingene ved Blakstad og Lier. Avgiftning/utredning gis ved Bærum og Drammen, mens det er døgnbehandling ved Åsterud, Frognerlia og Tyrifjord. I tillegg kommer mange private døgnplasser.

Mange pasienter har en kombinasjon av rus og psykisk lidelse. Utviklingen går mot et mindre skille mellom behandlingstilbudet i enten rus eller psykiatri, og mer mot en integrering av det samlede tilbudet. Områdefunksjonene innen rusbehandling anbefales derfor samlokalisert med det øvrige voksenpsykiatriske områdetilbudet.

Det er varierende lengde på oppholdene, men tendensen er kortere institusjonsopphold. I tillegg kjøper kommunen plasser ved private institusjoner, som oftest i påvente av tilbud om institusjonsplass fra det regionale helseforetaket.

God kvalitet på kommunens henvisninger til 2. linjetjenesten øker muligheten for adekvat behandling. På grunnlag av henvisningen blir noen personer definert som rettighetspasienter, noe som vil si at de har ”rett til nødvendig helsehjelp”, og det settes en dato for når aktuell behandling senest skal være igangsatt. Helseforetakene er restriktive i forhold til kjøp av plasser i private institusjoner de ikke har faste avtaler med, men dersom det ikke er kapasitet

innen helseforetakets egne institusjoner eller ved institusjoner de har avtale med innen nevnte frist, plikter helseforetakene å kjøpe plass andre steder. Rusmiddelmissbrukere opplever stadig lengre ventetid enn den enkelte/de pårørende mener er rimelig. Klageadgangen kan benyttes for å synliggjøre dette.

4.4.5 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Dette er et tilbud til rusmisbrukere hvor tradisjonell medikamentfri behandling ikke har ført fram. Betingelser for å kunne få legemiddelassistert rehabilitering er:

- Misbruket må være opiattdominert
- Alder over 25 år
- Medikamentfri behandling må ha vært prøvd i rimelig utstrekning

Det kan gis dispensasjon fra de to første kravene. Søknad sendes via rustjenesten i samarbeid med fastlege. Oppfølging av den enkelte pasient skjer for det alt vesentlige ute i kommunene, gjennom deltagelse i ansvarsgrupper. LAR regnes for de fleste som en livslang form for behandling.

Det er relativt få personer på LAR i Hallingdal, og kommunene har ulik erfaring med ordningen. Rundt de som søkes inn i LAR er det et formalisert samarbeid mellom fastlege, rustjeneste/NAV og spesialisthelsetjeneste.

4.4.6 Grønn omsorg

Inn på tunet tilbyr tilrettelagte tjenester på gårdsbruk til utdannings-, oppvekst-, helse- og omsorgssektoren. Tjenestene kan blant annet være tiltak innenfor psykisk helse, rus og kriminalitetsforebyggende tiltak.

Landbruks- og matdepartementet vil sammen med andre departement og samfunns- og næringslivsaktører bidra til å tilrettelegge og utvikle kvalitetssikrede tjenester til beste for samfunnet. Den nasjonale satsingen "Inn på tunet-løftet 2010 - 2012" skal styrke tjenesteutviklingen i kommunene, gjennom tverrsektorielt samarbeid og forankring i kommunale planer og strategier.

Kommunene i Hallingdal er valgt som nasjonale «inn på tunet løft» kommuner fra Buskerud. Prosjektkommunene vil utvikle ulike tverrsektorielle modeller for å prøve ut tjenester i egen kommune og mellom kommunene. Det er satt som mål at det skal opprettes et pilottiltak i hver kommune.

4.4.7 Tiltak for gravide rusmiddelmissbrukere

Leger, jordmødre, helsesøstre og andre i helse- og omsorgstjenesten har meldeplikt til kommunens rustjeneste. Rustjenesten har plikt til å vurdere om den gravides forhold til alkohol, vanedannende medikamenter og/eller narkotiske stoffer er på en slik måte at fosteret kan få skade. Oftest skjer denne vurderingen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det viktige i slike saker er at melding kommer raskt, og at eventuelle tiltak iverksettes så tidlig som mulig. Alkohol anses fortsatt å være det middel som er mest skadelig for fosteret.

Den gravide bes undertegne samtykke til frivillige hjelpetiltak, gjennom avtale om samarbeid og rusmiddeltesting. Manglende avtale, brudd på avtale og/eller positive utslag på rusmiddeltesting, kan medføre bruk av tvangstiltak etter kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven.

4.4.8 Tilrettelagt bolig

Et trygt og godt sted å bo med rimelig kvalitet er ofte en forutsetning for å komme ut av et rusmisbruk. Mange rusmisbrukere sliter på det private leiemarkedet og har svært utilfredsstillende boligforhold. En del har lav boevne og greier ikke å holde orden i hjemmet. Ofte forslummes også nærområdet. Tettere oppfølging og forebygging er et nødvendig og tidkrevende arbeid.

En tilrettelagt bolig kan være utformet som en selvstendig bolig i den ordinære boligmassen, inngå i samlokaliserte boliger eller i et bofellesskap/bokollektiv. Den enkeltes behov for bistand vil variere fra enkelttjenester til heldøgns tilsyn.

Organisering og tildeling av kommunale utleieboliger kan gjøres på ulike måter. Kommunen må ha et system for registrering av søknader. Dette kan gjøres i BOKART som er et system som Husbanken har utviklet. Det bør være et tverretattlig boligutvalg som fordeler kommunale boliger i forhold til tilgang og behov, mens eiendomsavdeling eller teknisk enhet har ansvar for vedlikehold og utbedring.

Hallingdalskommunene har laget en felles boligsosial handlingsplan som var ferdig i januar 2006. Det ble da foretatt en kartlegging og konkretisering av kommunenes boligbehov. Det bør vurderes om det skal foretas en rullering av planen.

4.4.9 Boveiledning

Like viktig som bolig er at brukerne får tilstrekkelig oppfølging og boveiledning. Brukergruppen har ofte vanskeligheter med å komme i kontakt med tjenesteapparatet, og det fordrer oppsøkende virksomhet fra tjenesten. Brukernes motivasjon er svingende, og det tar tid å komme i posisjon og skape en trygg relasjon. Kvalitet på tjenesten er derfor avhengig av at det avsettes tilstrekkelig tid til mellommenneskelig kontakt. Det er behov for miljøarbeidere som kan drive mer omfattende boveiledning, også på kveldstid og i helgene. Brukerne legger vekt på stabilt og lett tilgjengelig personell.

I noen kommuner kan det være aktuelt å vurdere organiseringen av rustjenestene. En egen tjeneste for rusomsorg kan være uhensiktsmessig i mindre kommuner, og ulike tilknytningsformer til andre tjenester kan da være en modell.

4.4.10 Arbeidsrettede tiltak

Det er en målsetning at brukerne blir i stand til å komme i arbeid eller lignende aktivitet. Kvalifiseringsprogrammet ble etablert som tiltak ved innføring av NAV-reformen. NAV kan avdekke behov, henvise videre og følge opp sine brukere. Det gis oppfølging i institusjon og NAV deltar i ansvarsgruppemøter - men det mest sentrale er at brukeren selv ønsker en endring. NAV begynner å se resultater av lettere tilgang til statlige virkemidler, som tiltaksplasser.

NAV er avhengig av andre kommunale instanser ifht nødvendige hjelpetiltak og eksterne støttespillere rettet mot arbeid/aktivitet. Det er behov for arbeidsgivere – også kommunen selv som arbeidsgiver – som stiller plasser til disposisjon. Kommunene har inngått IA-avtaler, og det er mye holdningsskapende arbeid som må til for å få til inkludering i arbeidslivet.

4.4.11 Dagtilbud

Flere kommuner har etablert dagsenter eller varmestue som er et møtested for brukere primært tilknyttet avdeling for psykisk helse. Her tilbys felles måltider og ulike aktiviteter. Det kan være en utfordring å få til at brukere med ulike problemstillinger og behov benytter samme tilbud. En avklaring ifht utnyttelse av lokaler og tilgjengelig personale for maksimal uttelling ifht de ulike brukernes behov er nødvendig.

Kultur og ulike aktiviteter er et viktig middel til forebygging og mestring som bidrar til økt inspirasjon og livskvalitet. Bruk av frivillige organisasjoner bør være et viktig ledd i kommunens forebyggings- og rehabiliteringsstrategi. Tiltak bør konkretiseres i kulturplan og virksomhetsplaner.

4.4.12 Frivillige aktørers rolle for oppfølging av rusmiddelmissbrukere

Frivillige organisasjoner og private stiftelser er viktige supplement til de offentlige hjelpetiltakene. Flere kommuner har etablert Frivillighetssentraler, og de bør vurdere hva slags tilbud de kan ha for denne brukergruppen. Flere brukere kan være aktuelle både som hjelpere og som mottakere av tjenester ved en frivillighetssentral. Røde Kors og Mental Helse er organisasjoner som noen steder bidrar med aktiviteter. Frivillige aktører oppmuntres til å etablere tilbud for personer med lav fysisk aktivitet og andre livsstilsproblemer gjennom tildeling av Folkehelsemidler. Organisasjoner og andre som arbeider målrettet og rusforebyggende, og hvor barn og unge er målgruppe, skal støttes og stimuleres i sitt arbeid. Retningslinjer for tildeling av kommunal støtte bør utformes slik at de prioriterer tiltak hvor barn, unge og funksjonshemmede er en viktig målgruppe.

4.4.13 Anonyme Alkoholikere (AA)

AA har kontaktpersoner og møter i flere kommuner. På møtene er det rom for å stille spørsmål og dele erfaringer. Pårørende kan få opplysninger vedrørende etablering av/deltakelse i selvhjelpsgrupper, om Narkomane Anonyme (NA) og annet. Kommunene bør være positive til å stille lokaler til disposisjon for AA sine møter.

4.4.14 Ivaretagelse av barn og pårørende av personer med rusmiddelproblemer

En del pårørende deltar i ansvarsgruppemøter, og enkelte medvirker til utforming av Individuell Plan. Når myndige rusmisbrukere ikke ønsker at pårørende skal involveres, har tjenesteutøver ikke anledning til å kontakte de pårørende og tilby støtte. Pårørende som selv tar kontakt kan få støtte, uten at misbrukeren utleveres på noen måte.

Det er primært barnevernet, barnehage, helsestasjonen, oppvekst- og skoleetaten m.m. som er hovedaktører i oppfølging av barna, mens bl.a. NAV og helsetjenesten har jobbet mye med motivasjon og veiledning av voksne pårørende. Dette er omfattende og tidkrevende arbeid som det noen ganger kan være vanskelig å prioritere nok. Det finnes imidlertid gode alternativer for ivaretagelse av barn og pårørende til rusmiddelmissbrukere utenfor kommunen:

- Rustelefonen, 08588. Nasjonal tjeneste for unge og voksne brukere og pårørende.
- Forebyggende Familieteam, Vestre Viken HF. Tilbud til pårørende (primært gravide og småbarnsforeldre).
- Veiledningssenteret gir veiledning på telefon (22 99 34 90) til pårørende fra hele landet. Videre tilbys individuelle timeavtaler med oppfølging, samt tilbud om deltakelse i pårørendegrupper
- ALANON selvhjelpsgrupper for brukere, pårørende og barn, en del av 12-trinnsopplegget.
- Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) støtter og hjelper familier/pårørende til rusmiddelavhengige. Arrangerer ulike kurs, bemanner en støttetelefon, driver opplysende arbeid om stoffmisbruk, tilgjengelige hjelpeapparat og støttetiltak
- Bruk av selvhjelp som metode og verktøy, www.selvhjelp.no

Informasjon om Rustelefonen og de øvrige tilbudene nevnt ovenfor bør finnes tilgjengelig på kommunens hjemmeside og være kjent for kommunens tjenesteytere.

5 Gjennomføring og oppfølging av planen

Det administrative ansvaret for oppfølging av denne planen forankres hos Rådmannen. Ansvaret for koordinering og gjennomføring av ulike tiltak er avhengig av organisering og delegering i de enkelte kommuner.

5.1 Ansvarsfordeling og fremdrift i gjennomføring av nye tiltak

Tabellen viser en total oversikt over eksisterende tiltak og forslag til nye tiltak som er beskrevet i denne planen. Hva som er nye tiltak er angitt med årstall og eventuelt kommune i tidsplanen.

Tiltak	Samarb. instanser	Ansvarlig	Tidsplan	Kostnad
4.1 Tilgjengelighetsreduserende tiltak				
4.1.1 "Ansvarlig alkoholhåndtering"	Kom.adm., politi, SLT-koordinator, bevillingshavere, Borgestadklinikken	Kom.adm.	2012 - 2013	Alkoholgebyr og søke bidrag fra KoRus Sør
4.1.2 Dørvakt/ordensvakt	Kom.adm., politi	Politi		
4.1.3 Gebyr for salg og skjenking	Kom.adm.	Kom.adm.		
4.1.4 Kontroll med salg og skjenkebevillinger	Kom.adm., kontrollselskap, bevillingshavere	Kom.adm.		Dekkes av gebyrer
4.2 Etterspørselsreduserende tiltak				
4.2.1 MOT	Lokale MOT-team	Kom.adm.	2013 Hemsedal	Ca 70.000

Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Hallingdal 2012 - 2016

4.2.2 "Kjærlighet og grenser"	Skolene, helsestasjon	Barneskole	2013	Tidsbruk
4.2.3 Diverse allmennforebyggende tiltak i skolen	Skolene, politi, SLT, helsetjenesten	Barneskole Ungdomsskole		
4.2.4 Ungdomsklubber	Kulturenheten, frivillige org.	Kulturenheten		
4.2.5 Ungdomsråd	Kom.adm.	Kom.adm.		
4.2.6 Forebyggende samarbeidsforum / SLT	SLT, politi, skole, barnehage, kultur, helsetjenester, NAV	Kom.adm.		
4.2.7 Antidopingarbeid	SLT-kordinator, helset., kultur, politi, idrettslag	Helsetj.	2012 - 2013	Bidrag fra Antidoping Norge og kommunal andel
4.2.8 Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner / « Av og til»	Alle	Kom.adm.	Kontinuerlig	
4.2.9 Samlivskurs	Helsestasjon, familievernkontor	Helsestasjon		
4.3 Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper				
4.3.1 "Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon"	Barnehagene, SFO, skolene, helsest., PPT, barnevern, KoRus Sør	Kom.adm.	2013	Tidsbruk
4.3.2 TIGRIS	Barnevern, rustjeneste, helsestasjon, KoRus Sør	Kom.adm.	2013	
4.3.3 Nattevandring	Røde kors, FAU ungdomsskolen, SLT, politi	Røde kors		
4.3.4 Utekontakt	Skoler, politi, barnevern, rustjenesten	Rustjenesten	2013	Tilskudd fra Fylkesmannen
4.3.5 Interkommunal barneverntjeneste / barnevernvakt	Barnevern, politi, helsetjeneste	Hallingdal barneverntjeneste		
4.3.6 Samarbeidsteam – barnehage og skole	Skole, barnehage, barnevern, PPT, helsestasjon	Rektor/styrer		
4.3.7 Lavterskel psykisk helsetjeneste for barn/ungdom	Psykisk helsetj., helsestasjon, PPT,	Psykisk helsetj. helsestasjon	2013	Tilskudd fra Fylkesmannen til psykologst.
4.3.8 AKAN	Arbeidsgiver, NAV, helsetjeneste, arbeidstakerorg.	Arbeidsgiver		
4.3.9 Konfliktrådet i Hallingdal	Konfliktråd, politi	Konfliktråd		
4.3.10 Eldre og rus, økt kompetanse	Omsorgstjenesten, legetjenesten	Omsorgsleder	2013	
4.4 Tiltak innen rehabilitering og oppfølging				
4.4.1.1 Utrednings- og kartleggingsverktøy BrukerPlan	Rustjenesten, NAV legetjenesten,	Rustjenesten	2012	Tilskudd fra Fylkesmannen
4.4.1.2 Kompetanseheving i	Rustjenesten,	Rustjenesten		

Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Hallingdal 2012 - 2016

tidlig intervensjon	helsetjenesten, spesialisthelsetjeneste			
4.4.1.3 Økonomi- og gjeldsrådgivning	NAV, namsmann, finansinstitusjoner	NAV		
4.4.1.4 Samhandling internt i kommunen	Alle kommunale instanser	Rådmannen	Kontinuerlig	Tidsbruk
4.4.1.5 Rutiner og systemer som regulerer samarbeidet eksternt ifht spesialisthelsetj.	Helseforetaket, helsetjeneste, pleie- og omsorg	Rådmannen		
4.4.2 Individuell plan (IP)	Brukere og tjenesteytere	Koordinerende enhet		
4.4.3 Systematisk bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeidet	Brukere og tjenesteytere	Kom.adm.		
4.4.4 Henvisninger / innleggelse i spesialisthelsetjenesten	Helseforetaket, helsetjeneste, pleie- og omsorg	Rustjenesten		
4.4.5 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	Rustjeneste, NAV, fastlege, spesialisthelsetjeneste			
4.4.6 Grønn omsorg	Omsorg/rustj., NAV, skole, landbruk	Omsorg/rustjenesten	2012	Omdisponere ressurser
4.4.7 Tiltak for gravide rusmiddelmissbrukere	Rustjeneste, fastlege, helsestasjon	Rustjenesten		
4.4.8 Tilrettelagt bolig	Omsorg/rustj., teknisk/eiendom	Eiendomsavd.	2013 - 2016	Tilskudd og lån fra Husbanken
4.4.9 Boveiledning	Rustjenesten, pleie- og omsorg	Pleie- og omsorg		
4.4.10 Arbeidsrettede tiltak	Rustjenesten, NAV	Kom.adm.		
4.4.11 Dagtilbud	Rustjenesten, pleie og omsorg, kultur, frivillige org.	Rustjenesten		
4.4.12 Frivillige aktørers rolle for oppfølging av rusmiddelmissbrukere	Rustjenesten, kultur, brukerorganisasjoner, Frivillighetsentral, frivillige organisasjoner	Kom.adm.		
4.4.13 Anonyme Alkoholikere (AA)	Rustjenesten, AA	AA		
4.4.14 Ivaretagelse av barn og pårørende av personer med rusmiddelproblemer	Barnevern, skole, barnehage, rustjeneste, helsestasjon, NAV, helsetjeneste, brukerorganisasjoner	Kom.adm.		
5.3 Evaluering og rullering av planen	Rustjenesten, Kom.adm. del 2	Nes kommune	2013 2016	

5.2 Økonomiske konsekvenser

De fleste kommuner vil ved rullering av rusmiddelpolitisk handlingsplan måtte forutsette at tiltak kan finansieres innenfor nåværende økonomiske rammer eller ved eksterne tilskudd. De fleste tiltakene krever små tilleggsressurser eller kan løses ved omdisponering av eksisterende ressurser og en annen prioritering av arbeidsoppgaver. Økonomiske konsekvenser av alle tiltak er ikke utredet, og vil avhenge av kommunens eksisterende tjenester og handlingsmuligheter.

Noen tiltak er mer kostnadskreven, men kan være forebyggende og besparende hva gjelder menneskelige lidelser og økonomi på lengre sikt. Det er viktig å se kostnadene i sammenheng med besparelser ifht skadevirkningene ved å ikke innføre tiltakene, samt mulighetene for å søke om eksterne midler.

Mange av tiltakene det kan søkes om eksternt tilskudd til, forutsetter en kommunal egenandel i form av nye midler eller eksisterende ressurser. Opptrappingsplanen på rusfeltet skiller seg fra Opptrappingsplanen for psykisk helse bl.a ved at det her ikke følger med øremerkede midler på samme måte. Gjennom satsingen innen psykisk helse fikk kommunen et reelt løft, flere stillinger og bedre tjenestetilbud. Dette tjenestetilbudet, og tjenestetilbudet i kommunen for øvrig, skal være tilgjengelig også for personer med rusmiddelproblematikk.

Regjeringen har i stor grad lagt opp sin styrking av rusfeltet i kommunene som avgrensede tilskuddsordninger til prosjekter, med en forutsetning om at prosjektene skal videreføres i kommunal regi når tilskuddsperioden er over. Dette blir et økonomisk dilemma for kommunen. Det gir frihet til å prøve ut tiltak, men kan bli en for stor utfordring å videreføre i egen regi på lang sikt. Det er derfor viktig å se kommunens innsats på rusmiddelfeltet i sammenheng med andre tjenesteområder.

5.3 Evaluering og rullering av planen

Det bør gjennomføres en årlig evaluering av tiltakene i den rusmiddelpolitiske handlingsplanen. Dette kan skje i hver kommune og deretter samordnes gjennom forum for ruskonsulenter.

I følge alkohollovens § 1-7d skal alkoholpolitisk handlingsplan behandles i hver kommunestyreperiode. Evaluering og rullering av denne planen del 2 gjøres derfor i første halvår 2016 etter valg av nye kommunestyrer og før ny bevillingsperiode 01.07.2016.

Ansvar for evaluering kan gå på omgang mellom kommunene, og ansvaret første gang blir lagt til Nes kommune. Rulleringen bør ha fokus på i hvilken grad tiltakene i planen er igangsatt, om de har ønsket effekt, og om det bør foretas justeringer i forhold til eventuelle nye statlige føringer. En bør være oppmerksom på at flere av tiltakene i planen ikke kan forventes å gi umiddelbare resultater slik at planen og tiltakene sees i et lengre perspektiv.

Del 2

Alkoholpolitiske retningslinjer

1. Generelt

- 1.1. Retningslinjene bygger på Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Hallingdal 2012 – 2016 og er grunnlag for tildeling av bevillinger for salg og skjenking av alkohol i denne perioden. De enkelte søknader om salgs- og skjenkebevillinger for alkoholvarer behandles i overensstemmelse med handlingsplanen og de alkoholpolitiske retningslinjene.
- 1.2. Alkoholloven av 01.01.98 med endringer av 01.07.05 og tilhørende forskrifter danner grunnlag for retningslinjene. Alkoholloven gjelder for alle områder innen salg og skjenking av alkoholholdige drikkevarer.
- 1.3. Kommunen har som målsetting å begrense samfunnsmessige og individuelle helseskader gjennom kontrollert bruk av alkoholholdige drikkevarer. Ved praktisering av retningslinjene skal det tas hensyn til et godt bo- og oppvekstmiljø. Det bør også tas hensyn til at kommunen er en del av en turistregion. Bevillingspolitikken skal være forutsigbar og med retningslinjer som gir næringen godt driftsgrunnlag og konkurransevilkår. Kontroll av tildelte bevillinger skal sikre at salg og skjenking skjer i tråd med lov og retningslinjer.
- 1.4. Bevillingsperioden følger kommunens valgperiode på 4 år. Bevillingsperioden går ut 30.06 året etter at nytt kommunestyre er tiltrådt, jfr. Alkohollovens § 1.6.
- 1.5. Ved tildeling og fornyelse av bevilling skal det legges vekt på om søker kan anses egnet til å ha salgs- eller skjenkebevilling. Forhold knyttet til vandel skal tillegges vekt, jfr. Alkohollovens § 1-7 b og c. Det tas hensyn til tidligere erfaring med søkerens utøvelse av bevilling i form av:
 - brudd på vilkår som er satt for bevillingen
 - brudd på skjenke- eller aldersbestemmelser
 - endring av driftskonsept uten godkjenning
 - klanderverdig ordensforhold ved serveringsstedet
 - brudd på reklamebestemmelser

2. Skjenkebevilling

- 2.1. Ved tildeling av bevilling skal skjenkelokalets beliggenhet, størrelse og karakter samt målgruppen for virksomheten tillegges vekt. Negativ erfaring med tidligere driftsform, lokalets egnethet og størrelse, trafikale og ordensmessige forhold skal kunne tillegges vekt.
- 2.2. Det tildeles ikke skjenkebevilling på følgende steder og i følgende situasjoner:

- Det gis ikke alminnelig skjenkebevilling for virksomheter i tilknytning til skoler og barnehager.
- Det gis som hovedregel ikke skjenkebevilling ved idrettsarrangement og arrangement som er beregnet spesielt på barn og unge.
- Det gis ikke skjenkebevilling til gatekjøkken, bensinstasjoner, kiosker o.l

2.3. Utendørs serveringsareal:

Bedriften kan ha bevilling for de samme drikkevarer ute som inne. Området for skjenking skal være særskilt angitt/avgrenset og godkjent av kommunen. Uteservering skal kunne foregå uten sjenanse for omgivelsene og uten fare for at det kan skje uhell.

2.4. Sluttede selskap:

For sluttede selskap kan det etter søknad gis utvidelse av eksisterende bevilling som fast ordning eller ved spesielle enkeltanledninger.

2.5. Ambulerende bevilling:

Kommunen kan tildele inntil 5 ambulerende bevillinger jfr. Alkoholovens § 4-5. Ambulerende bevilling kan gis etter søknad rettet til kommunen..

2.6. Bevilling for bestemte anledninger:

Kommunen kan gi bevilling for enkelte bestemte anledninger med unntak av i idrettsanlegg og arrangement som er beregnet spesielt for barn og unge.

2.7. Bevillingshaver har ansvar for å sørge for tilstrekkelig vakthold.

3. Tidsbegrensning for skjenking av alkohol

Skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 3 med 22 volumprosent alkohol eller mer kan skje fra kl. 13.00. Skjenking av annen alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 kan skje fra kl. 08.00, jf alkoholoven § 4-4 og merknader til loven § 4.4.2.

Tidsbegrensningene er satt under forutsetning av at driften skjer innenfor bestemmelser i politivedtekter og støyforskrift.

- *Innendørs serveringsareal:*

Skjenking avsluttes senest kl. 02.00

- *Utendørs serveringsareal:*

Skjenking avsluttes senest kl. 02.00.

- *Sluttede selskap:*

Skjenking kan etter søknad gis inntil senest kl. 02.00.

- *Mulighet til skjenking fram til kl. 03.00.*

Bedrifter som ønsker skjenking etter kl. 02.00 må søke individuelt.

Konsum av skjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter at skjenketida er ute.

Hotell og andre overnattingssteder kan skjenke alkohol til overnattingsgjestene sine uavhengig av disse reglene. Det er en forutsetning at slik skjenking foregår i andre lokaler enn de vanlige skjenkelokalene. Brennevin kan bare skjenkes i den ordinære skjenketida, jf. merknader til alkohollova § 4.4.2.3.

4. Salgsbevilling

4.1. Ordinære dagligvareforretninger kan etter søknad få innvilget bevilling til salg av alkoholholdige varer med inntil 4,7 volumprosent alkohol, jf. Alkoholloven § 3-1.

4.2 . Bevillingspliktige alkoholvarer kan selges i dagligvarebutikker fra kl 08.00 til kl. 20.00 på hverdager og fra kl 08.00 til kl. 18.00 på dager før søn- og helligdager unntatt dagen før Kristi Himmelfartsdag. Salg og utlevering skal ikke skje på søn- og helligdager, 1. og 17. mai, og på stemmedagen for stortingsvalg, fylkestingsvalg, kommunevalg og folkeavstemning vedtatt ved lov, jf alkoholloven § 3-7.

5. Ansvar og myndighet

Kommunestyret vedtar alkoholpolitiske retningslinjer i forkant av ny bevillingsperiode.

Tildeling av bevillinger behandles i samsvar med kommunens vedtatte delegasjonsreglement.

Kommunen har ansvar for kontroll med utøvelse av kommunale bevillinger.

6. Andre forhold

6.1. Salgs- og skjenkekontroll:

Kommunen skal ha en kontrollordning som ivaretar lovens krav om utøvelse av kontroller. Kontrollen skal særlig omfatte salgs- og skjenketidene, aldersgrensebestemmelsene, og at det ikke selges eller skjenkes til personer som er åpenbart påvirket av rusmidler.

Alle salgs- og skjenkesteder skal kontrolleres minimum en gang pr år, og det totale antallet skal være minimum tre ganger så mange som antallet bevillinger.

Differensiering av antall kontroller skjer etter stedets størrelse og kontrollbehov.

Kontrollene skal i størst mulig grad foretas i perioder på året og på døgnet når det er flest besøk/kunder.

6.2. Rapportering av omsetning:

Bevillingshavere er pliktige til å rapportere til kommunen mengde omsatt alkohol for hvert år innen 1. mars påfølgende år.

Omsetningstallene danner grunnlag for utregning av gebyr som til enhver tid følger de maksimale satsene som er fastsatt i forskrift.

Gebyr for ambulerende bevilling og for enkeltanledning følger også de maksimale satsene i forskrift, men for større arrangement kan gebyr beregnes som for alminnelig bevilling.

6.3. Internkontroll:

Bevillingshaver skal ha internkontroll for sin virksomhet, og som en del av denne skal bedriften gjennomføre opplæring i alkoholloven med sine ansatte. Kommunen kan gi informasjon og tilby samarbeid om kompetansehevende tiltak.

7. Reaksjoner når vilkår for omsetning av alkoholvarer overtres eller brytes

Brudd på regelverket for salg eller skjenking av alkoholvarer, eller annet regelverk som har sammenheng med alkohollovens formål om alkoholomsetning blir tatt opp med bakgrunn i rapporter fra salgs- og skjenkekontrollører, lensmannen eller skriftlig klage fra andre. I sistnevnte tilfelle skal påstanden undersøkes av kontrollører før tiltak blir iverksatt.

Når det er avdekket brudd på vilkår om alkoholomsetning, skal administrasjonen umiddelbart legge saken fram for aktuelt organ med forslag til reaksjoner.

Ved fastsetting av reaksjonsform skal det vurderes:

- Type brudd
- Hvor grovt bruddet er i forhold til regelverket
- I hvilken grad bevillingshaver kan klandres
- Gjentakelser
- Hva som er gjort for å rette på forholdet

Følgende reaksjoner skal kunne benyttes:

7.1 Ved brudd på lov og/eller forskrifter og/eller vilkår knyttet til bevillingen sendes ordinært en skriftlig advarsel med henvisning til kontrollrapporten. Ved gjentatte brudd, vurderes bevillingen inndratt for en periode på 1 - 4 uker. Hvis det etter inndragning av bevillingen oppdages nye overtredelser på de generelle forutsetninger, inndras bevillingen for inntil 3 måneder. Ved ytterligere overtredelser inndras bevillingen for resten av bevillingsperioden.

7.2 Ved grove overtredelser som f. eks:

- salg/skjenking til mindreårige
- salg/skjenking til åpenbart berusede personer
- salg/skjenking etter salgs-/skjenketidens slutt
- omsetning og omfattende bruk av narkotika

Inndragning av bevilling vil i disse tilfeller kunne skje for et tidsrom på 1 - 4 uker uten forutgående skriftlig advarsel.

Hvis det etter en inndragning av bevillingen skjer en tilsvarende grov overtredelse etter dette punkt inndras bevillingen for en periode på 3 måneder. Ved ytterligere overtredelser inndras bevillingen for resten av bevillingsperioden.

7.3 Ved manglende innsending av omsetningsoppgave for beregning av bevillingsgebyr eller ved manglende innbetaling av gebyret ved forfall og etter ordinær purring, kan bevillingen inndras inntil omsetningsoppgave er mottatt og/eller gebyr betalt. Bevillingshaver skal gis skriftlig varsel før bevillingen inndras, jf forvaltningslovens bestemmelser.

7.4 Vandelskravet i alkoholloven er skjerpet vesentlig f.o.m. 01.01.98, og berører det enkelte skjenkesteds bevillingshaver og andre sentrale personer. Med henvisning til alkohollovens § 1-8, 1. ledd, kan bevillingen inndras dersom vilkårene i § 1-7b ikke er oppfylt og kommunen får kjennskap til overtredelse av skatte-, avgifts- og regnskapslovgivningen. Bevillingen vil kunne inndras for en periode fra 1 uke og til et tidsrom som omfatter hele bevillingsperioden, avhengig av type overtredelse og overtredelsens grovhet. Bevillingshaver skal gis skriftlig varsel før bevillingen inndras jf. Forvaltningslovens bestemmelser.

7.5 Spørsmål om inndragning av bevilling avgjøres av kommunestyret eller det politiske organ kommunen har delegert avgjørelsen til.