



SOSIALDEPARTEMENTET

Redegjørelse

Rusmiddelsituasjonen i Norge

Juli 2004



Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag	5
3. Rusmiddelsituasjonen	7
3.1 <i>Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster</i>	7
3.1.1 Alkohol	7
3.1.2 Totalforbruket av alkohol	7
<i>Totalforbruket blant ungdom</i>	8
<i>Forbruket av alkohol internasjonalt</i>	9
3.1.3 Hvor mange drikker alkohol?	10
3.1.4 Utviklingen i drikkemønstrene	12
3.2 <i>Narkotika</i>	13
3.2.1 Narkotikabruk i befolkningen	13
<i>Sprøytebruk</i>	14
3.2.2 Narkotikabruk blant ungdom	14
<i>Cannabis</i>	14
<i>Andre narkotiske stoffer</i>	15
3.2.3 Tilgjengeligheten blant ungdom	16
3.2.4 Narkotikasituasjonen i utvalgte kommuner	17
3.3 <i>Sosiale og helsemessige skader av rusmiddelmisbruk</i>	18
3.3.1 Dødsfall og ulykker	19
<i>Alkohol</i>	19
<i>Narkotika</i>	20
3.3.2 Avhengighet og sykелighet	21
3.3.3 Alkohol- og narkotikakriminalitet	21
<i>Alkohol</i>	22
<i>Narkotika</i>	22
3.3.4 Sosiale problemer	23
4. De rusmiddelpolitiske virkemidlene	25
4.1 <i>Organisering og samordning – aktører på rusfeltet</i>	25
4.1.1 Mot mer effektive tilskuddsordninger	26
4.2 <i>Forskning, utvikling og dokumentasjon</i>	27
4.2.1 Forskningskommisjonen	27
4.2.2 Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS)	27
4.2.3 Styrking av rusmiddelforskning utenfor SIRUS	28
4.2.4 Kompetansestyrking	28

4.3	<i>Forebygging av rusmiddelproblemer</i>	28
4.3.1	Tiltak for å redusere tilgangen på alkohol	28
4.3.2	Tiltak for å redusere tilgangen på narkotika.....	29
4.3.3	Tiltak for å redusere etterspørsel etter alkohol og narkotika	29
4.3.4	Generelle barne- og ungdomstiltak.....	30
4.3.5	Tiltak i skolen	30
4.3.6	Tiltak i arbeidslivet.....	31
4.4	<i>Rådgiving og behandling til rusmiddelmisbrukere og pårørende</i>	32
4.4.1	Råd og veiledning – tidlig intervensjon	32
4.4.2	Oppsøkende arbeid	33
4.4.3	Behandling uten bruk av legemidler.....	33
4.4.4	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	33
4.4.5	Rus og psykiske lidelser	34
4.4.6	Behandling av straffedømte	34
5.	En helhetlig rusmiddelpolitikk	36
5.1	<i>Handlingsplan mot Rusmiddelproblemer (2003-2005)</i>	36
5.1.1	Et system for oppfølging av handlingsplanen	36
5.1.2	Ekspertgrupper for alkohol- og narkotikas spørsmål.....	36
5.2	<i>Mer effektiv forebygging</i>	37
5.2.1	Revisjon av alkoholoven.....	37
5.2.2	Effektivisering av håndhevingen av alkoholovens reklameforbud	37
5.2.3	Regionprosjektene.....	38
5.2.4	RUSTelefonen 08588	38
5.2.5	Holdningskampanje mot alkohol.....	39
5.2.6	Nasjonal strategi for rusmiddelundervisning i skolen.....	39
5.3	<i>Bedre behandlings- og omsorgstilbud</i>	40
5.3.1	Regjeringens arbeid for bedre behandling.....	40
5.3.2	Rusreformen – endringer og konsekvenser for rusfeltet	40
5.3.3	Individuelle planer for rusmiddelmisbrukere.....	41
5.3.4	Dommerledet narkotikaprogram (Drug Courts)	42
5.3.5	Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av rusfeltet.....	42
5.3.6	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	43
5.3.7	Økt fokus på omsorg og skadereduksjon.....	43
5.3.8	Lavterskel helsetilbud	44
5.3.9	Sprøyterom.....	44
5.3.10	Styrket innsats mot åpne salgs- og samlingssteder	44
5.3.11	Bedre bo- og tjenestetilbud i kommunene - Prosjekt bostedsløse	45
5.4	<i>Internasjonalt samarbeid</i>	46
5.4.1	Det nordiske og internasjonale narkotikasamarbeidet.....	46
5.4.2	Norden	46
5.4.3	EU	46
5.4.4	Europarådet.....	46
5.4.5	FN	47
5.4.6	Internasjonalt alkoholpolitisk samarbeid.....	47
5.4.7	WHO	47
5.4.8	EU/EØS.....	47

1. Forord

Utgangspunktet for Regjeringens rusmiddelpolitikk ble formulert i Semerklæringen av 2001:

"Samarbeidsregjeringen vil utarbeide en egen handlingsplan mot rusproblemer som vektlegger både forebyggende tiltak og et bedre behandlingstilbud for rusmisbrukere. Samarbeidsregjeringen har som mål å redusere det totale alkoholforbruket og bringe mer av alkoholomsetningen inn i lovlige former. Rusproblemene er økende, og brer seg til nye grupper. Antallet overdosedødsfall er svært høyt i Norge sammenlignet med andre europeiske land. Samarbeidsregjeringen vil satse på forebyggende arbeid og målrettede helse- og sosialpolitiske virkemidler for å bekjempe narkotikamisbruk."

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005) ble lagt frem i oktober 2002. Planen har "frihet fra rusmiddelproblemer" som visjon, og beskriver mål, strategi og virkemidler. Den varsler dessuten en årlig redegjørelse om rusmiddelsituasjonen.

Som arbeids- og sosialminister, med et særskilt ansvar for samordning av innsatsen mot rusmiddelproblemer, legger jeg med dette frem den første årlige redegjørelsen. Den beskriver status på rusmiddelfeltet og redegjør for prioriterte oppgaver i 2003 - 2004. Rusmiddelpolitikken er sektorovergripende. Den krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrensene. Redegjørelsen presenterer derfor Regjeringens samlede arbeid på rusmiddelområdet i perioden.

Det er både nedslående og oppmuntrende trekk ved rusmiddelsituasjonen. Det er nedslående å være vitne til en forholdsvis sterk økning av alkoholforbruket, særlig blant ungdom. Det er oppmuntrende at narkotikamisbruket ikke ser ut til å øke, at det for første gang på ti år er en klar nedgang i antall narkotikasaker hos politiet, at det er en viss nedgang i andelen unge (15-20 år) som mener at cannabis bør selges fritt, og at antallet overdosedødsfall er nesten halvert i løpet av de siste to årene.

Omkostningene ved alkohol- og narkotikamisbruk er store. Den enkelte misbrukeren pådrar seg store lidelser, som også rammer den nære familien; foreldre, søsken, ektefeller og barn. Mange andre rammes av vold og ulykker som skyldes alkoholbruk. Lidelse lar seg ikke måle i penger. Likevel vet vi at det ofte er en sammenheng mellom rusmiddelmisbruk og fattigdom. Forebygging og behandling av rusmiddelmisbruk er derfor nært knyttet til regjeringens fattigdomspolitik. Det er også svært vanskelig å måle de økonomiske kostnadene samfunnet påføres i form av tapt arbeidsinnsats, kriminalitet og behandling av rusmiddelrelaterte skader i helse- og sosialtjenesten.

I Handlingsplan mot rusmiddelproblemer har Regjeringen gitt høyest prioritet til "de yngste og de tyngste". Det betyr at vi særlig har valgt å styrke den forebyggende innsatsen gjennom blant annet holdningspåvirkning og utvikling av bedre metoder for det forebyggende arbeidet i kommunene. Vi har samtidig valgt å styrke behandlings-, omsorgs- og skadereduksjonstilbudet til rusmiddelmisbrukere.

Dette har vi gjort gjennom en betydelig satsing på utbygging av legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetilbud, og gjennom omorganisering av ansvaret for de tverrfaglige spesi-

aliserte behandlingstilbudene (rusreformen). I tillegg er det innført en ordning med rett til individuelle planer for misbrukere med behov for langsiktige behandlings- og omsorgsopplegg. Det er grunn til å tro at satsingen på lavterskel helsetilbud og legemiddelassistert rehabilitering er en sterkt medvirkende årsak til reduksjonen av antall overdosedødsfall.

Denne redegjørelsen begrenser seg til den statlige innsatsen på tvers av departements- og etatsgrensene, halvveis i planperioden. Den redegjør ikke for innsatsen fra fylkeskommunenes og kommunenes side i den samme perioden. Den redegjør heller ikke for den uvurderlige innsatsen som gjøres av frivillige organisasjoner, frivillige krefter og enkeltpersoner, både i det forebyggende arbeidet og når det gjelder behandling av og omsorg for misbrukere. Det er i kommunene det aller meste av dette arbeidet gjøres, og må gjøres. Staten kan være tilrettelegger og bistandsyter, forhåpentlig også en god dialogpartner.

Regjeringen har drøftet rusmiddelsituasjonen og utfordringene fremover på grunnlag av redegjørelsen. Vi vil fortsette innsatsen for å forebygge rusmiddelproblemer og bedre situasjonen for misbrukerne og deres familier langs følgende hovedlinjer:

- Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Rusreformen og retten til individuell plan skal sikre helhetlige og sammenhengende tiltakskjeder for den enkelte, med særlig vekt på god samhandling mellom sosiale tiltak i kommunene og tverrfaglig spesialisert behandling i helseforetakene.
- Bedre tilbud til de tyngste narkomane, gjennom fortsatt satsing på lavterskel helsetiltak og legemiddelassistert rehabilitering.
- Mer effektiv forebygging rettet mot barn og unge.
- Bedre kunnskapsgrunnlag for rusmiddelpolitikken, både når det gjelder forebygging og behandling.

Mye av arbeidet må forankres lokalt. Jeg oppfordrer derfor kommunene, fylkesmennene og de regionale helseforetakene til en tilsvarende drøfting av situasjonen og innsatsen lokalt, på tvers av etatsgrensene og i dialog med de frivillige organisasjonene.



*Dagfinn Høybråten
Juli 2004*

2. Sammendrag

Det gis en omfattende redegjørelse for utviklingen og omfanget av rusmiddelproblemene i kap. 3. Beskrivelsen av narkotikasituasjonen er hentet fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) rapport "Narkotikasituasjonen i Norge 2003", som er tilgjengelig i sin helhet på www.sirus.no. For første gang gis det en tilsvarende, omfattende beskrivelse av alkoholsituasjonen. Materialet er satt sammen av data fra forskjellige kilder. Sosialdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å bedre mulighetene for kartlegging av de sosiale og helsemessige konsekvensene av alkoholbruk. SIRUS, Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet arbeider også med å utvikle et skaderegistreringsprosjekt knyttet til alkoholskader.

Siden 1994 har totalomsetningen av alkohol i Norge igjen vist en økende tendens. I 1993 var den på 4,55 liter per innbygger 15 år og over, og i 2003 på 6,03 liter. Ølkonsumet har vært relativt konstant, mens vinforbruket øker. Den flerårige nedgangen i brennevinsforbruket er stanset opp. Det er for tidlig å si noe sikkert om hvorvidt "rusbrusen" bidrar til å øke det samlede alkoholforbruket blant ungdom, eller i hvilken grad "rusbrus" vil erstatte noen av de andre drikkesortene.

Det blir stadig færre avholdende i Norge, noe som etter 1970 først og fremst skyldes nedgangen i andelen kvinner som ikke drikker. Utviklingen er tilsvarende i ungdomsgruppen. Mens det i 1956 var 31 prosent av ungdom i alderen 18-20 år som ikke drakk alkohol, var tilsvarende andel i 1999 bare 7 prosent. Debutalderen er lavest for øl og omtrent like høy for vin og brennevin. Debutalderen synes å ha gått noe ned de senere årene.

Det er høy oppslutning i befolkningen om alkoholfrie soner som i trafikken, arbeidslivet, under graviditet og i samvær med barn. Det er imidlertid en nedgang i oppslutningen om ikke å drikke alkohol på idrettsarrangementer og når man er passasjer i småbåt.

Vinmonopolet har siden 2000 styrket sin stilling i opinionen. Oppslutningen om aldersgrensene for kjøp av alkohol er fortsatt høy. Det er fortsatt bred oppslutning om at bruk av narkotika skal være straffbart, og det er siden 1998 en nedgang i andelen unge i alderen 15-20 år som mener at cannabis burde selges fritt eller at de ville prøve stoffet dersom det var lovlig.

Det synes ikke å være store endringer i bruken av illegale stoffer. Det er mindre forskjeller enn før mellom andelen unge på landsbasis og unge i Oslo som oppgir å ha brukt ulike stoffer. Andelen på landsbasis, som oppgir at de har brukt cannabis noen gang og i løpet av de siste seks måneder, har vært henholdsvis omkring 15-17 prosent og 8-10 prosent de siste tre år. De tilsvarende andelenene for unge i Oslo har vært omkring 25-28 prosent og 7-12 prosent. Når det gjelder andelen som oppgir at de har brukt andre stoffer, har det stort sett vært en utflating de siste par år.

Antallet aktive injiserende rusmiddelmissbrukere anslås å være 11 000-15 000. Antallet narkotika-relaterte dødsfall (overdosedødsfall) er nesten halvert de siste to år, fra 338 i 2001 til 172 i 2003. Til sammenligning ble det i 2001 registrert 378 dødsfall som skyldtes alkohol, mot 424 i 2002.

De samfunnsøkonomiske konsekvensene ved bruk av rusmidler er store, men vanskelige å kvantifisere og enda vanskeligere å slå sammen i et kronebeløp. Direkte behandlingsutgifter

anslås årlig til ca 1,6 milliarder kroner og narkotikakriminaliteten til minst 1,2 milliarder kroner årlig. Vi vet for lite om kostnadene for øvrig.

Kap. 4 redegjør for de viktigste aktørene i arbeidet mot rusmiddelproblemer. Problemene er sammensatte, og krever innsats på tvers av departements-, etats- og profesjonsgrensene. Gode samordnings- og samarbeidsstrukturer er avgjørende. Kapitlet redegjør videre for viktige forebyggende tiltak som støttes fra departementenes side, samt for rådgivning og behandling til rusmiddelmisbrukere og pårørende.

I kap. 5 redegjøres det nærmere for oppfølgingen av Handlingsplanen og nye tiltak som er prioritert i planperioden til nå. På forebyggingsområdet omfatter dette revisjon av alkoholloven og effektivisering av reklameforbudet mot alkohol, utviklingsarbeid for å få til mer samordnede og effektive metoder på kommunenivå, opplysnings- og holdningsarbeid og en nasjonal strategi for rusmiddelundervisningen i skolen. På området behandling og omsorg/skadereduksjon gjelder det blant annet rusreformen og retten til individuelle planer, som skal sikre misbrukerne bedre helsetjenester og motvirke at de blir kasteballer mellom ulike instanser. Det gjelder også satsingen på, og videreutviklingen av, legemiddelassistert rehabilitering, lavterskel helsetilbud og boligtilbud med individuelt tilpasset oppfølging. Det pågående utredningsarbeidet om forsøksprosjekt med Dommerledet narkotikaprogram (Drug Courts) som alternativ til annen ordinær domstolsbehandling av straffesaker mot narkomane beskrives, likedan arbeidet med forsøksprosjekt med sprøyterom. Styrkingen av innsatsen i forhold til det tungt belastede misbruksmiljøet på Plata omtales også. Til sist i kapitlet gis en kort redegjørelse for det nordiske og internasjonale alkohol- og narkotikasamarbeidet.

3. Rusmiddelsituasjonen

3.1 Rusmidlenes utbredelse og bruksmønster

3.1.1 Alkohol

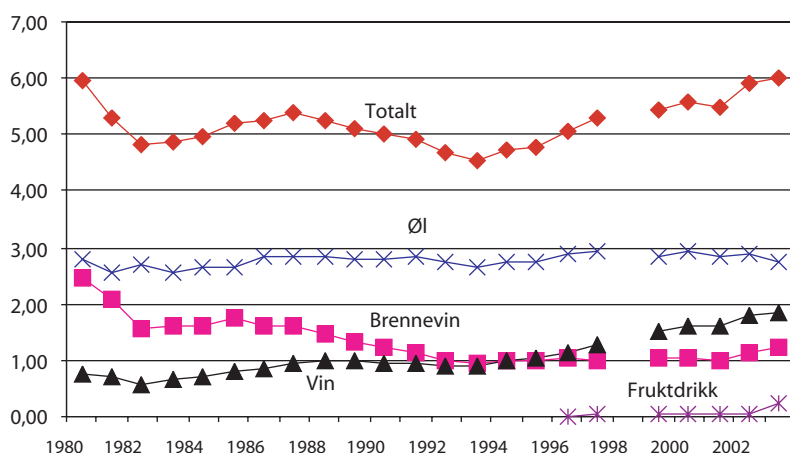
Det er særlig tre aspekter ved alkoholforbruket som er interessant; totalforbruket, hvor mange som drikker og drikkemønstrene. Gjennomsnittlig alkoholforbruk per person i den voksne befolkningen er i stor grad knyttet til utbredelsen av storforbruk, som i sin tur er knyttet til forekomsten av skader. Dessuten påvirkes forholdet mellom gjennomsnittsforbruket og skadeomfanget av hvor stor andel av befolkningen som drikker, og hvilken måte det drikkes på.

Det er også av interesse å se på hvilke kilder forbruket av alkohol stammer fra. Størsteparten av alkoholforbruket kommer fra lovlig innenlands omsetning, dvs. alkohol som er solgt gjennom øl- og vinmonopolbutikker, dagligvarebutikker og skjenkesteder med bevilling for salg av alkoholholdige drikker. Med registrert forbruk mener man den alkoholen som omsettes gjennom disse kanalene, og hvor omsatt mengde blir registrert. I tillegg skaffer imidlertid mange seg alkohol fra andre kilder. De vanligste kildene er taxfri-handel, grensehandel, hjemmeproduksjon og smuglervarer. For disse kildene finnes det ingen tall for omsetningen til norske kunder, og denne delen av forbruket kalles derfor det uregistrerte forbruket. Summen av registrert og uregistrert forbruk utgjør det totale alkoholforbruket.

3.1.2 Totalforbruket av alkohol

Totalforbruket av alkohol i Norge kan fremstilles som i figuren under.

Figur 1. Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og over, målt i liter ren alkohol per person totalt og på ulike alkoholsorter. Kilde: SIRUS/SSB.



De siste 20 årene har den registrerte omsetningen av alkohol variert mellom et toppnivå på 5,98 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over i 1980, og et bunnivå på 4,55 liter i 1993. Siden 1994 har omsetningen vist en økende tendens, og var i fjor kommet opp i 6,03 liter ren alkohol per person. Ølkonsumet har vært relativt konstant, mens vinforbruket fortsetter å øke. Den mangeårige nedgangen i forbruket av brennevin har stanset opp og det har vært en tendens til en liten økning de siste årene.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har gjennom en årrekke fulgt utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket ved å foreta intervjuer av landsomfattende, representative utvalg av den norske befolkningen om deres forbruk av all slags alkohol, også den de måtte lage selv, kjøpe i utlandet eller kjøpe ulovlig innenlands. Den siste undersøkelsen ble gjort høsten 1999 og anslår at uregistrert forbruk av alkohol var på 1,85 liter ren alkohol per person 15 år og over. Av dette var 0,66 liter illegal, uregistrert alkohol og 1,19 liter legal, uregistrert alkohol. En tilsvarende undersøkelse er planlagt høsten 2004 og vil gi oss viktige opplysninger om eventuelle endringer de siste fire årene.

Ifølge beregninger fra SIRUS tilsvarte grensehandelen fra Sverige 5,5 prosent av den registrerte alkoholomsetningen i Norge i 2002, og den totale privatimporten fra utlandet (både tax-free og grensehandel) tilsvarte ca. 16 prosent. Det har vært en sterk økning i grensehandelen fra Sverige mellom 1999 og 2002. Importen av brennevin og hetvin ble da mer enn tredoblet og importen av bordvin nesten femdoblet. Det er trolig mange sammenfallende faktorer som står bak økningen, inkludert prisutviklingen i begge land, kursutviklingen for norske kroner, slutt på lørdagsstengte systembolagbutikker og mye medieomtale om "svenskehandel".

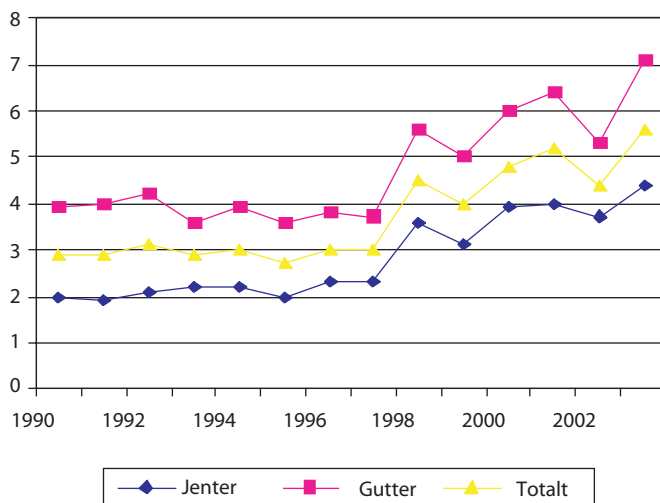
Det er satt ned et utvalg som skulle vurdere virkningene på statens inntekter av å endre avgiftene på grensehandelsutsatte varer. Rapporten fra utvalget ble overlevert til Regjeringen i april 2003 (NOU 2003: 17 Særagifter og grensehandel). For å bedre kunnskapen om grensehandel og effekter på provenyet av særagifter, anbefaler utvalget å styrke informasjonsgrunnlaget. Det arbeides derfor med å få i stand en fortløpende overvåking av det uregistrerte forbruket. Overvåkingen vil bli gjennomført ved hjelp av intervjuundersøkelser og opplysninger om salget av alkohol i våre naboland, og er et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og SIRUS. Det legges opp til å få dette operasjonelt fra annet halvår 2004.

Totalforbruket blant ungdom

Det ser ut til å ha vært en kraftig økning i alkoholforbruket blant ungdom de siste ti årene. Dette kommer frem både i de årlige ungdomsundersøkelsene som SIRUS foretar og i den norske delen av den europeiske skoleundersøkelsen blant 15-16 åringer (ESPAD) som ble gjennomført i 1995, 1999 og i 2003.¹ Ungdomsundersøkelsen fra SIRUS viser at mens det beregnede gjennomsnittlige alkoholforbruket i første halvdel av 1990-tallet i aldersgruppen 15-20 år på landsbasis ble beregnet til omkring 3 liter ren alkohol per år, steg det til omkring 5 liter i årene 2000 og 2001. Undersøkelsen fra 2002 indikerte imidlertid et brudd på denne utviklingen ved at det var en nedgang på noe over 0,5 liter ren alkohol. Nedgangen fortsatte imidlertid ikke i 2003-undersøkelsen, noe som i all hovedsak kan tilskrives økningen i forbruket av "rusbrus". Det var bare små endringer for de andre drikkesortene.

1 ESPAD står for European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.

Figur 2. Beregnet gjennomsnittlig alkoholkonsum målt i liter ren alkohol blant gutter og jenter i alderen 15-20 år i Norge, 1990 – 2003. Kilde: SIRUS



2003-undersøkelsen ble imidlertid foretatt tidlig i 2003, og salget av "rusbrus" har blitt kraftig redusert siden sommeren 2003. Det vil ta noe tid før "rusbrusen" kan sies å ha funnet sin mer naturlige plass blant de tilgjengelige drikkesorter, og vi vil først i de kommende års undersøkelser kunne si noe mer sikkert om hvorvidt "rusbrusen" bidrar til å øke det samlede alkoholforbruk blant ungdom, eller i hvilken grad bruk av "rusbrus" vil erstatte noen av de andre drikkesortene.

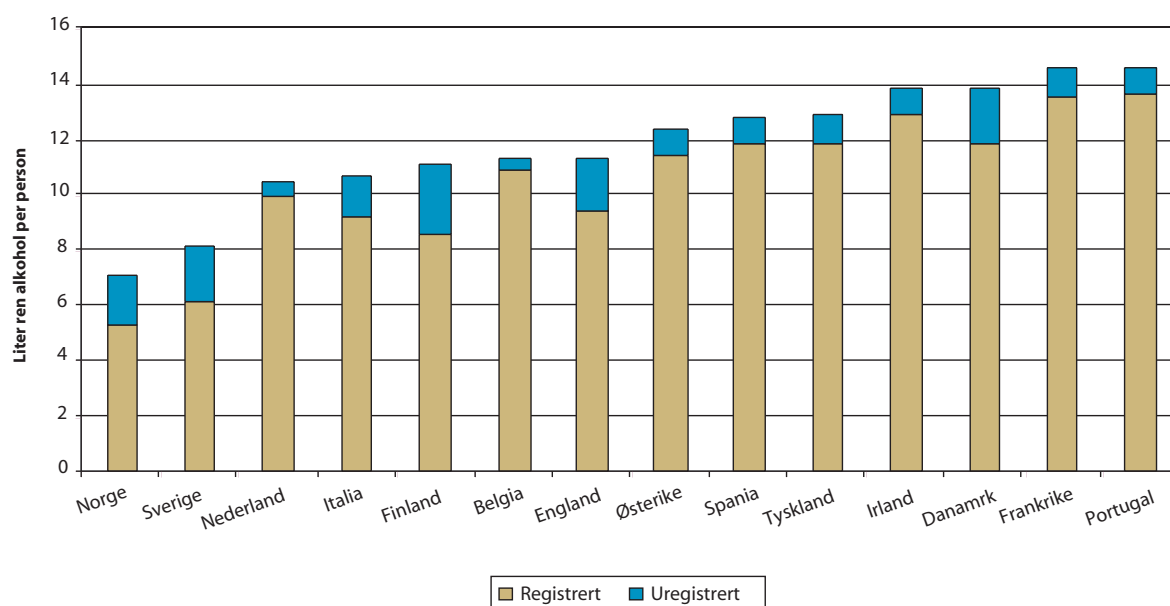
Oppmerksomheten om den økte tilgjengeligheten av "rusbrus" gjennom salg i dagligvarebutikkene, har i stor grad vært knyttet til frykt for at jenter vil øke sitt forbruk av alkohol. På landsbasis er imidlertid det beregnede forbruket av "rusbrus" noe høyere blant gutter enn jenter, mens det motsatte er tilfelle hvis vi bare ser på ungdom i Oslo.

Det er også verdt å merke seg at mens gutter tidligere grovt sett drakk dobbelt så mye som jenter, er dette forholdet endret i løpet av det siste tiåret, slik at alkoholforbruket blant jenter i de senere år har vært omkring 30-40 prosent lavere enn blant gutter.

Forbruket av alkohol internasjonalt

Alkoholforbruket varierer enormt, ikke bare fra et land til et annet, men også over tid og mellom forskjellige befolkningsgrupper. Det registrerte alkoholforbruket er høyest i den industrialiserte del av verden. Det er generelt lavere i Afrika og deler av Asia, og særlig lavt i muslimske land og på det indiske subkontinent. Vest-Europa, Russland og andre ikke-muslimske deler av den tidligere Sovjetunionen har nå det høyeste alkoholforbruket per innbygger, men Latin-Amerika ligger ikke langt bak. I tillegg har en del U-land i vekst, som Kina og Thailand, vist en økning i forbruket av alkohol som vekker bekymring ettersom alkoholbruk der synes å være konsentrert i en mindre del av befolkningen.

Figur 3. Registrert og uregistrert alkoholforbruk per person over 14 år i enkelte europeiske land i 1999. Kilde: ECAS.

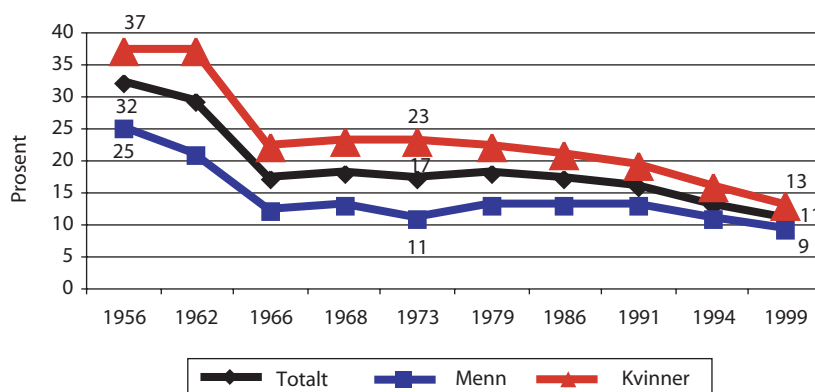


I europeisk sammenheng ligger Norge svært lavt også etter at det er gjort anslag over uregistrert forbruk. I de senere årene har salgstallene i Europa vist en liten, generell nedgang i alkoholforbruket, og trendene i tradisjonelle høykonsum- og lavkonsumland nærmer seg hverandre. Dette gjelder særlig vinproduserende land i Europa som Frankrike, Italia og Portugal, hvor nedgangen hovedsakelig skyldes redusert forbruk av vin. På den andre siden har et land som Irland hatt en dramatisk økning i alkoholforbruket fra 5 liter per person over 15 år i 1960, til hele 14,2 liter i år 2000.

3.1.3 Hvor mange drikker alkohol?

Det blir stadig færre avholdende i Norge, noe som etter 1970 og fremover først og fremst skyldes nedgangen i andelen kvinner som ikke drikker. I dag drikker nesten like mange av kvinnene som av mennene.

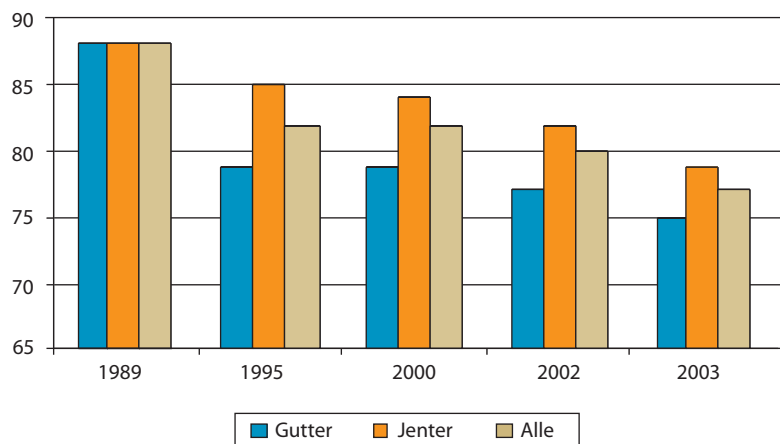
Figur 4. Prosentandel avholdende i perioden 1956-1999². Kilde: SIRUS



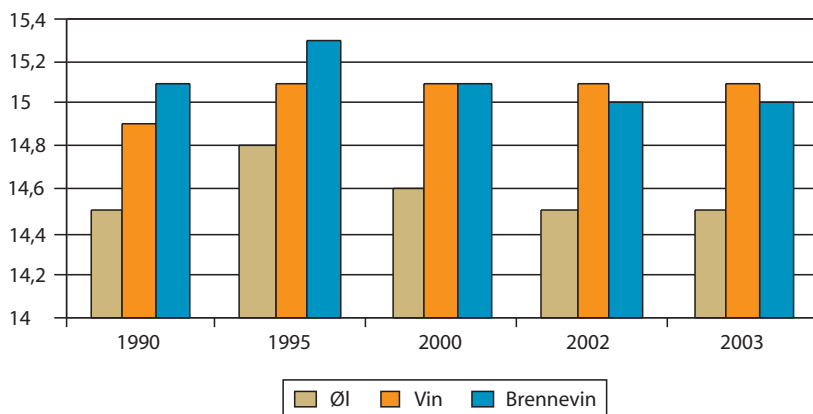
2 For årene 1956-1973 aldersgruppen 18 år og over, for 1979 og senere aldersgruppen 15 år og over.

Utviklingen er tilsvarende i ungdomsgruppen. Mens det i 1956 var 31 prosent av ungdom i alderen 18 til 20 år som ikke drakk alkohol, var tilsvarende andel i 1999 kun 7 prosent. Her kan det imidlertid spores en interessant utvikling hvis vi ser på tallene tilbake til 1989 for Oslo. I 1989 oppga hele 88 prosent av ungdommene i hovedstaden at de hadde drukket alkohol noen gang. I 1995 og i 2000 var tallet falt til 82 prosent. I 2002 hadde det sunket ytterligere til 80 prosent, mens det var nede i 77 prosent i 2003. Det blir altså færre og færre ungdommer i Oslo som sier at de noen gang har drukket alkohol. Tilsvarende reduksjon har ikke funnet sted i landet som helhet, og reduksjonen i Oslo skyldes trolig den økte andelen av innvandrerungdom der.

Figur 5. Prosentandel av ungdom i Oslo i alderen 15-20 år som har drukket alkohol noen gang.
Kilde: SIRUS



Figur 6. Gjennomsnittlig alder for første gangs bruk av så mye som en flaske øl, en desiliter vin, eller en kvart desiliter brennevin. Landet som helhet. Kilde: SIRUS



Debutalderen har vært relativt stabil det siste tiåret, i alle fall når det gjelder vin og brennevin. For øl gjorde den et hopp i 1995, mens den de to siste årene har holdt seg relativt stabil. Debutalderen er lavest for øl. Det er verdt å merke seg at debutalderen for brennevin nå er lavere enn debutalderen for vin.

3.1.4 Utviklingen i drikkemønstrene

I SIRUS' femårige intervjuundersøkelser i voksenbefolkningen og i de årlige ungdomsundersøkelserne spørres det om man har følt seg tydelig beruset siste år.

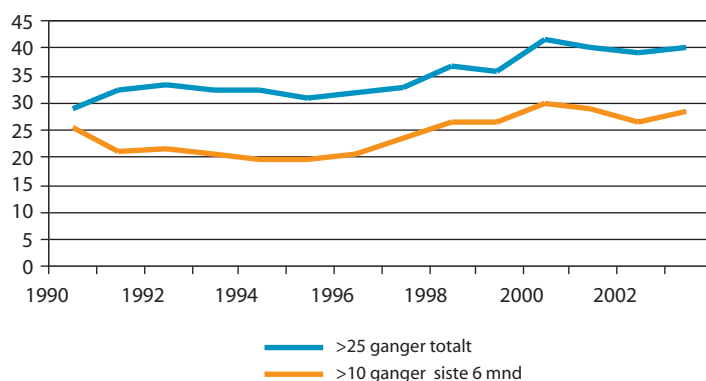
Veksten i det norske alkoholkonsumet i de senere årene skyldes først og fremst en kraftig økning i vinforbruket, hvilket har gitt grobunn for en utbredt forestilling om at nordmenn har blitt mer "kontinentale" i drikkevanene. I noen grad kan det være korrekt. Realiteten er imidlertid fortsatt at det norske drikkemønsteret komparativt sett er preget av kraftig beruselse (fyll), både blant de som drikker mye og lite, og at det er få endringer i andelen av befolkningen som oppgir at de har drukket seg beruset. Dette er et drikkemønster som gir høy forekomst av akutte og alvorlige alkoholskader.

Tabell 1. Beruselsesfrekvens (15 år+). Kilde: SIRUS

	1991	1994	1999
Andel som har vært beruset siste år	43	40	41
Antall ganger de i gjennomsnitt var beruset siste år	10,8	11,5	10,0

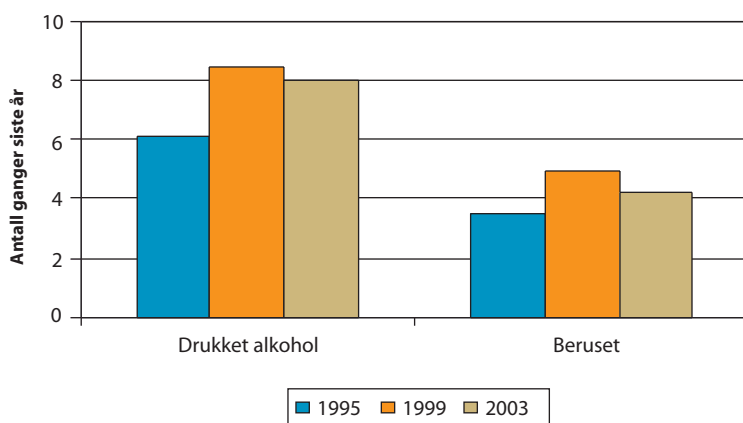
De siste tallene vi har fra voksenbefolkningen er fra 1999, og ny undersøkelse vil bli foretatt høsten 2004. Her vil vi få viktig informasjon om eventuelle endringer de siste fire årene. Men dersom vi ser på tallene fra de årlige ungdomsundersøkelserne, er det mye som tyder på at det skadelige drikkemønsteret fremdeles ligger fast.

Figur 7. Prosentandel i aldersgruppa 15 -20 år som oppgir at de har vært beruset mer enn 25 ganger i livet og mer enn 10 ganger siste 6 måneder. Kilde: SIRUS



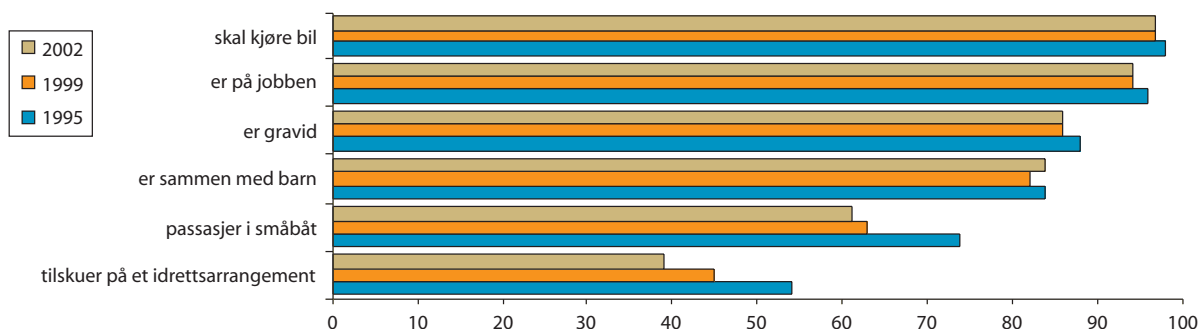
ESPAD-undersøkelsen inneholder også data om beruselse. Figuren nedenfor viser gjennomsnittlig antall ganger 15-16 åringene oppgir å ha drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder, sammenlignet med det gjennomsnittlige antall ganger de oppgir å ha vært beruset. Grovt sett kan vi si at de har vært beruset omtrent halvdelen av gangene de har drukket alkohol. Det samme mønsteret fremkommer når vi ser på antall drikketilfeller og beruselse i løpet av siste 30 dager.

Figur 8. Gjennomsnittlig antall ganger drukket alkohol og gjennomsnittlig antall ganger vært beruset i løpet av siste 12 måneder. Kilde: SIRUS



Det kan også være interessant å se på i hvilke situasjoner det ikke drikkes alkohol. Her har vi ingen forbrukstall, men MMI gjennomfører på oppdrag fra AlkoKutt med jevne mellomrom en representativ spørreundersøkelse i befolkningen om deres holdning til alkoholbruk i gitte situasjoner. Disse undersøkelsene viser at det er en høy oppslutning om alkoholfrie soner som i trafikken, i arbeidslivet, når man er gravid eller når man er sammen med barn. Det er likevel verdt å merke seg at holdningen til det å drikke alkohol når man er passasjer i småbåt eller når man er tilskuer på et idrettsarrangement er klart svekket.

Figur 9. Holdningen til å la være å drikke alkohol i gitte situasjoner. Kilde: MMI/AlkoKutt.



3.2 Narkotika

3.2.1 Narkotikabruk i befolkningen

I 1999 gjennomførte SIRUS en intervjuundersøkelse om bruk av alkohol og andre rusmidler i et landsrepresentativt utvalg av den norske befolkning, hvor respondentene ble bedt om å svare skriftlig og anonymt på spørsmål om eget bruk av narkotika. Det ble gjort en lignende undersøkelse i 1991 med et mer begrenset utvalg av spørsmål vedrørende bruk av narkotika. Innenfor aldersgruppen 15-64 år økte andelen som noen gang hadde brukt cannabis, fra 9,6 prosent i 1991 til 15,4 prosent i 1999. Andelen som oppga at de hadde brukt cannabis i løpet av det siste året økte fra 3,0 prosent til 4,5 prosent. I 1999 var det innenfor samme aldersgruppe 3,8 prosent som oppga at de noen gang hadde brukt amfetamin, 1,3 prosent ecstasy, 2,1 prosent kokain og 1,4 prosent heroin. Den neste intervjuundersøkelsen er planlagt høsten 2004.

Sprøytebruk

I 1999 anslo SIRUS antall aktive injiserende rusmiddelmissbrukere til mellom 9 000 og 12 000. Dette anslaget er senere (2002) blitt justert til 11 000-15 000. Anslaget innbefatter både de som tar heroin og de som tar amfetamin i sprøyte. På bakgrunn av den metoden de har benyttet, vil det være mulig å foreta årlige anslag over antall personer som injiserer narkotika.

En annen kilde som kan belyse omfanget og utviklingen av injiserende rusmiddelmissbruk, er antall sprøyter som deles ut eller selges til denne gruppen fra apotek. Det foreligger imidlertid ikke pålitelige landsomfattende opplysninger om hvor mange sprøyter dette dreier seg om på årsbasis. Tabell 2 viser antall sprøyter som er delt ut fra AIDS-Infobussen ("sprøytebussen") i Oslo.

*Tabell 2. Antall sprøyter gitt ut fra "Sprøytebussen" i Oslo.
Kilde: Rusmiddeletaten, Oslo kommune*

	Totalt	Gjennomsnitt per dag
1996	1 145 120	3 137
1997	1 549 779	4 246
1998	1 896 653	5 197
1999	1 719 140	4 710
2000	1 870 194	5 124
2001	Ca 1 800 000	Ca 5 000
2002	Ca 2 000 000	Ca 5 500
2003	Ca 1 800 000	Ca 5 000

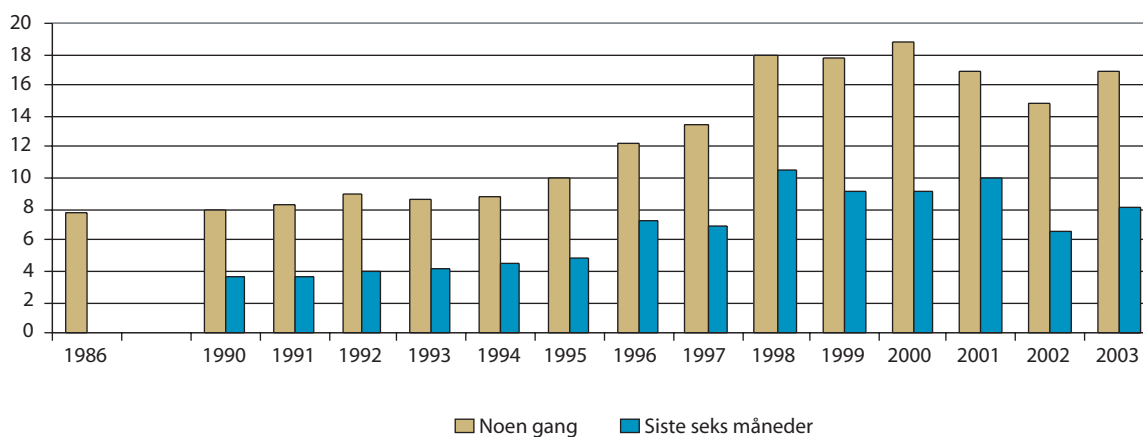
3.2.2 Narkotikabruk blant ungdom

SIRUS foretar årlige spørreskjemaundersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i alderen 15-20 år. 2003-undersøkelsen viser ingen store endringer i bruken av illegale stoffer. Som i de senere år, er det mindre forskjell enn tidligere mellom andelen unge på landsbasis og unge i Oslo som oppgir å ha brukt ulike stoffer. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) er en europeisk spørreskjemaundersøkelse om bruk av rusmidler blant 15-16 åringer. Undersøkelsen omfatter omkring 30 land, Norge inkludert. Det foreligger nå tre datainnsamlinger 1995, 1999 og 2003. I den norske delen inngår i underkant av 4 000 10. klassinger (9. klassinger i 1995 undersøkelsen). Den internasjonale rapporten der Norge sammenlignes med andre europeiske land, vil foreligge i løpet av 2004.

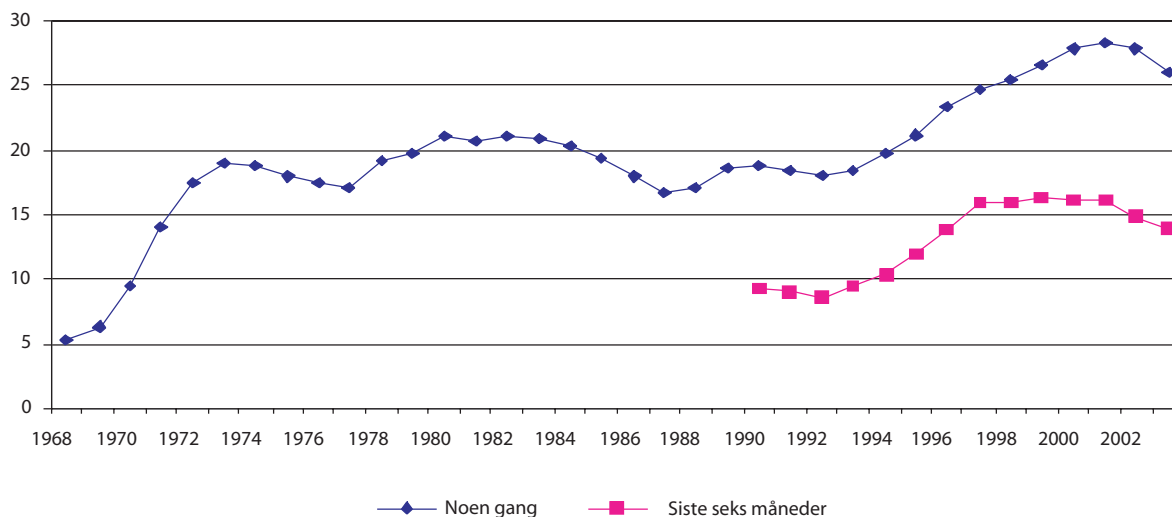
Cannabis

Ungdomsundersøkelsen viser at mens andelen på landsbasis som oppgir at de har brukt cannabis noen gang og i løpet av siste seks måneder, har vært henholdsvis omkring 15-17 prosent og 8-10 prosent i de siste tre år, har de tilsvarende andelen hvis man bare ser på ungdom i Oslo, vært omkring 25-28 prosent og 7-12 prosent.

Figur 10. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder 1986 - 2003. Kilde: SIRUS



Figur 11. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av siste seks måneder, 1968 - 2003 (treårig glidende gjennomsnitt). Kilde: SIRUS

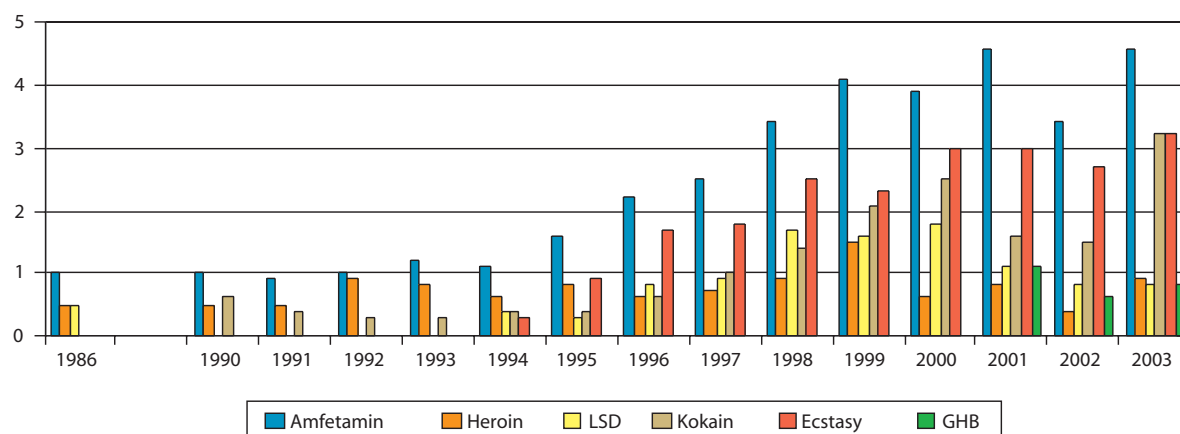


De årlige ungdomsundersøkelsene i aldersgruppen 15-20 år viser at mens det skjedde en relativt dramatisk økning fra 1995 til 1999 i andelen som oppga at de hadde brukt cannabis, var det i 2003 en klar nedgang, både når det gjelder andelen som rapporterer at de har brukt cannabis noen gang, og i løpet av de siste 12 måneder. Nedgangen fra 1999 til 2003 er relativt markant. Den samme tendensen bekreftes i ESPAD-undersøkelsen.

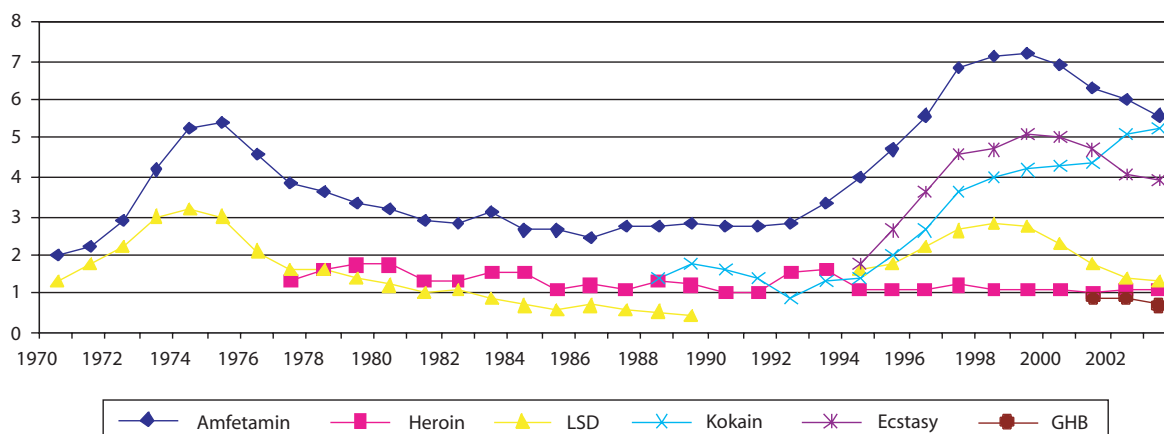
Andre narkotiske stoffer

Når det gjelder andelen som oppgir at de har brukt andre stoffer, viser ungdomsundersøkelsen at det stort sett har vært en utflating de siste par år. Eksempelvis har andelen 15-20 åringer på landsbasis som oppgir at de noen gang har brukt ecstasy, holdt seg på omkring 3 prosent mens andelen var 4-5 prosent i Oslo. Det ser imidlertid ut til å ha vært en økning i andelen som oppgir at de noen gang har brukt kokain. Dette er illustrert i figurene 12 og 13 under.

Figur 12. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1986 - 2003. Kilde: SIRUS



Figur 13. Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer 1970 - 2003 (treårig glidende gjennomsnitt). Kilde: SIRUS



ESPAD-undersøkelsen viser også at det for andre narkotiske stoffer har vært en nedgang fra 1999 til 2003. Tallene er imidlertid små og må tolkes med forsiktighet. Det er 1-2 prosent som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin, ecstasy, kokain og heroin. For bruk av legemidler som f. eks Valium, Rohypnol og Mogadon uten forskrivning av lege, var andelen som oppga at de noen gang hadde brukt dette 2,7 prosent i 1995, 3,5 prosent i 1999 og 2,5 prosent i 2003.

3.2.3 Tilgjengeligheten blant ungdom

Hva gjelder tilgjengelighet av illegale rusmidler, ser situasjonen ut til å ha vært relativt stabil i de senere årene, målt gjennom spørsmål om hvorvidt de unge er blitt tilbudt ulike stoffer. Andelen 15-20 åringer på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt cannabis, har vært omkring 40 prosent i den siste 5-årsperioden, mens andelen som mener at de vil kunne klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager hvis de skulle ønske det, har vært omkring 65 prosent. Likeledes har andelen på landsbasis som sier at de er blitt tilbudt henholdsvis amfetamin og ecstasy ligget på omkring 14-17 og 13-14 prosent.

For 15-20 åringer i Oslo har andelen som har oppgitt at de er blitt tilbudt cannabis ligget omkring 55 prosent, at de skulle klare å skaffe cannabis i løpet av 2-3 dager omkring 70 prosent, mens andelen som oppgir at de er blitt tilbudt henholdsvis amfetamin eller ecstasy har ligget på omkring 20-25 prosent og 17-22 prosent.

Undersøkelsen fra 2003 bekrefter ellers tendensen fra de senere år om at andelen som uttrykker en positiv holdning til narkotika, ikke lenger øker. De siste to-tre år har omkring 10 prosent av 15-20 åringer på landsbasis, og 13 prosent i Oslo gitt uttrykk for at de synes at cannabis bør kunne selges fritt her i landet.

3.2.4 Narkotikasituasjonen i utvalgte kommuner

SIRUS gjennomførte i 2002 en kartlegging av narkotikasituasjonen i et utvalg på 60 kommuner gjennom informasjon fra rapportører i tre etater i hver kommune om situasjonen i 2001. Det er gjort liknende undersøkelser siden 1992, men da spørreskjemaet var annerledes kan ikke dataene sammenlignes.

De 60 kommunene omfatter et forholdsvis representativt utvalg av landets kommuner, både når det gjelder størrelse og geografisk fordeling. Samtlige fylker er representert, og den største kommunen i hvert fylke er med. Utvalget er inndelt i store kommuner; Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum, 21 mellomstore kommuner (mellom 20 000 og 99 000 innbyggere) og 34 mindre kommuner (mellom 1 000 og 19 000 innbyggere). Totalt bodde 50 prosent av landets befolkning i de 60 utvalgte kommunene per 1. januar 2002 (SSB, Befolkningsstatistikk).

Da kartleggingen bare omfatter et utvalg kommuner, gir ikke dataene et helhetlig bilde av situasjonen for hele landet. De fleste sammenligninger av dataene gjøres på bakgrunn av de tre ulike kommunestørrelsene. Dataene er dessuten i stor grad basert på informasjon om personer som er kjent av rapportørene. Datagrunnlaget kan derfor si noe om tendenser og trender, men ikke om prevalensen. Data for kartleggingen i 2002 var innhentet fra politiet, helse- og sosialetaten og oppsøkende tjeneste. Alle ble bedt om å gi et anslag over antallet brukere av narkotiske stoffer i kommunen, hvorvidt det var observert endringer i tilgangen på stoffer og prioriteringen av narkotikarettet arbeid i etatene i løpet av året. Svarprosenten var høy (83 – 91,5 prosent) for de tre etatene.

I de fleste kommunene i utvalget ser det ut til at både politiet og sosialetaten har inntrykk av at det har vært en generell økning av antall brukere av narkotiske stoffer fra 2000 til 2001. Svært få av rapportørene mener at det har blitt færre brukere av noen av stoffene. Cannabis, amfetamin og beroligende midler nevnes av de fleste som stoff det har blitt flere brukere av.

Beroligende midler skilte seg også ut som en "stoffgruppe" som mange informanter mener har fått flere brukere. Rohypnol var den hyppigst nevnte. Når det gjelder amfetamin, rapporterte over halvparten at det har blitt flere brukere det siste året. Ingen mente det hadde blitt færre brukere av amfetamin, og det var heller ingen som mente at stoffet ikke finnes i kommunen.

Oppsummert kan man si at ungdom under 18 år etter informantenes oppfatning i hovedsak bruker cannabis og amfetamin. I aldersgruppen 18-41 år finner man de fleste typiske brukerne av alle narkotiske stoffer, mens i aldersgruppen over 41 år er det få som bruker amfetamin og ecstasy. En tredjedel av sosialetatene og nesten halvparten av politiet rapporterer at opiater også inntas ved røyking. Mer generelt rapporteres det fra sosialtjenestene at det er flere misbrukere som injiserer, uavhengig av stofftyper, og at det eksperimenteres med ulike stoffblandinger.

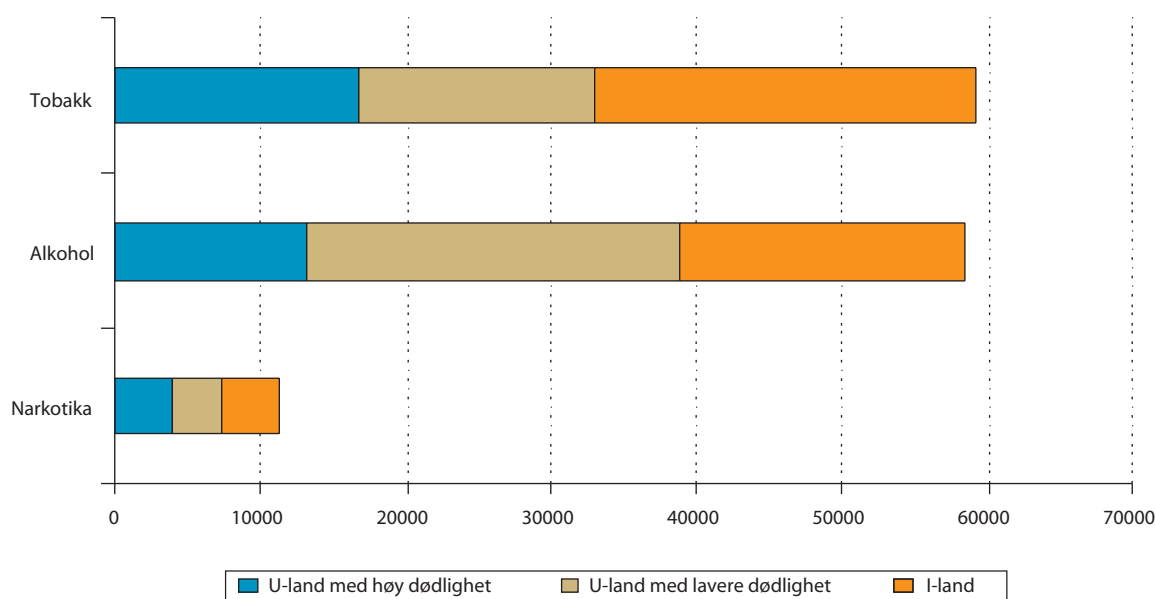
I 2003 ble datainnsamlingen utvidet til å omfatte samtlige 434 kommuner i Norge, noe som vil gi et bedre bilde av forholdene. Dataene vil bli analysert i løpet av 2004. Hensikten med en årlig rapportering er primært å kunne gi informasjon om hvordan situasjonen endrer seg. Kartleggingen vil sammen med andre metoder også kunne bidra til bedre å estimere den mer problematiske narkotikabruken.

3.3 Sosiale og helsemessige skader av rusmiddelmissbruk

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) døde 1,8 millioner mennesker av alkoholrelaterte årsaker og 223 000 mennesker av narkotikarelaterte årsaker på verdensbasis i år 2000. Alkoholrelaterte dødsfall og uførhet står for 4,0 prosent av den totale sykdomsbyrden, og ulovlig bruk av narkotika står for 0,8 prosent. På verdensbasis forårsaker alkohol omtrent like mye helsetap (i form av tapte leveår) som tobakk, og alkohol var den femte viktigste av 26 risikofaktorer som ble undersøkt. I industrilandene var alkohol den tredje største og narkotika den åttende største risikofaktor.

I utviklingsland med lavere dødelighet, slik som Kina og Brasil, var alkohol den største risikofaktoren. WHO konkluderer med at det er en årsakssammenheng mellom alkohol og over 60 ulike skade- og sykdomstyper. De aller fleste sammenhengene er negative på sykdomsbyrden, og det er funnet en positiv sammenheng *bare* mellom alkohol og hjerte-karsykdommer, slag og diabetes, og da *bare* for spesielle grupper og ikke for hele befolkningen.

Figur 14. Sykdomsbyrden i verden av tobakk, alkohol og narkotika målt i tapte leveår (i tusen).



Kilde: WHO

En måte å dele inn rusmiddelrelaterte skader på, er å knytte disse til dimensjonene akutte (den enkelte rusepisode) og kroniske (langvarig, høyt forbruk) på den ene siden, og direkte (forgiftning) og indirekte (atferdsendringer) på den andre.

Tabell 3. En inndeling av rusmiddelrelaterte skader etter fire kategorier.

	Direkte	Indirekte
Akutte	Rus, forgiftning	Ulykker, skader, vold
Kroniske	Utvikling av avhengighet, redusert immunforsvar, leverskader, nevrologiske skader, hiv, osv	Sosiale problemer, økonomiske problemer, samlivsproblemer, psykiske problemer, osv

I tillegg skiller man gjerne mellom skader som rammer rusmiddelbrukeren selv, og skader som rammer andre. Det er gjerne de indirekte skadene (både knyttet til akutt rus og kronisk misbruk) som kan ramme andre enn rusmiddelbrukeren (f. eks ektefelle, barn, tilfeldige medtrafikanter). Redegjørelsen her bygger i stor grad på NOU 2003: 4: Forskning på rusmiddelfeltet og det vises til denne for en mer utdypende gjennomgang av de sosiale- og helsemessige skadene av rusmiddelbruken.

Det statistiske tallmaterialet er ikke godt nok. Særlig gjelder dette skader som rammer de pårørende. Her har vi ingen gode statistiske opplysninger, på tross av at dette, sammen med skader som rammer tredjeperson, er det viktigste grunnlaget for å kunne legitimere rusmiddelpolitiske tiltak.

Heller ikke de uheldige følgene for samfunnet har vi gode opplysninger om, kanskje med et lite unntak for ressursbruken i behandlingssektoren. Sosialdepartementet har derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet og SIRUS om å se på mulige forbedringer av registreringssystemene for rusmiddelrelaterte skader. Det arbeides også med å få en bedre oversikt over de samfunnsøkonomiske kostnadene som rusmiddelbruken fører med seg.

3.3.1 Dødsfall og ulykker

Vi har ikke et godt grunnlag for å avgjøre hvor mange dødsfall og ulykker som totalt sett skyldes alkohol- og/eller narkotikabruk i Norge. I dødsårsaksstatistikken angis det antall dødsfall for ulike sykdomskategorier hvor alkohol og narkotika er hovedårsak til dødsfallet. I tillegg kommer en rekke sykdommer og brå dødsfall (ulykker, selvmord og drap) hvor beruselse har vært en årsak eller medvirkende faktor.

Alkohol

Tabell 4. Antall dødsfall som skyldes alkohol. Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Alkohol i alt	442	435	408	413	401	378	424
Alkoholavhengighet	181	165	149	167	154	173	149
Leverskader	184	189	186	172	185	149	177
Psykiske lidelser	33	40	27	32	35	32	45
Alkoholforgiftning	18	10	20	11	11	9	23
Annet	26	31	26	31	16	15	30

Det er langt flere menn enn kvinner som dør av alkohol, og hovedtyngden befinner seg i alderen 50-64 år. I tillegg kan det være grunn til å hevde at antall dødsfall hvor alkohol oppgis å være dødsårsak, er utsatt for en betydelig underrapportering. Det synes å være store variasjoner i legers evne og vilje til å registrere alkoholens betydning ved dødsfall og sykdom. Det

betyr at de tall man finner i helsestatistikken er minimumstall, og at mørketallene er betydelige. I tabellen overfor inngår ikke dødsfall som skyldes ulykker, drap og mord. Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet fordelingen av dødsfall som skyldes alkohol etter dødsårsakskategori. Der framgår det at 38 prosent av dødsfallene som skyldes alkohol kan kategoriseres under psykiatriske sykdommer, 27 prosent er ulykker (og drap), 13 prosent er selvmord, 7 prosent er kreftsykdommer, 7 prosent er hjerte-karsykdommer og 8 prosent er andre sykdommer (i hovedsak levercirrhose).

De fleste skader og ulykker som er forbundet med alkohol skjer ikke som en følge av langvarig bruk, men som følge av alkoholpåvirkning og beruselse. Dette skyldes at det norske drikke-mønsteret, både blant dem som drikker mye og blant dem som drikker lite, er preget av at beruselse forekommer relativt hyppig.

Narkotika

Det har vært en positiv utvikling de to siste årene i antall narkotikarelaterte dødsfall (overdose-dødsfall). I 2001 døde 338 personer som en følge av bruk av narkotika. I 2002 var tallet sunket til 210, og i 2003 til 172. Det er fortsatt langt flere menn enn kvinner som dør av narkotika. Årsakene til nedgangen er flere og sammensatte. Økningen i antall misbrukere som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og satsing på lavterskel helsetilbud antas å ha hatt en vesentlig betydning. I tillegg har styrkeprosenten på heroin blitt svakere og tilgangen på Rohypnol vesentlig redusert. Det har vært alminnelig antatt at heroin er det mest utslagsgivende stoffet ved overdoser, om enn oftest i kombinasjon med andre rusmidler/legemidler.

Tabell 5. Narkotikadødsfall i Norge. Tallene bygger på innrapporterte dødsfall fra landets politikamre. Kilde: Kriminalpolitisentralen.

	Oslo	Utenfor Oslo	Menn	Kvinner	Totalt
1996	104	81	159	26	185
1997	95	82	149	28	177
1998	134	136	226	44	270
1999	104	116	181	39	220
2000	131	196	264	63	327
2001	109	229	286	52	338
2002	79	131	166	44	210
2003	53	119	134	38	172

I takt med økningen i forskrevet mengde metadon, er det registrert en økning i antall metadon-relaterte dødsfall. En undersøkelse gjort ved Statens Rettstoksikologiske Institutt (RSI) i 2001, konkluderer med at det kan være en sammenheng mellom cannabisbruk og plutselig hjertedød. Konklusjonen er gjort på grunnlag av seks tilfeller av akutt hjertedød med påvist THC-konsentrasjon (THC= virkestoffet i cannabis).

Helsedepartementet ga i 2003 Folkehelseinstituttet i oppgave å etablere et nytt nasjonalt register for å følge utviklingen i overdosedødsfallene. Det skal utarbeides definisjoner på narkotikadødsfall og kriterier for inndeling i underkategorier, og registeret skal være sammenlignbart med andre lands overdosestatistikker. EMCDDAs kriterier for klassifisering av narkotikadødsfall vil bli lagt til grunn for arbeidet ⁴.

4 EMCDDA er det europeiske overvåkningssenteret for narkotika og narkotikamisbruk

3.3.2 Avhengighet og sykkelighet

Det finnes ikke noe tall på hvor mange som er alkoholavhengige i Norge. Imidlertid kan vi, på bakgrunn av kunnskap om sammenhengen mellom gjennomsnittsforbruket av alkohol og antall som drikker over en viss gjennomsnittlig mengde per dag, beregne antall stordrikkere. Definisjonen av en stordrikk kan variere. Vi vil her regne en person som i gjennomsnitt drikker 10 cl ren alkohol per dag (dvs. en alkoholmengde svarende til 0,25 liter brennevin eller vel en hel flaske vin eller vel 2 liter pilsnerøl) eller mer for en stordrikk. Det anslås at rundt 60 000 personer drakk så mye her i landet i 2001.

Det vil være feil å si at alle disse er avhengige av alkohol, men blant dem som i gjennomsnitt har et daglig forbruk på 10 cl ren alkohol eller mer, vil en rekke ha problemer med sitt høye alkoholforbruk. Det vil på den annen side også være mange som har betydelige problemer med sitt alkoholforbruk, som drikker mindre enn 35 liter ren alkohol per år. Tilsvarende har vi ingen oversikt over hvor mange som kan karakteriseres som avhengige av narkotika. Men en antar at det er mellom 11 000 og 15 000 sprøytemisbrukere. Anslaget innbefatter både de som tar heroin og de som tar amfetamin i sprøyte.

Bruk og misbruk av rusmidler medfører økt risiko for ulike somatiske og psykiske sykdommer. Det er grunn til å tro at personer som i utgangspunktet har psykiske sykdommer, har økt risiko for å utvikle en problematisk bruk av rusmidler. På bakgrunn av en kartleggingsundersøkelse rettet mot psykiatriske avdelinger, poliklinikker og ungdomsteam samt ruspoliklinikker og kommuner, er det gjort anslag for hvor mange pasienter med kombinasjonen psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk som har behov for behandlingstiltak. Denne gruppen går under betegnelsen pasienter med dobbelt diagnose, og ble i 1998-1999 anslått til 4 000 personer. To tredeler var menn. Misbruk av alkohol og narkotika var likt fordelt på begge kjønn. Kartleggingen viste at det var en klar tendens til at pasienter med psykoser misbrukte cannabis og amfetamin, mens pasienter med stemningslidelser misbrukte alkohol. Pasienter med personlighetsforstyrrelser var overrepresentert blant opiatmisbrukere.

Et høyt alkoholforbruk over tid fører til økt sykkelighet. Foruten psykiske lidelser, er de mest vanlige sykdommene ved et høyt alkoholforbruk magesår, leversykdommer, blodtrykksykdommer, hjerte/karsykdommer og enkelte kreftformer. Blant injiserende misbrukere er en vanlig komplikasjon infeksjoner i forbindelse med sår. Felles for alkohol- og narkotikamisbrukere er svekket helsetilstand og redusert immunforsvar som fører til økt sykkelighet. Vi vet imidlertid generelt lite om omfang og fordeling av kroniske lidelser blant rusmiddelmisbrukere i Norge, og hvilke behov for helsetjenester rusmiddelmisbrukere har.

3.3.3 Alkohol- og narkotikakriminalitet

De mest alvorlige kriminelle handlinger i forbindelse med bruk av alkohol og andre rusmidler, er legemsbeskadigelse og voldsepisoder. Fram til 1981 noterte politiet om de siktede ved ulike forbrytelser var påvirket av alkohol eller andre rusmidler i gjerningsøyeblikket, men siden da er det ikke blitt ført slik statistikk. Årsaken til at man la ned statistikken var at informasjon om rusmiddelpåvirkning ikke ble innhentet i alle tilfeller pga praktiske vanskeligheter med å finne ut om utøveren var påvirket.

Alkohol

En stor del av den registrerte kriminaliteten som er knyttet til alkohol, skyldes forsøk på å skaffe seg sprit på illegalt vis. Dette forsøker man på to måter; enten ved å produsere den selv, eller ved å smugle den inn fra utlandet. Etter 1990 inngår reaksjoner knyttet til smugling av alkohol i totaltallet for reaksjoner som følge av tolloven, og kan derfor ikke følges spesielt. Antall reaksjoner med bakgrunn i hjemmebrenning registreres ennå, og de har i siste halvdel av 1990-tallet vist en merkbar nedgang, fra 544 i 1994 til 215 i 1999 og 81 i 2002. Det er imidlertid grunn til å tro at dette like mye gjenspeiler en mer liberal praksis fra politiets side, som en reell nedgang i denne typen forseelser. Når det gjelder andre forseelser mot alkoholloven, som f. eks ulovlig omsetting, så økte antallet slike forseelser betydelig på 1990-tallet.

Alvorligere tilfeller av smugling og hjemmeproduksjon for videresalg regnes som forbrytelser mot alkoholloven. Det finnes ingen gode data for utviklingen i antallet forbrytelser mot alkoholloven.

En av de vanligste forseelsene i forbindelse med bruk av alkohol, er promillekjøring. Ser vi utviklingen i antall reaksjoner på kjøring under påvirkning av alkohol og/eller andre rusmidler, viser denne en merkbar nedgang på 1990-tallet. I 1990 var det 23 slike forseelser pr 10 000 innbygger over 18 år. I 2002 var antallet redusert til 12. Regnet i antall saker gikk antallet ned fra 7 402 i 1990, til 4 162 i 2002.

En annen vanlig forseelse i forbindelse med bruken av alkohol, er forseelser mot løsgjengerloven, og da særlig ordensforstyrrelser i beruset tilstand. Antallet slike forseelser har steget fra 2 280 i 1990 til 3 001 i 2002.

Narkotika

Det er grunn til å tro at en relativt stor andel av vinningskriminaliteten begås av stoffmisbrukere som ledd i finansiering av eget misbruk. Ettersom kriminalstatistikken er organisert ut fra de enkelte lovbrudd, gir den ikke informasjon om hvor stor andel av eksempelvis tyveri og skadeverk som kan knyttes til stoffmisbrukere. De foreliggende kriminalitetsindikatorene mht narkotika er således begrenset til det som relaterer seg til brudd på narkotikalovgivningen, dvs. straffeloven § 162 og legemiddeloven § 31-2. Utviklingen i årene 1996-2002 er gjengitt i tabellene nedenfor.

Tabell 6. Antall reaksjoner ved narkotikalovbrudd. Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

	Straffeloven § 162	Legemiddeloven	Totalt
1996	2 716	1 765	4 481
1997	2 858	1 472	4 330
1998	3 932	3 039	6 971
1999	4 648	3 525	8 173
2000	4 451	3 893	8 344
2001	7 456	7 314	14 770
2002	5 738	6 072	11 810

Tabell 7. Antall siktede for narkotikaforbrytelser. Kilde: Kriminalstatistikken, SSB

	Straffeloven § 162	Legemiddeloven	Totalt
1996	2 878	1 577	4 455
1997	3 424	1 764	5 188
1998	4 056	2 430	6 486
1999	4 891	3 111	8 002
2000	5 539	3 651	9 190
2001	6 287	4 459	10 746

3.3.4 Sosiale problemer

Rusmiddelrelaterte sosiale problemer er problemer som rusmiddelbruken påfører ektefelle og barn, øvrig familie, venner og kolleger. Man vil også erfare sosiale problemer som følge av at man har havnet i klammeri med politiet, eller at man ikke er i stand til å utføre jobben på en skikkelig måte.

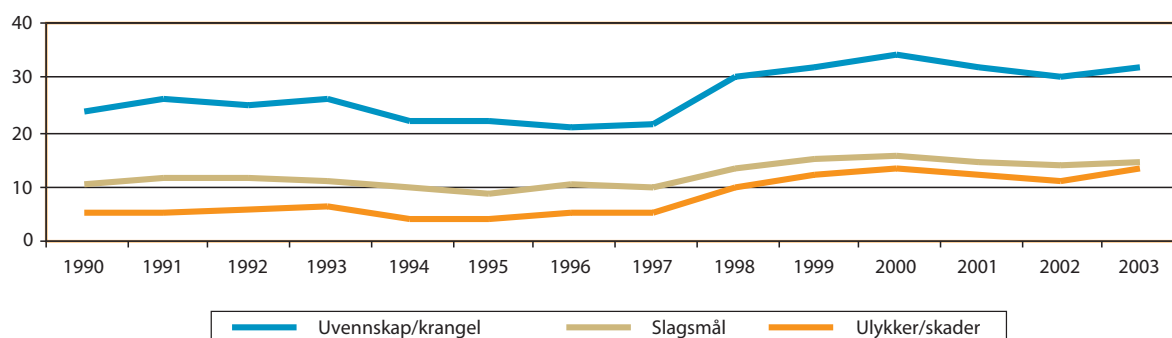
I forbindelse med SIRUS' femårige undersøkelser av den norske befolkningens rusmiddelvaner, har det i de senere år vært spurt om man har opplevd å komme i krangel eller slagsmål som følge av sitt alkoholbruk. Tallene er basert på studier hvert femte år, men det er likevel usikkert om denne type data er egnet til å inngå i et system av indikatorer som fortløpende kan si noe om sosiale skader som følge av rusmiddelmisbruk.

Tabell 8. Andel av dem som har drukket alkohol siste år som har kommet i krangel eller slagsmål (15 år +). Tallene er oppgitt i prosent. Kilde: SIRUS

	1991	1994	1999
Andel som har kommet i krangel	11,8	10,3	9,1
Andel som har kommet i slagsmål	3,5	2,7	3,4

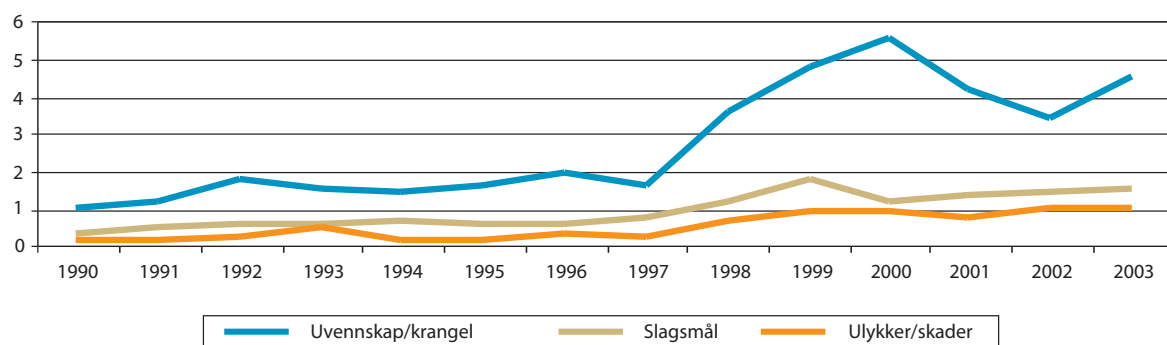
De årlige spørreskjemaundersøkelsene om bruk av rusmidler i aldersgruppen 15-20 år, inneholder spørsmål om hvorvidt de unge har kommet i ulike vanskeligheter på grunn av at de har drukket for mye alkohol eller fordi de har brukt narkotika. Figurene 15 og 16 viser andelen som oppgir å ha kommet i krangel, slagsmål eller ulykker på grunn av at de har brukt narkotika eller har drukket for mye alkohol.

Figur 15. Andel i prosent av ungdom i alderen 15-20 år som har kommet i vanskeligheter fordi de har drukket for mye alkohol, Norge. Kilde: SIRUS



Som vi ser var det en økning i siste halvdel av 1990-tallet i andelen unge i aldersgruppen 15-20 år som oppga at de hadde opplevd uvennskap og krangel på grunn av at de hadde drukket alkohol. Det var også en økning i andelen som oppga å ha vært i slagsmål eller hadde opplevd skader/ulykker på grunn av at de hadde drukket. Tilsvarende var det en økning i andelen unge som hadde opplevd tilsvarende problemer på grunn av at de hadde brukt narkotika. Økningene må sees i sammenheng med at det var en økning i så vel rapportert gjennomsnittlig alkoholforbruk og andel som oppga å ha brukt ulike narkotiske stoffer i samme periode.

Figur 16. Andel i prosent av ungdom i alderen 15-20 år som har kommet i vanskeligheter fordi de har brukt narkotika, Norge. Kilde: SIRUS



4. De rusmiddelpolitiske virkemidlene

De rusmiddelpolitiske virkemidlene favner bredt, fra primærforebygging i den ene enden, til tverrfaglig spesialisert behandling i den andre. Flere aktører driver både forebygging og behandling. Nedenfor beskrives aktørene på rusfeltet, og behovet for samordning og koordinering aktørene i mellom.

4.1 Organisering og samordning – aktører på rusfeltet

Rusmiddelproblemene er sammensatte og krever innsats på tvers av departements- og etatsgrensene. Sosialministeren har et særskilt ansvar for samordning av innsatsen. I tillegg til Sosialdepartementet har både Helsedepartementet, Justisdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet, Kultur- og kirkedepartementet og Utenriksdepartementet et viktig ansvar i arbeidet mot rusmiddelproblemer. En interdepartemental arbeidsgruppe med deltakelse fra de mest berørte departementene møtes regelmessig for å drøfte situasjonen og fremdriften av handlingsplanen.

Politidirektoratet og Toll- og avgiftsdirektoratet har de mest sentrale rollene med hensyn til å hindre ulovlig innførsel og omsetning av alkohol og narkotika. Politiet har også en viktig rolle i det forebyggende opplysningsarbeidet, blant annet i skolene, og ved å gripe inn overfor narkotikamisbruk blant unge. Se <http://www.toll.no> og <http://www.politi.no>.

Sosial- og helsedirektoratet er ansvarlig for å koordinere den nasjonale forebyggingsstrategien, der også Læringssenteret, Politidirektoratet, de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål og frivillige organisasjoner er viktige samarbeidspartnere. Sosial- og helsedirektoratet har også ansvar for den fortløpende kontakten med kompetansesentrene, kommunene og de frivillige organisasjonene. For mer informasjon om direktoratets arbeid på rusmiddelområdet se www.shdir.no eller www.rusdir.no.

Kompetansesentrene er viktige aktører i gjennomføringen av rusmiddelpolitikken på regionalt og lokalt nivå. Sentrene samarbeider med kommunene i sin region, og bistår med etterutdanning, råd og veiledning til førstelinjepersonell samt stimulerer til utvikling av forebyggende tiltak. I tillegg skal de bidra til videreutvikling av de tverrfaglige spesialiserte behandlingstilbudene. Hvert av de syv sentrene har sitt nasjonale spisskompetanseområde:

- Gruppeterapeutiske tilnærminger til rusmiddelproblemer; Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken; <http://www.nordlandsklinikken.no/>
- Yngre misbrukere; Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget; <http://www.mnk-rus.no/>
- Kvinner og rus; Bergensklinikkene; www.bergenclinics.no
- Rusmiddelproblematikk i familier med barn i skolealder, arbeidsliv og rus; Rogaland A-senter; <http://www.rogaland-asenter.no>
- Gravide og familier med små barn; Borgestadklinikken; <http://www.borgestadklinikken.no/>
- Ungdom og nye misbruksmønstre; Oslo kommune, Rusmiddeletatens kompetansesenter; <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/>
- Rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser og spilleavhengighet; Østnorsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål; <http://www.rus-ost.no/>

Sosial- og helsedirektoratet tildelte i alt 60,36 millioner kroner i 2003 til de syv kompetansesentrene på rusfeltet. Tilskuddet skal dekke utgifter til drift og tiltaksutvikling.

Sentrene samarbeider gjennom norgesnettet, noe som blant annet skal sikre flyt av spisskompetanse mellom dem. På bakgrunn av rusreformen utreder Sosial- og helsedirektoratet, på oppdrag fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet, kompetansesentrenes fremtidige organisering og funksjoner. Utredningen skal være ferdig 1. juni 2004.

De fem regionale helseforetakene (RHF) har fra 1. januar 2004 sørge for ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, i tillegg til somatiske og psykiske lidelser. All behandling er med dette samlet på ett forvaltningsnivå. Antall forvaltningsnivå er samtidig redusert fra tre til to. Mer om organiseringen av tilbudet til rusmiddelmisbrukere i de ulike helseforetakene er å finne på helseforetakenes hjemmesider. Se www.helse-nord.no, www.helse-sor.no, www.helse-ost.no, www.helse-vest.no, www.helse-midt.no. I kapittel 5 utdypes bakgrunnen for, målene med og konsekvensene av rusreformen.

Rusreformen har ikke endret på den kommunale sosialtjenestens helhetlige ansvar for rusmiddelmisbrukere. Det er kommunen, ved fastlegen eller sosialtjenesten, som er henvisende instans for rusmiddelmisbrukere til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder behandling i døgninstitusjon. Kommunene har også ansvar for nødvendig oppfølging etter institusjonsopphold, herunder ansvar for å medvirke til fremskaffelse av boliger til vanskeligstilte. Det vil være avgjørende at de regionale helseforetakene og kommunene lykkes i samarbeidet om den enkelte pasient.

Når det gjelder forebygging tilsier både forskning og erfaring at det forebyggende arbeidet er mest effektivt når det er tilpasset lokale forhold. I samsvar med dette baserer arbeidet seg aller mest på lokale aktører som hjem, skole, helse- og sosialsektoren, samt frivillig sektor. Kommunene er sentrale aktører. For at kommunene skal ha tilgang på kunnskap om ulike forebyggingsmetoder er det utviklet en nasjonal database. Databasen, som drives av Nordlandsklinikken, gir en god oversikt over anbefalte metoder i det forebyggende arbeidet. Se <http://www.forebygging.no>.

Databasen er under utvikling av SIRUS i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og kompetansesentrene, og en forbedret versjon med adresse forebyggingstiltak.no er nå på plass. Denne er ment som et hjelpemiddel for planlegging og evaluering av rusforebyggende tiltak. Målet er å synliggjøre tiltak med dokumentert effekt og formidle kunnskap innen feltet.

4.1.1 Mot mer effektive tilskuddsordninger

Mange frivillige rusmiddelpolitiske organisasjoner spiller en vesentlig rolle både i det forebyggende arbeidet og på behandlingssiden. Regjeringen har ønsket å styrke det frivillige rusmiddelforebyggende arbeidet. Sosial- og helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningene på rusfeltet, og gir tilskudd til frivillige organisasjoner som har som mål å forebygge rusmiddelproblemer. I 2003 fordelte tilskuddene seg som følger:

Tabell 9. Oversikt over tilskudd på rusfeltet 2003. Kilde: Sosial- og helsedirektoratet.

Tilskudd til alkoholfrie serverings- og overnattingssteder	3 736 000
Tilskudd til NSRM ⁵	5 480 000
Samarbeidsavtaler- programmer evalueringer	9 415 000
Frivillige organisasjoner og stiftelser som utfører arbeid for svakere stilte grupper	38 380 000
Driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner	15 373 000
Prosjektilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner	19 680 000
Driftstilskudd til AKAN og AlkoKutt	11 200 000
Sum tilskudd 2003	103 264 000

For 2004 er det budsjettet med 126,1 millioner kroner til samme formål. Omlegging av postene på statsbudsjettet gjør det vanskelig å få en nøyaktig sammenligning med foregående år, men det har funnet sted en markert styrking av innsatsen på dette feltet de siste årene.

Retningslinjene for tilskudd til prosjekter og tiltak er endret fra 2004. Tilskuddet til drift av rusmiddelforebyggende organisasjoner er ikke endret. Omleggingen kommer som et resultat av en evaluering av tilskuddsordningene.⁶ Formålet med omleggingen er å styrke frivillig rusmiddelforebyggende arbeid på nasjonalt nivå. Det vil fortrinnsvis bli gitt tilskudd til prosjekter og tiltak som kan sannsynliggjøre rusmiddelforebyggende effekt, og som har evaluerbare mål.

Ved siden av det nye regelverket har Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med SIRUS, utarbeidet veilederen "Planlegging og evaluering av forebyggende arbeid" som skal være til hjelp for de som planlegger nye tiltak. Veilederen finnes på www.rusdir.no/tilskudd/tilskudd/rusforebyggende/index.htm

4.2 Forskning, utvikling og dokumentasjon

4.2.1 Forskningskommisjonen

Kommisjonen avga sin rapport NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet i februar 2003⁷. Kommisjonen ble oppnevnt for å bidra til å frembringe et best mulig kunnskapsgrunnlag for fremtidige rusmiddelpolitiske veivalg. Rapporten peker på hvilke områder det er gjort relativt mye forskning på, og områder hvor forskning gjenstår. Et hovedtrekk i rapporten synes å være at de klareste effektene er funnet i tilknytning til behandlingstiltak. På forebyggingssiden har det vært vanskeligere å dokumentere effekt av enkeltprogrammer. Rapporten understreker at forskningsresultater bare et stykke på vei vil kunne ligge til grunn for rusmiddelpolitikken. Dertil kommer erfaringsbasert kunnskap og verdivalg. Forskningskommisjonens rapport vil, sammen med innspill fra ekspertgruppene (se kap. 5) og Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger, ligge til grunn for Regjeringens fremtidige strategi på området rusmiddelforskning.

4.2.2 Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS)

SIRUS skal videreføre og videreutvikle arbeidet med å holde oversikt over og fremskaffe kunnskap om forbruk, tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol- og narkotikabruk. Satsingsområdene skal omfatte forskning og forskningsformidling, dokumen-

5 Norsk Senter for Rusfri Miljøutvikling

6 Evalueringen er foretatt av NOR Consulting i 2002.

7 NOU 2003: 4 Forskning på Rusmiddelfeltet
(<http://www.dep.no/sos/norsk/publ/utredninger/NOU/044001-020002/dok-bn.html>)

tasjon og informasjon. Instituttet skal utvikle samarbeid med praksisfeltet og med forskningsinstitusjoner i inn- og utland. SIRUS skal særlig styrke sitt arbeid med sikte på å kunne vurdere effektene av ulike forebyggende tiltak. Studier av langtidseffekter av ulike behandlingsformer sett i forhold til behandlingstkostnader vil også være et satsingsområde. Det er i tillegg særlig påkrevd å belyse faktorer som bidrar til overdoser av narkotika. SIRUS skal evaluere Sosial- og helsedirektoratets regionprosjekter og forsøk med sprøyterom (se kap. 5 om begge disse).

4.32.3 Styrking av rusmiddelforskning utenfor SIRUS

Flere departementer har gått sammen om å opprette Senter for studier av problemadferd og innovativ praksis ved Universitetet i Oslo. Senteret var i full drift fra 2003. Senterets oppgaver er å studere hvordan problemadferd oppstår, problemenes omfang, utvikling av teori for forebygging og metoder for å avhjelpe problemadferd, og vitenskapelig evaluering av metodene. Senteret har også fått tilskudd fra USA ved NIDA (narkotikaforskning).

4.2.4 Kompetansestyrking

Regjeringen har de senere årene satset betydelig på å videreutvikle den kommunale sosialtjenestens kompetanse, blant annet for å kunne gjøre godt faglig arbeid med rusmiddelmisbrukere. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har som en av sine viktige oppgaver å gi etterutdanning til personell i førstelinjen. Den landsomfattende handlingsplanen "Kunnskap og brubygging" (1998-2001), er fulgt opp med en årlig, ekstraordinær bevilgning på 16,5 millioner kroner til å styrke det kommunale arbeidet med rusmiddelmisbrukere. Det nyttes i tillegg 2 millioner kroner til årlige samlinger om temaet for personell fra førstelinjetjenesten. Ved 11 universiteter og høyskoler er det etablert videreutdanningstilbud til sosial- og helsepersonell.

4.3 Forebygging av rusmiddelproblemer

Effektiv forebygging av rusmiddelproblemer er lønnsomt, både for den enkelte, familien, lokalmiljøet og for samfunnet som helhet. Forebygging skal først og fremst forhindre at rusmiddelproblemer oppstår, men vi snakker også om forebygging når det settes i verk tiltak overfor personer i risikosoner, og for å hindre tilbakefall etter endt behandling og rehabilitering. Handlingsplan mot rusmiddelproblemer deler forebyggingsarbeidet i to komplementære områder, tilbudsreduksjon og etterspørselsreduksjon. Det er ikke skarpe skiller mellom alkohol og narkotika på forebyggingsfeltet.

4.3.1 Tiltak for å redusere tilgangen på alkohol

Det er godt dokumentert at de mest effektive virkemidlene i alkoholpolitikken er de som reduserer tilgjengeligheten og øker prisen. Alkoholpolitikken i Norge har vært preget av et sterkt alkoholmonopol, høye avgifter og priser, og et omfattende system for kontroll med salgs- og skjenkestedene, samt strenge restriksjoner på markedsføring av alkohol. Vårt alkoholpolitiske system er det mest restriktive i Europa, og sammen med Island har vi de høyeste alkoholavgiftene. Det er derfor god grunn til å anta at den alkoholpolitikken som har blitt ført, er en viktig grunn til at alkoholkonsumet i Norge er blant de laveste i den vestlige verden. Alkoholloven er et viktig virkemiddel for å begrense tilgangen på og etterspørselen etter alkohol.⁸ Sosialdepartementet legger i juni 2004 frem forslag om revisjon av alkoholloven (se kapittel 5). AS Vinmonopolet er gjennom selskapets enerett til detalj salg av alkohol over 4,75 volumprosent

8 Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv. <http://www.lovdata.no/all/nl-19890602-027.html>

et viktig instrument i alkoholpolitikken⁹. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former uten det kjøpepress som ellers karakteriserer detaljhandel når ordinære privatøkonomiske interesser er drivkraften. Selskapet bidrar på denne måten til å begrense alkoholkonsumet og derigjennom også alkoholens skadevirkninger.

På nasjonalt nivå er det en relativt utbredt oppfatning at hensynet til nærings-, handels- og konsumentinteresser må veies opp mot sosiale - og helsemessige konsekvenser av alkohol. Fra internasjonalt hold vil det være slik at økt globalisering, internasjonale handelsavtaler og forpliktelser kan begrense de nasjonale rammene for regulering og kontroll som alkoholpolitiske virkemidler. Alkoholpolitikken preges av disse dilemmaene.

4.3.2 Tiltak for å redusere tilgangen på narkotika

Et sentralt narkotikapolitisk mål er å redusere tilgangen på ulovlige narkotiske stoffer og å motvirke narkotikamisbruk, eksperimentering og rekruttering, særlig blant barn og unge under 18 år. Justisdepartementet har bestemt at innsatsen mot narkotika særlig skal settes inn for å forebygge at ungdom bruker narkotika og avdekke og straffeforfølge bakmenn og organiserte kriminelle miljøer. Videre er det et mål å opprettholde forbudet mot produksjon, innførsel, omsetning, salg og bruk av ulovlige narkotiske stoff. Politiet og tollmyndighetene står overfor stadig nye utfordringer når det gjelder avdekking, etterforskning, oppklaring og retteføring av narkotikaforbrytelser. Nye stoffer kommer på markedet. Nye metoder tas i bruk for å innføre stoffene ulovlig. Innførselsveiene skifter. Ikke minst er det nødvendig å oppdage og avsløre grupper som driver stort innen ulovlig transport og innførsel, samt hvilken type narkotika som dominerer. Nye stoffer utvikles og settes i produksjon. Bruken rammer nye grupper. Alt dette krever stadig ny kunnskap og oppdatert informasjon, og fører til at politi- og tollmyndighetene har en utfordring i å ligge i forkant av utviklingen. Ikke minst gjelder dette utviklingen av det ulovlige markedet for syntetiske stoffer.

Mye av informasjonen skaffer politiet og tollmyndighetene seg gjennom eget arbeid og i samarbeid med andre etater og organisasjoner. Internasjonalt er man opptatt av endringene innen det ulovlige narkotikamarkedet. Til tross for lovbestemmelser og økte tollbeslag øker tilgjengeligheten av narkotika, og den sprer seg geografisk. For å redusere tilgangen på narkotika kreves både økt mobilisering lokalt og økt internasjonalt samarbeid.

Det er grunn til å tro at unge som bruker stoffer som for eksempel ecstasy ikke alltid er seg bevisst at bruken er ulovlig og dermed straffbar. Det å øke oppdagelsesrisikoen for ”rekreasjonsmisbrukere”, kan derfor være et viktig virkemiddel for å få unge som allerede bruker stoff til å slutte. Det vil også kunne føre til at færre unge tar sjansen på å prøve.

4.3.3 Tiltak for å redusere etterspørsel etter alkohol og narkotika

Aktuelle etterspørselsreducerende tiltak er opplysnings- og miljøtiltak, aldersgrenser, alkoholavgifter, reklameforbud, samt ulike kontrolltiltak. Flere departementer støtter frivillige organisasjoner og prosjekter som blant annet har som mål å redusere etterspørselen etter rusmidler. Støtten gis som driftsstøtte eller støtte til prosjekter og tiltak.

⁹ Les mer om AS Vinmonopolet på <http://www.vinmonopolet.no>

4.3.4 Generelle barne- og ungdomstiltak

Barne- og familiedepartementet gir tilskudd til det sentrale arbeidet i landsomfattende barne- og ungdomsorganisasjoner. Formålet er å legge til rette for barn og ungdoms deltakelse. Tilskuddet i 2003 var på 63 millioner kroner. I tillegg støtter Barne- og familiedepartementet driften av Landsrådet for Norges barne- og ungdoms- organisasjoner, Ungdom & Fritid og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjons Ungdom med om lag 7 millioner kroner.

Frifond- frivillig lokalt barne- og ungdomsarbeid er en støtteordning som gir penger til lokale aktiviteter arrangert for, om og med ungdom. Aktiviteten som mottar tilskudd, må være demokratisk oppbygd og ha et allmennyttig siktemål. Samlet sett ble det tildelt i overkant av 93 millioner kroner til Frifond i 2003, mens dette beløpet i 2004 var økt til 122 millioner kroner.

Som et ledd i arbeidet med å bedre oppvekstmiljøet, ble det høsten 1998 igangsatt et "Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljøet". Målet er å styrke og videreutvikle de lokale oppvekstmiljøene gjennom et bredt samarbeid mellom offentlige og frivillige krefter. Innsatsen mot blant annet rus i barne- og ungdomsmiljøene skal styrkes. I 2003 deltok åtte kommuner i arbeidet. Kommunene deltar for en tre-års periode. For å bidra til kreative og stimulerende ungdomsmiljø som gir ungdom tro på en fremtid lokalt, gir Barne- og familiedepartementet også tilskudd til lokale ungdomssatsinger på kultur- og fritidsområdet i distriktskommuner. Midlene lyses ut blant distriktskommuner med nedgang i folketallet. Det ble i 2003 bevilget i overkant av 5 millioner kroner til begge formålene. Beløpet er det samme i 2004.

Barne- og familiedepartementet forvalter tilskuddsordningen "Ungdomstiltak i større bysamfunn". Ordningen er et virkemiddel for å bedre oppvekst- og levekår for ungdom i alderen 12 til 25 år i de ti største byene. Den retter seg mot ungdom med spesielle behov. Tiltak og prosjekter som arbeider for å forebygge uønsket sosial adferd, deriblant rusmiddelmisbruk, prioriteres. Mange ulike aktiviteter, organisasjoner og grupperinger mottar støtte for sitt arbeid mot rusmiddelmisbruk og for rusfrie aktiviteter og treffsteder. Ordningen var i 2003 på om lag 18 millioner kroner.

I tillegg har Uteseksjonen i Oslo mottatt støtte til arbeid blant ungdom i tilknytting til partymiljøene gjennom prosjektet Future, og Rusmiddeletaten i Oslo har mottatt straksmidler til det rus- og voldsbelastede "Eika- miljøet".

Barne- og familiedepartementet har også i 2003 tildelt midler til en stiftelse som skal bistå lokale initiativtakere som ønsker å lage et tilbud til barn og unge med rusmiddelmisbrukende familiemedlemmer.

4.3.5 Tiltak i skolen

Skolene har i en årrekke vært en viktig arena for forebygging av rusmiddelproblemer. Rusmiddelundervisningen er forankret i det sentrale læreplanverket, og integreres i ordinær undervisning. Målet er at aktivt forebyggende arbeid i grunnskolen og videregående opplæring skal motvirke eksperimentering og bruk av rusmidler. Regjeringens handlingsplan understreker dette.

Tiltak som gjennomføres i skolen tar sikte på å gi barn og unge faktiske kunnskaper om alkohol og narkotika, utvikle negative holdninger til bruk av rusmidler, forebygge skader og utsette bruk av rusmidler. I arbeidet brukes varierte metoder som tar sikte på å påvirke elevenes holdninger og adferd. Foreldre, venner og nærmiljø bør involveres i opplæringen.

Det er særlig viktig å involvere foreldrene og andre foresatte for å forebygge at barn og ungdom bruker narkotika. Justisdepartementet har derfor bestemt at politiet bør ha et samlet møte med foreldrene til barn på ungdomsskolen, fortrinnsvis i 8. klasse, for å orientere dem om lokal narkotikasituasjon og hvordan de kan spille en rolle, og nærmere om samspill mellom politi, skole, barnevern og foreldre.

Tabell 10. Fordeling av ulike skoleprogrammer i grunnskolen og i videregående opplæring.

Program	Grunnskoler	Videregående opplæring
Olweus-programmet mot mobbing og antisosial adferd (Hemil- senteret)	469	Ikke aktuelt for vgo
ZERO (Senter for adferdsforskning)	233	Ikke aktuelt for vgo
Skolemegling (UFD/Læringssenteret og JD)	523	90
Dette er mitt valg (Lions Quest)	1066	2
KREPS- Kreativ problemløsning i skolen (SU Hordaland)	26	6
Samarbeid med stiftelsen MOT	359	47
Steg for Steg (Nasjonalforeningen for folkehelsen)	1434	Ikke aktuelt for vgo
Du og jeg og vi to	138	Ikke aktuelt for vgo
Andre tiltak i skolene: Tiltak for å forebygge alvorlige adferdsvansker (jf. Veiledningsmateriell LS 2003)	676	195
Tiltak for utvikling av sosial kompetanse (jf. Veiledningsmateriell LS 2003)	1115	217
Andre tiltak	1338	170

I Norge har det vært benyttet undervisningsmateriell som er utviklet av Sosial- og helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene. Flere aktører, blant andre MOT og Lions Quest, har utviklet skoleprogrammer som tar sikte på å forebygge og håndtere problemadferd, herunder bruk av rusmidler. Av tiltak som har vært i skolene kan nevnes klasseromsundervisning med politi, sosialarbeidere og tidligere rusmiddelmisbrukere.

Felles for skoleprogrammene og tiltakene som settes i verk i skolene er at de først og fremst påvirker faktiske kunnskaper om alkohol og narkotika, mens det er vanskelig å finne noen effekt på adferd. Tabell 10 viser hvilke programmer og tiltak som ble benyttet i grunn- og videregående skoler i 2003. Om lag 90 prosent av skolene benytter et eller flere skoleprogrammer. I tillegg kommer andre tiltak som skolene har benyttet for å forebygge alvorlige adferdsvansker og utvikling av sosialkompetanse. Det ble i 2003 bevilget i alt 7,25 millioner kroner til ulike skoleprogrammer.

4.3.6 Tiltak i arbeidslivet

Arbeidsplassen er også en sentral arena for forebygging av rusmiddelproblemer. Arbeidslivet er et godt eksempel på en rusmiddelfri sone som det er stor oppslutning om i Norge. Forebygging av rusmiddelproblemer på arbeidsplassen har i stor grad vært i regi av AKAN, trepartssamarbeidet mellom staten, NHO og LO. AKAN har utviklet et informasjonsopplegg og en individuell rådgivningsmodell som er viktige verktøy for å forebygge og håndtere rusmiddelproblemer i tilknytning til arbeidsplassene. Metodene bør videreutvikles og tilpasses slik at de på en tilfredsstillende måte møter utfordringene til "det nye arbeidslivet". For mer informasjon om AKANs arbeid <http://www.akan.no>

4.4 Rådgiving og behandling til rusmiddelmisbrukere og pårørende

Per i dag har vi ikke en tilfredsstillende oversikt over hvor mange rusmiddelmisbrukere som mottar ulike former for behandling eller omsorg. Et mål for det nasjonale dokumentasjonssystemet for tiltak for rusmiddelmisbrukere er å fremskaffe slike oversikter.

I 2002 inngikk det snaut 30 000 henvendelser om inntak i behandling eller omsorgstiltak i dokumentasjonssystemet. Dette gjaldt både døgntiltak og polikliniske tiltak. Det store flertallet var i alderen 31-50 år. Kjønnfordelingen var ca 70 prosent menn og ca 30 prosent kvinner. Antall registrerte inntak i behandlings- og omsorgstiltak var omkring 20 000, dvs. ca to-tredeler i forhold til antall henvendelser registrert i dokumentasjonssystemet. Av disse ble alkohol oppgitt som mest brukte rusmiddel for 44 prosent og heroin som mest brukte rusmiddel for 28 prosent. Cannabis, sentralstimulerende midler og vanedannende legemidler sto hver for en andel på omkring 7-9 prosent.

Behandling av voksne rusmiddelmisbrukere er i all hovedsak basert på frivillighet, men det er mulig etter lov om sosiale tjenester § 6-2 å holde tilbake misbrukere i institusjon inntil 3 måneder etter vedtak truffet i Fylkesnemnda for sosiale saker. § 6-2a hjemler innleggelse og tilbakeholdelse av gravide misbrukere i inntil 9 måneder. Personer som legger seg inn frivillig kan inngå avtale om tilbakeholdelse inntil tre uker (§ 6-3).

4.4.1 Råd og veiledning – tidlig intervensjon

Sosialtjenesten i kommunene har ansvar for å gi råd, veiledning og hjelp slik at den enkelte kan komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Det skal også gis råd, veiledning og hjelp til vedkommendes familie. Fastlegene har likeledes et viktig ansvar for å forebygge, identifisere og behandle misbruk av rusmidler.

I tillegg er det etablert rådgivningstelefoner, som for eksempel RUStelefonen, Landsforbundet mot stoffmisbruk sin telefon for pårørende av rusmiddelmisbrukere og Dopingtelefonen. Telefonene har også nettsteder tilknyttet sin virksomhet. Se <http://www.rustelefonen.no> <http://www.motstoff.no> <http://www.dopingtelefonen.no>

Barne- og familiedepartementet har over lengre tid arbeidet med å implementere familie- og nærmiljøbaserte metoder for behandling av alvorlige adferdsproblemer. Rusmiddelmisbruk er ofte en del av problembildet.

Foreldretrening (PMT) er en behandlingsmetode rettet mot barn i alderen 4-12 år. Metoden har til hensikt å endre fastlåste negative mønstre. Opplæring i metoden startet i Norge i 1999. Tilbudet om foreldretrening gis av barneverntjenesten eller psykisk helsevern for barn og unge. Metoden evalueres i Norge, og de foreløpige resultatene er svært lovende. En reduksjon i adferdsproblemer kan være forebyggende i forhold til utvikling av rusmiddelproblemer senere i livet.

Multisystemisk terapi (MST) er en behandlingsmetode rettet mot ungdom i alderen 12-18 år. Metoden innebærer tett oppfølging av den enkelte ungdom, familie og nærmiljø. Behandlingen gis gjennom de fem regionene i barnevernet og familievernnet. Opplæringen kom i gang i 1998, og foreløpige evalueringsresultater er positive. Forskning på begge metodene fra USA viser en betydelig reduksjon av adferdsproblemer, innbefattet rusmiddelproblemer, både hjemme og på skolen.

4.4.2 Oppsøkende arbeid

Oppsøkende barne- og ungdomsarbeid oppsto i Norge i 1969 med Uteseksjonen i Oslo. Målet var å få kontakt med unge i risikosituasjoner på et tidligst mulig tidspunkt og formidle alternative beskjeftigelses- eller hjelpetilbud til dem. Siden den gang har en rekke kommuner etablert utekontakter. De varierer med hensyn til målgrupper. Noen har fokus på forebyggende barne- og ungdomsarbeid, andre på yngre og/eller eldre rusmiddelmisbrukere. Det er også opprettet oppsøkende enheter som i større grad skal avdekke nødssituasjoner, videreformidle til hjelpetilbud og følge opp i forhold til fare for overdoser. Disse tjenestene foretar også hjemmebesøk og tilbyr transport hjem eller til avrusningsstasjoner. Se <http://www.utekontaktene.no>

4.4.3 Behandling uten bruk av legemidler.

Ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk er, som et resultat av rusreformen, overført til staten ved de regionale helseforetakene. Medikamentfri behandling er den mest brukte behandlingstilnærmingen i Norge. Behandlingen varierer fra psykoterapeutiske metoder til enklere og mer ideologisk baserte tilnærminger, for eksempel basert på kristne grunnprinsipper, eller på en kombinasjon av disse. Behandlingen retter seg oftest både mot alkohol- og narkotikamisbruk.

Behandlingsinstitusjoner med heldøgnsstilbud favner alt fra små tiltak med få ansatte og få plasser til store institusjoner med flere avdelinger. Noen er statlig eid, andre er offentlige og/eller private stiftelser, aksjeselskap eller private institusjoner. Rundt to tredeler av heldøgnsstilbudet til misbrukere gis i regi av private aktører. Organisasjoner som Kirkens Bymisjon, Blå Kors, Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, Frelsesarmeen m.fl. sørger således for den største delen av institusjonsbehandlings- og omsorgstilbudet. Se <http://www.bymisjon.no>, <http://www.blakors.no> <http://www.evangeliesenteret.no>, <http://www.frelsesarmeen.no>

Akutt - og avrusingsinstitusjoner gir tilbud om avrusing og motiverer for videre innleggelse/oppfølging i behandlingsapparatet. Akuttinstitusjonene kan være en del av en behandlingsinstitusjon, eller de kan være egne enkeltstående tiltak.

Det finnes også rene omsorgsinstitusjoner. Slike institusjoner er et kommunalt ansvar. Dette er tiltak som tar i mot svært tunge misbrukere med antatt lavt potensial for rehabilitering. Botreningsinstitusjoner er en annen type omsorgstiltak, hvor det tas sikte på en forbedring av beboernes evne til å mestre en "normaltilværelse".

Det var i 2001 registrert i alt 219 ulike behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere¹⁰. Et tiltak kan imidlertid ha flere avdelinger eller ulike tilbud, slik at summen av tilbud er større enn 219.

4.4.4 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering for heroinavhengige er et relativt nytt behandlingstilbud i Norge. Det er etablert regionale spesialisert sentre for legemiddelassistert rehabilitering i fire av de fem helseregionene. Helse Nord planlegger oppstart av et eget regionsenter i Tromsø i løpet av høsten 2004. Behandlingsformen, slik den er regulert i Norge, forutsetter et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten¹¹. Etterspørsel etter denne type behandling har vist seg å være langt større enn beregningene som lå til grunn

10 Tallene er hentet fra <http://www.rustiltak.no/Tiltak/static.asp?ID=17> og omfatter både medikamentfrie og legemiddelassisterte tiltak

11 I-5/2003 Felles rundskriv fra HD og SOS og Rundskriv I-33/2001

da behandlingstilbudet ble gjort permanent og landsomfattende i 1997/98. Regjeringen økte rammene med 27,3 millioner kroner for dette arbeidet, fra 178,3 millioner kroner i 2003 til 205,6 millioner kroner i 2004. Tabell 11 viser pasientutviklingen i LAR. Ved årsskiftet 2003/2004 var ca 2 500 pasienter inne i legemiddelassistert rehabilitering mens 550 hadde søkt eller sto på venteliste.

Tabell 11 Antall personer som har fått legemiddelassistert behandling i Norge i perioden 1998-2003.

Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for LAR

År	Nye pasienter	I behandling	Avsluttet ¹²	Søknader/venteliste
1998	124	204	22	464
1999	608	719	88	713
2000	524	1074	169	828
2001	682	1503	251	649
2002	853	1984	372	471
2003	935	2431	488	550

4.4.5 Rus og psykiske lidelser

Sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er godt dokumentert. Rusmiddelmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser er i en særlig vanskelig situasjon og har behov for helhetlige og koordinerte hjelpetiltak fra flere hjelpeinstanse- og nivå. Det polikliniske psykiatriske tilbudet består av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, sosialmedisinske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker gir tilbud til barn og unge under 18 år. Det er omlag 70 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og omtrent 100 voksenpsykiatriske poliklinikker i hele landet. Enkelte voksenpsykiatriske poliklinikker har tilsatt personell som spesielt arbeider med rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser.

Psykiatriske ungdomsteam arbeider særskilt med ungdom og unge voksne mellom 15 og 30 år som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det er 34 psykiatriske ungdomsteam i landet. Det er et mål at hjelpetilbudet til denne gruppen skal styrkes gjennom rusreformen, ved at behandling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser begge er en del av spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Utvikling av tiltak for denne gruppen vil videre skje som en del av "Opptappingsplanen for psykisk helse". Det er blant annet behov for kompetansehevende tiltak, både innen rusmiddelbehandling og psykisk helsevern. Gjennom opptappingsplanen er det gjennomført regionale utdanningsprogram for økt kompetanse på kombinasjonen rus og psykiske lidelser. Tilskudd til etter- og videreutdanning på dette feltet videreføres.

4.4.6 Behandling av straffedømte

Andelen innsatte som sitter fengslet for brudd på narkotikalovgivningen, har vært økende. I 2001 var om lag 30 prosent av de som til enhver tid sitter i norske fengsler dømt for ulike typer narkotikalovbrudd. Utover dette er en del domfelte dømt for narkotikarelaterte forbrytelser som har direkte sammenheng med rusmiddelmisbruk, for eksempel tyveri og vinningskriminalitet begått for å finansiere stoffmisbruk. Dette fanges ikke opp av statistikken.

12 Avsluttet behandling betyr ikke nødvendigvis at personen er frisk. Tallet inkluderer også avbrutt behandling (frivillig/ufrivillig/død)

Fengselsmyndighetene anslår at ca. 40-60 prosent av de innsatte i norske fengsler bruker narkotika en eller flere ganger under soning. Dette anslaget bygger på tidligere undersøkelser som er foretatt i fengslene, bl.a. ved anonymiserte spørreundersøkelser blant innsatte og fengslenes og visitasjonspatruljenes innrapporteringer til Fengselsstyret.

Kriminalomsorgen har i flere år tilbudt soningsopplegg spesielt rettet mot innsatte med rusmiddelproblemer. Det tilbys ulike programmer som tar opp forhold knyttet til den domfeltes rusmiddelproblem. I de senere årene er det gjennomført canadiske rusmestringsprogram i en del fengsler, kalt "Rusprogram i fengsel" (RIF). Disse vil bli fulgt opp i friomsorgen, med programmet "Mitt valg", hvor målet er å redusere tilbakefall.

Straffedømte har rett til spesialisthelsetjenester på linje med andre. Straffegjennomføringsloven § 12 åpner for at straffedømte, dersom det er nødvendig og hensiktsmessig, kan sone hele eller deler av en dom ved en behandlingsinstitusjon. De regionale helseforetakene må på sin side sørge for at det finnes behandlingsinstitusjoner som er i stand til og egnet til å motta straffedømte.

5. En helhetlig rusmiddelpolitikk

5.1 Handlingsplan mot Rusmiddelproblemer (2003-2005)¹³

Handlingsplanen er Regjeringens policydokument for et langsiktig og målrettet arbeid for å redusere rusmiddelproblemene. Den tydeliggjør Regjeringens mål for rusmiddelpolitikken. Visjonen er frihet fra rusmiddelproblemer. Overordnet mål er å oppnå en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk. Dette gjelder både på individ- og på samfunnsnivå. Handlingsplanen er en plan for hele rusmiddelfeltet. Den omhandler både forebygging av alkohol- og narkotikaproblemer og behandling, omsorg og skadereduksjon. I tillegg utdyper planen hvilke tiltak Regjeringen mener det er spesielt viktig å satse på for å nå de ulike målene. Planen legger således grunnlaget for en helhetlig rusmiddelpolitikk.

5.1.1 Et system for oppfølging av handlingsplanen

Flere aktører har et ansvar for å følge opp handlingsplanen. Kommunene, Sosial- og helsedirektoratet, helseforetakene, Politidirektoratet, Læringssenteret, kompetansesentrene har alle et ansvar for gjennomføring og iverksetting av tiltak og prosjekter som er beskrevet i planen. Frivillige organisasjoner er også viktige aktører for gjennomføring av mange av tiltakene.

En sentral dimensjon er å få til et mer systematisk samarbeid om utformingen av rusmiddelpolitikken på departementsnivå. Et oppfølgingssystem er utviklet som gir en oversikt over ansvar og samarbeid på dette nivået. Planen er tiltaksorientert og beskriver hvilke tiltak som anses å være gode virkemidler for å nå politiske mål. Oppfølgingssystemet vil derfor også inneholde en oversikt over status og fremdrift for tiltak og prosjekter. Handlingsplanen legger videre vekt på at det skal sikres gode analyser av virkningene av politikken. Regjeringens politikk skal være basert på kunnskap, og forskning skal ligge til grunn for kunnskapsutviklingen. I valget mellom ulike helse- og sosialpolitiske virkemidler skal de som virker og som gir best resultater prioriteres. Det oppstår derfor et behov for å analysere effekten av tiltakene.

5.1.2 Ekspertgrupper for alkohol- og narkotikaspørsmål

Regjeringen ønsker fortløpende råd om konkrete rusmiddelpolitiske utfordringer. I februar 2003 ble det derfor opprettet to ekspertgrupper for henholdsvis alkohol- og narkotikaspørsmål. Gruppenes sammensetning er valgt ut i fra ønsket om bred representasjon fra eksperter på ulike områder på rusmiddelfeltet. I gruppene sitter derfor både tidligere rusmiddelmisbrukere, representanter for pårørende, kommuner og behandlingsinstitusjoner, kompetansesenter, forskningsmiljøer, frivillige organisasjoner og politiet.

Gruppene skal, i tillegg til å gi Regjeringen råd i konkrete rusmiddelpolitiske utfordringer, evaluere tiltak, foreslå nye og stimulere til kunnskapsutvikling. Sosialministeren har bedt om råd om fremtidig prioritering av forskningstema og organisering av forskning på rusmiddelfeltet, og i forbindelse med den planlagte holdningskampanjen mot alkohol. I tillegg har ekspertgruppene behandlet spørsmål knyttet til Regjeringens forslag til Rusreform II og rett til individuell plan (Ot.prp. nr. 54).

¹³ Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 (<http://www.dep.no/sos/norsk/publ/handlingsplaner/044031-990005/dok-bn.html>)

5.2 Mer effektiv forebygging

Til tross for igangsatte forebyggings tiltak øker alkoholforbruket blant ungdom, og antall ungdommer som har forsøkt narkotiske stoffer er fortsatt høyt. Dette bekrefter at effektiv forebygging er vanskelig, og at mange utenforliggende faktorer påvirker bruken av rusmidler. Det er derfor et stadig behov for utvikling og utprøving av nye metoder i forebyggingsarbeidet. Virkemidlene som brukes skal være kunnskapsbaserte, og på en kostnadseffektiv måte bidra til å oppnå målene. Det blir viktig å sikre at alle tiltak som gjennomføres av det offentlige eller med offentlig støtte og godkjenning, innfrir gitte kvalitetskriterier. Dette fordrer blant annet at tiltakene evalueres på en måte som gjør at man får klarlagt tiltakenes virkning, både på kort og lang sikt. Klare, felles kriterier skal legges til grunn for evalueringen, herunder en felles oppfatning av hva som er god forebygging og vellykket behandling.

I tillegg til det løpende forebyggingsarbeidet er det i 2003 satt i gang flere nye prosjekter og tiltak for å styrke forebyggingsfeltet.

5.2.1 Revisjon av alkoholloven

Sosialdepartementet har satt i gang revisjon av alkoholloven for å sikre at den fortsatt fungerer som et effektivt alkoholpolitisk redskap. I høringsnotatet har departementet foreslått en rekke lovendringer som - når den etterfølgende revisjonen av de tilhørende forskriftsbestemmelsene er gjennomført - blant annet vil gi kommunene større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid ut fra en vurdering av lokale forhold og behov. Forslaget om å fjerne pålegget om kommunale kontrollutvalg vil også legge bedre til rette for interkommunalt samarbeid i forvaltningen. Departementet har videre foreslått lovendringer som vil kunne bedre kommunenes mulighet for å føre kontroll med at bevillingshavers virksomhet drives i samsvar med alkoholovens krav. Samlet sett vil de foreslåtte endringene innebære økte muligheter for kommunene til å føre effektiv kontroll med salg og skjenking av alkohol.

Kommunene har i hovedsak ansvaret for den nødvendige oppfølgingen av bevillingssystemet, herunder at regelverket overholdes i samsvar med målene om blant annet skjerpet kontroll og strengere reaksjoner på overtredelser av alkoholloven.

Sosialdepartementet har i den forbindelse et særskilt ansvar for å sørge for at lovverket fungerer som et godt og effektivt styringsverktøy for kommunene. Sosial- og helsedirektoratet har viktige oppgaver i tilknytning til effektiv håndheving av reklameforbudet, og for gjennomføring, oppfølging og evaluering av forebyggende tiltak som bidrar til å bedre effektiviteten av og kontrollen med bevillingssystemet.

En Odelstingsproposisjon ble fremlagt for Stortinget i juni 2004.

5.2.2 Effektivisering av håndhevingen av alkoholovens reklameforbud

De første årene etter at reklameforbudet ble innført i 1975, ble forbudet i stor grad overholdt av aktørene i markedet, og håndhevingen bød på få problemer. De senere års utvikling har imidlertid vist en økning i antallet lovovertrедelser. De saker som ble anmeldt til politiet, ble henlagt med forskjellig type begrunnelse. Noen henleggelse var begrunnet med at "intet straffbart forhold anses bevist", andre var begrunnet med at det "antas ikke å være rimelig grunn til å undersøke om det foreligger straffbart forhold".

Det var imidlertid et inntrykk av at årsaken til henleggelsene i stor utstrekning var å finne i det forhold at politiet på grunn av begrensede ressurser ikke har kapasitet til å prioritere disse sakene. Resultatet ble at man i realiteten stod uten noe egnet sanksjonssystem overfor overtre-

delser av reklameforbudet i alkoholloven. Det var derfor nødvendig å effektivisere håndhevingen av bestemmelsene ved å innføre hjemmel for å pålegge retting og tvangsmulkt.

Fra 1. juli 2003 er det innført en ordning med administrativ reaksjon ved brudd på reklameforbudet. Formålet med ordningen er å gi adgang til å bruke mer effektive sanksjoner for å stanse ulovlig reklame for alkoholholdig drikk. Ordningen innebærer at Sosial- og helsedirektoratet fortsatt skal føre tilsyn med reklamebestemmelsene. Tilsynsansvaret er nå lovfestet. I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet fått ny myndighet.

Ved eventuelle overtredelser kan Sosial- og helsedirektoratet pålegge retting av forholdet innen en bestemt frist. Samtidig kan de fastsette tvangsmulkt som vil løpe dersom rettingsfristen oversittes. Tvangsmulkt kan under særlige omstendigheter fastsettes for eventuelle fremtidige overtredelser av reklamebestemmelsene. Vedtak om retting og tvangsmulkt er enkeltvedtak som kan påklages. Markedsrådet er klageinstans. Da ordningen har virket i bare noen måneder, og det bare har vært fattet et fåtall vedtak, er det foreløpig for tidlig å si noe om hvilke erfaringer man har med ordningen.

Det er innført en tilsvarende ordning for å effektivisere håndhevingen av reklameforbudet og merkebestemmelsene i tobakksskadeloven.

5.2.3 Regionprosjektene

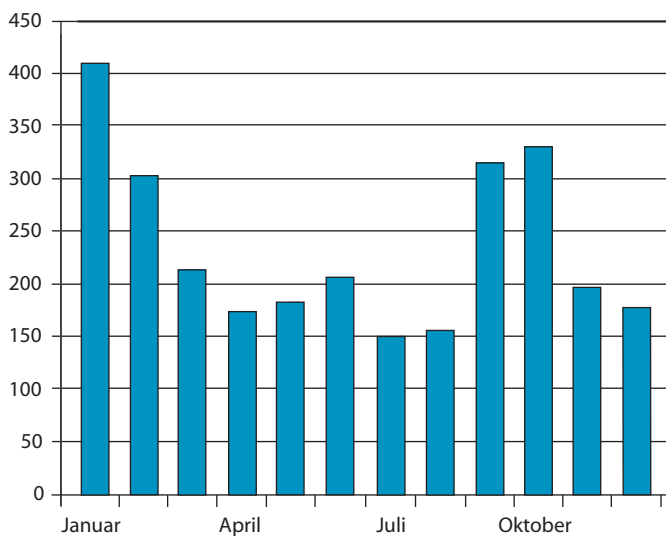
Som ledd i handlingsplanen er det valgt ut ni kommuner som skal delta i et pilotprosjekt for å samordne og utvikle gode rusmiddelforebyggende metoder lokalt. Prosjektet styres av Sosial- og helsedirektoratet, i tett samarbeid med de aktuelle regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Kommunene er valgt ut etter søknad og nærmere definerte kriterier for deltakelse. De ni kommunene er Haugesund, Larvik, Nesodden, Narvik, Os i Hordaland, Herøy, Hareid, Ulstein og Sande i Møre og Romsdal. De fire siste har gått sammen om en søknad og deltar i et interkommunalt samarbeid. Hensikten med prosjektet er å utvikle mer målrettede og samordnede forebyggende innsatser på kommunalt nivå. Prosjektet, som startet opp høsten 2003, går over en 3-årsperiode. Målet er å redusere omfang og skader av rusmiddelmissbruk. Et viktig delmål er å heve debutalderen for alkohol. Det skal utvikles hensiktsmessige modeller for helhetlig forebygging på flere arenaer. Tiltakene vil bli rettet mot skole, foreldre, lokalsamfunn, skjenkenæring og tjenesteapparat. I første del av prosjektperioden skal det utføres en undersøkelse for å kartlegge kommunenes behov. Basert på kartleggingen starter implementeringen av ulike lokaltbaserte tiltak våren 2004. Det er knyttet 8 millioner kroner i årlige bevilgninger til prosjektet. Prosjektet skal evalueres av SIRUS.

5.2.4 RUStelefonen 08588

Rustelefonen er et tilbud til de som ønsker faktainformasjon og råd om rusmidler og rusmiddelmissbruk, samt råd om behandling av rusmiddelmissbruk. Telefonen har dessuten oversikt over behandlingsapparatet, og skal kunne gi råd og veiledning gjennom "den profesjonelle samtale". Tilbudet retter seg både mot ungdom som eksperimenterer med rusmidler og til pårørende, samt andre som er bekymret for noens rusmiddelmissbruk. Innringeren kan være anonym og betaler bare lokaltakst, uansett hvor i landet man ringer fra.

Figur 17. Antall henvendelser til rustelefonen i 2003 fordelt på måneder.

Kilde: Rusmiddeletaten i Oslo kommune



Tilbudet består av en telefontjeneste med telefonnummer 08588. RUStelefonen betjenes fra klokken 13-21 alle dager, og drives av erfarne fagfolk i Uteseksjonen i Rusmiddeletaten Oslo kommune. Totalt antall anrop i 2003 var 2805. Totalt antall besvarte anrop var 2254. Blant innringerne er det altså noen som legger på før de får svar. Tabellen under viser antall henvendelser fordelt på måneder i 2003.

RUStelefonen skal evalueres av Universitetet i Oslo våren 2004 og endelig rapport skal foreligge innen 1. juni 2004. RUStelefonen 08588 har også sin egen nettside, med ofte stilte spørsmål mv. Se <http://www.rustelefonen.no>.

5.2.5 Holdningskampanje mot alkohol

Sosial- og helsedirektoratet vil i løpet av 2004, på oppdrag fra Sosialdepartementet, gjennomføre en holdningskampanje mot alkohol. Kampanjens mål er at den skal bidra til å redusere ungdommens alkoholforbruk og styrke bevisstheten og kunnskapen om skadevirkningene av alkohol.

Det er lagt opp til et bredt samarbeid med aktuelle aktører på rusmiddelfeltet. Blant annet er det arrangert en idédugnad for å sikre innspill til budskap og vinkling av kampanjen. Første del av kampanjen planlegges gjennomført i løpet av juni, mens hovedsatsingen vil komme til høsten. Det er stilt 15 millioner kroner til rådighet for gjennomføring av holdningskampanjen. Kampanjen skal evalueres.

5.2.6 Nasjonal strategi for rusmiddelundervisning i skolen

Skolen er en sentral arena for forebygging av rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedirektoratet har, med bakgrunn i handlingsplanen, igangsatt et arbeid for å utvikle en nasjonal strategi som skal konkretisere tiltakene i handlingsplanen som gjelder undervisning om rusmidler i skolen. Strategien skal utvikles i samarbeid med Kompetansesentrene, Læringscenteret og andre berørte instanser. Det skal utvikles undervisningsopplegg som er i samsvar med gjeldende læreplaner og basert på forskningsbasert kunnskap om virksom forebygging. Materiellet tilbys skoleeiere og skolene. Arbeidet startet i 2003, og implementeringen forventes igangsatt i 2005. En evaluering vil bli vurdert igangsatt og vil bli sett i sammenheng med annen oppfølging av handlingsplanen.

Læringssenteret har i 2003 utarbeidet to hefter: "Alvorlige atferdsvansker - om forebygging og mestring i skolen". Heftene er utarbeidet som veiledningshefter for skoleeier, skolens ledelse og for skolen og lærere i arbeid med barn som befinner seg i risikosonen, blant annet i forhold til rusmiddelmisbruk. Læringssenteret inviterer alle videregående skoler til en felles innsats om rusforebyggende arbeid. Mer informasjon om skolens forebyggende arbeid finnes på <http://www.ls.no>

5.3 Bedre behandlings- og omsorgstilbud

Antall personer med et tungt rusmiddelmisbruk og omfattende behov for hjelp har økt. Dette betyr at stadig flere har behov for bedre behandlings-, omsorgs- og skadereduserende tilbud.

5.3.1 Regjeringens arbeid for bedre behandling

Handlingsplan mot rusmiddelproblemer påpeker at for å oppnå et bedre behandlingstilbud må behandlingen utgjøre en sammenhengende tiltakskjede hvor foreldre, nærmiljø, frivillige organisasjoner, kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser danner en kjede av tiltak som utfyller hverandre. Videre skal det legges særlig vekt på tiltak der behovene og nøden er størst, og på de områder hvor tiltakene kan dokumentere best effekt.

Tiltakene kan være på kommunalt nivå, eller være tverrfaglig spesialisert behandling under de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Ofte vil en helhetlig tiltakskjede omfatte tiltak på begge nivå. Behandlingstiltakene skal være gode, effektive og tilpasset den enkeltes behov.

For å gi en bedre oversikt over behandlingstilbudet, alternative behandlingsmetoder og aktører i behandlingsapparatet er det utviklet et eget nettsted. Nettstedet er utarbeidet av SIRUS i samarbeid med tiltak for rusmiddelmisbrukere over hele landet. Det er en del av det nasjonale dokumentasjonssystemet innen behandling og omsorg for rusmiddelmisbrukere, og gir en landsdekkende oversikt over behandlingsrettede tiltak.

Dette er et tilbud til ansatte i helse- og sosialsektoren og skal gjøre det lettere å formidle rusmiddelmisbrukere til behandlings- og omsorgstiltak. Pårørende og andre som ønsker mer informasjon om tiltak for rusmiddelmisbrukere vil også kunne nyttiggjøre seg databasen. Se <http://www.rustiltak.no>

Regjeringen er opptatt av at tjenestene til rusmiddelmisbrukere skal tilpasses den enkeltes behov. Ulike personer skal møtes med ulike tjenester avhengig av individuelle behov og basert på kunnskap om tiltakenes effekt. Rusmiddelmisbrukere skal møtes med den samme respekt og skal behandles på samme måte som andre. Dette er bakgrunnen for rusreformen.

5.3.2 Rusreformen - endringer og konsekvenser for rusfeltet

Rusreformen ble gjennomført 1. januar 2004. Ansvar for behandling av rusmiddelmisbrukere ble da overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakenes nye ansvar er definert som "tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk", og inngår som en del av spesialisthelse-tjenesten på linje med somatiske og psykiatriske helsetjenester. Som en følge av ansvarsoverføringen overtok de regionale helseforetakene eierskap til eller driftsavtaler /kjøpsavtaler med i alt 74 behandlingstilbud, inkludert de regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering. Institusjoner som ikke sto på de fylkeskommunale rusplanene på tidspunktet for rusreformen, ble ikke omfattet av reformen og overføringen til de regionale helseforetakene.

Det overordnede mål med rusreformen er å bedre behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. Dette innebærer en styrking av helsetjenestene til denne pasientgruppen og bedre samordning av spesialisthelsetjenester for rusmiddelmisbrukere som har behov for tjenester fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten, som for eksempel personer med dobbeltdiagnoser (ruspsykiatri). Behandling av rusmiddelmisbruk skal utvikles til en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste som fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, der både sosial- og helseperspektivet skal vektlegges. Med rusreformen har rusmiddelmisbrukere fått pasientrettigheter, som bl.a. innebærer en rett til valg av behandlingssted. Det vises til Helsedepartementets rundskriv om "Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven" Rundskriv I-8/2004.

Rusreformen har ikke medført endringer i kommunenes ansvar og oppgaver. Sosialtjenestens helhetlige og koordinerende ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere ligger fast. Sosialtjenesten vil kunne henvise til spesialisthelsetjenesten for behandling av rusavhengighet og vil samarbeide med helsetjenesten i arbeidet med oppfølging av rusmiddelmisbrukere etter et behandlingsopphold. Det er forventet at henvisningsadgang både for fastlegen og sosialtjenesten vil gjøre behandlingstilbudet tilgjengelig for flere rusmiddelmisbrukere som har et behandlingsbehov. Før rusreformen var sosialtjenesten eneste innsøkende instans til institusjonsbehandling. Det vises til Sosialdepartementets rundskriv U-1/2004, der det orienteres om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen.

Helsedepartementet har, i samarbeid med Sosialdepartementet, under utarbeidelse et politikkdokument som vil trekke opp nasjonale perspektiver og strategier dette området. Hovedadressat for politikkdokumentet er de regionale helseforetakene. Dokumentet vil peke på rusreformens mål og hovedutfordringer for å lykkes i arbeidet med å bedre behandlingstilbudet.

Dokumentet gir et bilde av rusmiddelsituasjonen og behandlingsbehov, samt av historikken og virkemiddelbruk ved iverksettelse av rusreformen. Videre beskrives det hva et godt og hensiktsmessig tjenestetilbud innebærer. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er for eksempel avgjørende for å oppnå bedre behandlingsresultater. Dokumentet gir også en kunnskapsmessig status for ulike behandlingstilnærminger.

Rusreformen skal evalueres etter tre års virketid. Evalueringen skal spesielt vektlegge om og i hvilken grad reformen har ført til at rusmiddelmisbrukere får behandling for sine misbruksproblemer så vel som sine psykiske og somatiske plager.

5.3.3 Individuelle planer for rusmiddelmisbrukere

Helhetlige tiltakskjeder, slik rusreformen legger opp til, krever god samordning mellom ulike tiltak på lokalt plan, og mellom tiltak på lokalt og statlig plan. Fra og med 1. januar 2004 ble retten til individuell plan for de som har langvarige og sammensatte behov utvidet. Denne retten gjelder nå også for de som mottar tjenester som er hjemlet i sosialtjenesteloven. Det er den instansen som først kommer i kontakt med pasienten eller brukeren som har ansvaret for å tilby individuell plan. Et sentralt mål er at en individuell plan skal bidra til å sikre helhet og forutsigbarhet for pasienten. Men planen er også et viktig verktøy i arbeidet for å oppnå helhetlige og koordinerte tjenester. På denne måten vil individuell plan være et viktig redskap for helse- og sosialpersonell ved at den kan styrke samhandlingen mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og det enkelte helseforetak. Sosialdepartementet har utarbeidet et rundskriv, U-13/2003, om utvidelse av retten til individuell plan¹⁴. Sosialdepartementet vil i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet komme tilbake med ytterligere informasjon og veiledning om bruk av individuell plan i sosialtjenesten.

14 Rundskrivet finnes på <http://www.dep.no/sos/norsk/publ/rundskriv/044031-250012/index-dok000-b-n-a.html>

Regjeringen har i tillegg nedsatt to utvalg med sikte på å bedre samordningen mellom helse- og sosialtjenestene og mellom tjenestenivåene. Utvalgene skal avgi innstilling hhv. 1.juli 2004 og ved utgangen av 2004.

5.3.4 Dommerledet narkotikaprogram (Drug Courts)

Det er behov for å styrke behandlingstilbudet til domfelte med rusmiddelproblemer. Det er også behov for en styrking av forvaltningssamarbeidet mellom kriminalomsorgen og den kommunale helse- og sosialtjenesten for å sikre oppfølging og mulighet for reintegrering i lokalsamfunnet etter endt soning. Dette har mange fellestrekk med - og bør ses i sammenheng med - utfordringene knyttet til samarbeidet mellom kommunene og de regionale helseforetakene.

I tråd med handlingsplanen utredes ordningen med "dommerledet narkotikaprogram" (Drug Courts (DC)) med sikte på utprøving i Norge. Det er nedsatt en tverretattlig arbeidsgruppe som skal ferdigstille utredningen innen 1. august 2004. Formålet er å vurdere behovet, mulighetene og vilkårene for å kunne etablere ordningen i Norge.

DC tar sikte på å styrke den samlede innsatsen for behandling og hjelp til rusmiddelmisbrukere som vil ut av misbruket. Utredningen skal munne ut i et eventuelt forslag om å gjennomføre et prøveprosjekt med DC for å forbedre de praktiske hjelpe- og behandlingstilbudene for domfelte, belastede rusmiddelmisbrukere, samt forebygge ny kriminalitet. Gruppen skal vurdere forslag til eventuelle endringer som må foretas for at DC skal kunne gjennomføres og bidra til at den samlede offentlige og frivillige innsatsen overfor rusmiddelmisbrukere kan bli bedre.

Med utgangspunkt i foreliggende kunnskap, forskning og erfaring, skal arbeidsgruppen beskrive formålet med, organiseringen av og grunnlaget for en slik ordning. Utgangspunktet skal være narkotikarelatert kriminalitet, og det skal spesielt legges vekt på kriterier for at tunge misbrukere kan få behandlet sakene i DC. Arbeidsgruppen skal videre vurdere grenseoppgangen mot lovbruddstyper som ikke bør gi anledning til behandling av sak i DC, med særlig fokus på alvorlig voldskriminalitet.

Arbeidsgruppen skal kartlegge det lovverk som berører DC. Det må avklares om gjennomføring av et prøveprosjekt med DC krever lovendringer, eventuelt om det er tilstrekkelig med utfyllende bestemmelser i eksisterende lovverk, forskrifter og retningslinjer. Herunder må det vurderes om det finnes tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag i det eksisterende lovverket til å følge opp brudd på vilkår fastsatt for gjennomføringen. Arbeidsgruppen skal utrede og komme med forslag til hvor prøveprosjekt med DC kan lokaliseres.

5.3.5 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av rusfeltet

Sosial- og helsedirektoratet startet i 2003, på oppdrag fra Sosialdepartementet, et arbeid knyttet til kvalitetsutvikling av tiltak for rusmiddelmisbrukere. Arbeidet er en del av arbeidet med "...og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten". Strategien omfatter sosialtjenesten og helsetjenesten på alle nivå, og har som utgangspunkt at alle innbyggere i Norge etter gjeldende lovgivning har rett til offentlige sosial- og helsetjenester av høy kvalitet. Rusmiddelmisbrukere skal tilbys bedre behandlings-, omsorgs- og skadereduserende tiltak. Kvalitetsutviklingen skal sikre tilstrekkelig kvalitet i behandlingen, først og fremst for rusmiddelmisbrukeren selv, men også for det offentlige som kjøper av helse- og sosialfaglig behandling.

Kvalitetsutviklingen innebærer at direktoratet skal beskrive status og peke på hovedutfordringene for tjenester til rusmiddelmissbrukere. Områder for kvalitetsforbedringer skal beskrives og det skal foreslås virkemidler for kvalitetsforbedringer, herunder skal kvalitetsindikatorer vurderes. Det skal videre vurderes om indikatorene kan ligge til grunn for utvikling av faglige retningslinjer, på samme måte som faglige retningslinjer er utarbeidet i pleie- og omsorgstjenestene. Det vil foreligge en sluttrapport ved utgangen av 2004.

5.3.6 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) inngår fra 1.1.2004 som ett av flere aktuelle behandlingstiltak for hardt belastede rusmiddelmissbrukere under de regionale helseforetakenes ansvarsområde. I handlingsplanen la Regjeringen opp til et ambisiøst mål om at det innen utgangen av 2002 ikke lenger skulle være ventetid av betydning for å bli inkludert i LAR. En sentral utfordring er å sørge for et helhetlig tilbud med god psykososial og medisinsk oppfølging, samtidig som målet er å avskaffe ventelistene. Tiltaket ble styrket med 13 millioner kroner i 2003, og ved utgangen av 2003 var det en økning på 447 pasienter sammenlignet med 2002. I 2003 startet arbeidet med en evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. Gjennom evalueringen, som avsluttes i løpet av 2004, vil vi blant annet få kunnskap om det lokale oppfølgingsarbeidet, herunder den samlede ventelistesituasjonen.

Helsedepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet om en vurdering av kriteriene for legemiddelassistert behandling, herunder effekt, antall, målgrupper og organisering. Vurderingen vil avsluttes ved utgangen av 2004.

I handlingsplanen pekes det på viktigheten av at rusmiddelmissbrukere i legemiddelassistert behandling får et helhetlig tilbud. Forskerkommisjonens rapport understreker også dette. En trygg bolig, skoleplass, arbeidstrening og en meningsfylt hverdag er alle viktige kriterier for en bedre livssituasjon for de tyngste misbrukerne. Dette er viktige oppgaver for kommunene, og krever utstrakt samarbeid mellom kommunene og helseforetakene.

I 2004 har Regjeringen økt tilskuddene til legemiddelassistert rehabilitering, inkludert arbeidsmarkedstiltak for personer som deltar i slik behandling, med 30 millioner kroner. Dette gir 85 tiltaksplasser for rusmiddelmissbrukere, fordelt på Trondheim, Bergen, Kristiansand og Romerrike. I tillegg til at tiltaket er med på å sikre en helhetlig oppfølging av LAR-pasienter, er det viktig for å forebygge og forhindre fattigdom blant denne gruppen. I Oslo er arbeidet med tiltaksplasser for metadonklienter godt i gang. Senter for medikamentassistert rehabilitering (MARIO) samarbeider med Aetat og Oslo kommune gjennom prosjektet MARY, for å gi personer på legemiddelassistert behandling (LAR) et målrettet tilbud. Tilbudet omfatter plasser i arbeidsmarkedstiltak med sikte på å komme tilbake til arbeidslivet. Erfaringene fra Oslo vil ligge til grunn for utviklingen av tilbudet i de nye kommunene.

5.3.7 Økt fokus på omsorg og skadereduksjon

I 2003 er satsingen på utbygging av lavterskel helsetiltak overfor de tyngste stoffmisbrukerne blitt ytterligere intensivert. Oslo har siden 1988 hatt gratis utdeling av rene sprøyter og kondomer til rusmiddelmissbrukere. Det blir årlig delt ut ca 2 millioner sprøyter. Også andre store kommuner har sprøyteutdeling. PRO-senteret i Oslo har en nasjonal kompetansesenterfunksjon, og gir et tilbud til gateprostituerte, både gjennom oppsøkende arbeid og ved å ha en varmestuefunksjon. Også i andre kommuner finnes lignende tiltak. Eksempler på rene omsorgstiltak er boliger med heldøgns bemanning, caféer og aktivitetstilbud av ulike slag.

5.3.8 Lavterskel helsetilbud

Rusmiddelmisbruk fører ofte til betydelige sosiale og helsemessige problemer. Mange av rusmiddelmisbrukerne, ikke minst de med tunge rusmiddelproblemer, har et underforbruk av helsetjenester. Det skyldes både at mange har problemer med å forholde seg til helsetjenesten, men også at helsetjenesten ikke har vært tilstrekkelig tilrettelagt for denne gruppen. Lavterskel helsetiltak er gatenære helsetilbud som skal bidra til å bedre rusmiddelmisbrukeres helse, livssituasjon og redusere faren for overdoser. Dette oppnås ved at tiltaket gir misbrukere tilbud om helsesjekk, vaksinasjoner, utdeling av brukerutstyr, smittevern, veiledning og oppfølging ved overdoser. Lavterskeltilbudene når ut til de mest utslåtte og problembelastede misbrukerne.

I flere kommuner blir lavterskel helsetiltak samordnet med øvrige helsetjenester, for eksempel legevakt og ambulansetjenester. Nye tiltak, blant annet tannhelsetiltak og "gatepsykiatriske hjelpetiltak", blir prøvd ut. I Handlingsplanen la Regjeringen opp til en videreføring, styrking og øking av antall lavterskel helsetiltak. I 2001 var tiltaket etablert i 8 kommuner og bevilgningene var på 8 millioner kroner. Tiltaket er ved utgangen av 2003 etablert i 35 kommuner. Dette betyr at 11 nye kommuner har igangsatt slike tiltak sammenlignet med samme tidspunkt i 2002. I 2003 ble arbeidet med etablering av en "lavterskel klinikk" i Oslo, i regi av Frelsesarmeen, startet opp. Tiltaket iverksettes fra høsten 2004.

Fra statens side er det øremerkede tilskuddet til lavterskel helsetilbud styrket med 14 millioner kroner i 2003. Totalt tilskudd i 2003 var på 35,5 millioner kroner. Samlet bevilgning til formålet i 2004 er på 43,4 millioner kroner. Kommunene rapporterer at de på denne måten lykkes i å nå de hardest belastede rusmiddelmisbrukerne med helsetjenester.

5.3.9 Sprøyterom

Stortinget har vedtatt å legge til rette for forsøk med sprøyterom og det er utarbeidet et lovforslag med tilhørende forskrifter som tar sikte på å gjøre forsøk med sprøyterom mulig, Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika. Det er blant annet foreslått at det for brukerne av sprøyterommet gjøres unntak fra legemiddelovens bestemmelser om straff for besittelse og bruk av én brukerdose narkotika.

5.3.10 Styrket innsats mot åpne salgs- og samlingssteder

Salgs- og samlingssteder for tungt belastede rusmiddelmisbrukere kan nærmest defineres som markedsplasser for illegale rusmidler hvor det foregår åpenlyst kjøp og salg av narkotika, omsetting av tyvegods og kobling mellom kjøpere og selgere. Selv om de fleste områdene er under overvåking, fungerer de også som rekrutteringsarena og skaper utrygghet. Situasjonen er mest påfallende på den såkalte Plata i Oslo.

Både fra Oslo kommune og Regjeringens side er det uttrykt behov for å løse de omfattende problemene disse rusmiddelmisbrukermiljøene representerer. Under ledelse av Oslo kommune og i samarbeid med fem departementer og Oslo Politidistrikt, er det utarbeidet og iverksatt en egen tiltaksplan for å ta hånd om disse utfordringene. Formålet er å etablere fullgode alternativer for tungt belastede rusmiddelmisbrukere med omfattende problemer og hjelpebehov, og slik kunne splitte opp åpne salgs- og samlingssteder for narkotikamisbruk.

Tiltaksplanen mobiliserer alle omsorgs- og rehabiliteringstiltak i Oslo til forsterket innsats overfor rusmiddelmisbrukerne i kommunen. Det er dessuten etablert et system for å sikre oppfølging og reetablering av rusmiddelmisbrukere som hører hjemme i Oslos nabokommuner. Planen følges opp av en egen styringsgruppe bestående av byråd, respektive statssekretærer og politimesteren i Oslo Politidistrikt.

Sosialdepartementet har bl.a. bidratt med 5 millioner kroner til tiltaksplanen og har også tatt initiativ og satt av midler til en erfaringskonferanse for å oppsummere erfaringer så langt. For Regjeringen er det et mål å kunne gjøre nytte av disse erfaringene også i andre byer med samme problematikk, om enn i mindre målestokk.

5.3.11 Bedre bo- og tjenestetilbud i kommunene – Prosjekt bostedsløse

Sosial- og helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning som tar sikte på å styrke de ordinære tjenestene i kommunene for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Tilskuddet gis til storbykommuner for å styrke oppfølging i bolig for bostedsløse og rusmiddelmisbrukere. Det ble i 2003 bevilget i alt 30 millioner kroner, hvorav 22 millioner har vært avsatt til tilskuddsordningen. Det er tildelt midler til sju storbykommuner og åtte av Oslos nabokommuner¹⁵.

Prosjekt bostedsløse er et 4-årig utviklingsarbeid som ble startet i 2001. Prosjektet er et samarbeid mellom Sosialdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Husbanken og Sosial- og helsedirektoratet, med deltakelse fra sju storbykommuner og tre frivillige organisasjoner. Formålet er å utvikle metoder og modeller for å forebygge bostedsløshet, gi mulighet for utprøving av lokale helhetlige løsninger og skape grunnlag og erfaringer for en nasjonal innsats/ strategi. Erfarings- og kunnskapsformidling står sentralt i arbeidet. Husbanken har prosjektlederansvaret.

Ved midtveisevalueringen høsten 2003 var det etablert, eller under etablering, i alt 25 bolig- og oppfølgingstiltak med i alt 210 boliger/plasser hovedsakelig for bostedsløse rusmiddelmisbrukere. Det er benyttet et bredt spekter av boligløsninger; fra vanlig kommunal utleiebolig eller privat utleiebolig i den ene enden, via samlokaliserte leiligheter, hybler med fellesareal, bofelleskap/ bokollektiv til sykehjemsplasser i den andre.

Det var i 2003 satt av 10,5 millioner kroner over Sosialdepartementets budsjett til dette arbeidet. I tillegg kommer midler fra Kommunal- og regionaldepartementet og Husbanken. Byggforsk er engasjert for å evaluere prosjektet, sluttrapport skal foreligge våren 2005. Regjeringen foreslår i boligmeldingen St.meld. nr. 23 (2003-2004) , som ble lagt frem i februar 2004, å videreføre og styrke innsatsen gjennom en nasjonal strategi mot bostedsløshet. Strategien definerer konkrete resultatmål som skal nås innen utgangen av 2007.

15 Storbykommunene er Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Drammen, Kristiansand og Tromsø. Nabokommunene til Oslo er Nesodden, Oppegård, Lørenskog, Bærum, Skedsmo, Asker, Nittedal, Frogn og Ås.

5.4 Internasjonalt samarbeid

5.4.1 *Det nordiske og internasjonale narkotikasamarbeidet.*

Samarbeidet er organisert hovedsakelig innenfor rammene av Nordisk Ministerråd, EU, Europarådet og FN. Samarbeidet er viktig fordi det:

- bidrar til en felles internasjonal front mot den ulovlige produksjonen av og handelen med narkotika,
- utveksles erfaring- og kunnskap om hvordan vi kan bedre annet forebyggende arbeid og gi bedre hjelp til narkotikamisbrukere, og
- formidles narkotikapolitiske synspunkter og holdninger

5.4.2 *Norden*

Norge hadde formannskapet i Nordisk Ministerråd i 2002. I løpet av året ble det arrangert to ekspertkonferanser om narkotikaproblemer. Den ene handlet om de nye, sentralstimulerende misbruksstoffene (bl.a. ecstasy), skadevirkninger og betydning for den enkelte misbrukeren. Den andre konferansen hadde helsetjenester til de tyngste misbrukerne som tema. Materialet fra konferansene er utgitt i bokform.

I det årlige møtet mellom ministre med ansvar for narkotikapolitikk, holdt i Oslo 19. november 2002, ble det vedtatt en strategi for samarbeid mellom Norden, de baltiske statene og Nordvest-Russland på narkotikaområdet. Dette ble fulgt opp med et nordisk – baltisk ministermøte, arrangert i Lund 24. september 2003 av det svenske formannskapet. Møtet vedtok en intensjonserklæring om videreutvikling av narkotikasamarbeidet.

I det nordiske samarbeidet inngår også et operativt samarbeid mellom politiet og tollmyndighetene (PTN). 36 sambandsmenn er utstasjonert i viktige produsent- og/eller transitland. Det at sambandsmennene arbeider for hele Norden har vakt internasjonal oppmerksomhet. Gjennom sambandsmennene og annen felles etterretningsvirksomhet er det rullet opp en rekke store narkotikasaker.

5.4.3 *EU*

Norge har siden 1. januar 2001 deltatt i arbeidet til EU's overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er norsk kontaktpunkt, og har ansvaret for å samordne rapporteringen om narkotikasituasjonen her hjemme. Den norske rapporten er tilgjengelig på www.sirus.no Senteret utgir en årlig rapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge, som er tilgjengelig på www.emcdda.eu.int

Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EU's Nordlige Dimensjon, som Norge er part i, skal bl.a. ha fokus på forebygging av omfattende folkehelseproblemer, inklusive HIV/AIDS, bruk av illegal narkotika og skadelige drikkemønstre. Det overordnede målet for partnerskapet er å fremme helse og livskvalitet og hente synergieffekter, samt å intensivere samarbeidet og koordinering av internasjonale aktiviteter.

5.4.4 *Europarådet*

På ministernivå samarbeider 34 europeiske medlemsstater i "Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs", til daglig kalt Pompidou-gruppen. Norge har vært medlem siden 1983. Gruppen har de senere årene hatt en viktig funksjon som brobygger mellom EU-landene og de øvrige europeiske landene på narkotikaområdet. I ministermøtet i

Dublin i oktober 2003 var det bred enighet om å fortsette samarbeidet på tross av at EU nå utvides med 10 nye medlemsstater.

Pompidougruppen har bl. a. etablert et nettverkssamarbeid mellom personell som jobber med kontroll i internasjonale lufthavner, utviklet kriterier for måling av omfanget av misbruk av narkotika, og bidrar i betydelig grad til kunnskaps- og erfaringsutveksling på narkotikaområdet. Mer informasjon er tilgjengelig på www.coe.int

5.4.5 FN

Norge har ratifisert de tre narkotikakonvensjonene - grunnpilarene i den internasjonale kontrollen med narkotika. I perioden 2004 – 2007 er Norge dessuten medlem av FN's Narkotikakommisjon, som er det sentrale policyorganet for narkotikaspørsmål i FN-systemet. Kommisjonen følger opp vedtak gjort av Generalforsamlingens spesialsesjon "Countering the World Drug Problem Together" i juni 1998. Et ministermøte i tilknytning til Narkotikakommisjonens møte i 2003, der 132 medlemsstater deltok, oppsummerte erfaringene så langt. Det ble konkludert med at det har vært gjort fremskritt i kampen mot ulovlig produksjon av og handel med narkotika siden 1998, men at medlemsstatene må oppprioritere FN's arbeid på narkotikaområdet dersom det skal oppnås bedre og mer varige resultater. Mer informasjon er tilgjengelig på www.unodc.org

5.4.6 Internasjonalt alkoholpolitisk samarbeid

Det er et sentralt mål for Regjeringen å arbeide for at arbeidet med alkoholproblemene løftes høyere opp på dagsordenene både i europeisk sammenheng og globalt. Nordisk Ministerråd, WHO og EU/EØS er viktige arenaer for dette arbeidet.

5.4.7 WHO

Det arbeidet som WHO's Regionkontor for Europa la ned på alkoholområdet i perioden 1992 til 2001, har hatt stor betydning for det forebyggende alkoholarbeidet i hele Europa, og det har også fått ringvirkninger utenfor regionen. Det har i den senere tiden vært en viss uro knyttet til hvilken prioritet Europakontoret ønsker å gi alkoholarbeidet i framtiden. Norge har derfor i det siste året arbeidet aktivt for å forhindre at alkohol nedprioriteres der. Bl.a. har både sosialministeren og helseministeren tatt dette opp i samtaler direkte med regiondirektøren i København.

Regjeringen har også arbeidet for at alkoholspørsmål kommer høyere opp på dagsordenen i global sammenheng i WHO. Dette ble tatt opp av sosialministeren på Nordisk Råds Ministermøte for sosialsaker i Karlskrona i august 2003, og det ble her tatt initiativ til å etablere en nordisk plattform for dette arbeidet. Samarbeidet har så langt resultert i at Island, på grunnlag av nordisk enighet, la frem et forslag til resolusjon på WHO's styremøte i januar i år.

Resolusjonen hadde et fokus på helsefremmende arbeid med særlig vekt på å redusere risikofaktorer. Alkohol ble særlig løftet frem fordi andre viktige livsstilsrisiki; tobakk, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet, var ivaretatt i tobakkskonvensjonen og ulike andre resolusjoner, og fordi WHO ikke har hatt en resolusjon om alkohol på dette nivået siden 1983. Det tas sikte på å få resolusjonen vedtatt på Verdens Helseforsamling i mai.

5.4.8 EU/EØS

Norge deltar i EUs nye folkehelseprogram, og dette programmet brukes nå til å finansiere et tre års prosjekt til mer en 12 millioner kroner som kalles "Bridging the gap between science and alcohol policy". Det er den europeiske paraplyorganisasjonen Eurocare som leder prosjektet.

tet og Sosial- og helsedirektoratet er med som partnere i prosjektet. Målet med prosjektet er å bygge et nettverk i EU mellom dem som arbeider for en restriktiv alkoholpolitikk, og å utvikle gode metoder for hvordan kunnskap fra forskningsfeltet kan brukes til å forme en effektiv alkoholpolitikk.

Norge er også med i en arbeidsgruppe om alkohol og helse under EU-Kommisjonen for helse og forbrukerpolitikk. Arbeidsgruppen følger opp to vedtak fra EUs ministerråd i 2001, det ene om ungdom og alkohol og det andre om en alkoholstrategi for EU.

EUs helseministere ba i 2001 Kommisjonen om å utarbeide et forslag til en alkoholpolitisk strategi innen 2005, basert på sammenhengen mellom totalkonsum og totale skader, og tidlig debutalder og senere forbruksnivå. Strategien skal legge frem forslag til tiltak innen "alle relevante politikkområder" deriblant markedsføring og avgifter. Kommisjonen forbereder nå først en studie av hvilke detaljerte erfaringer som finnes om en effektiv alkoholpolitikk. Siden vil de legge frem et forslag for helseministrene neste år. Kommisjonen vil også arrangere en konferanse i 2005 om "Alkohol, helse og samfunn".

Utgitt av:
Sosialdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Statens forvaltningstjeneste
Kopi- og distribusjonsservice
Postboks 8169 Dep, 0034 Oslo
E-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no
Telefaks 22 24 27 86

Oppgi publikasjonsnummer: U-0012 B

Forsidefoto: Scanpix/Corbis
Trykk: www.kursiv.no 07/2004 – 2000