



Forslag til

HELHETLIG RUSMIDDELPOLITISK

HANDLINGSPLAN 2008 - 2012

FOR

GRIMSTAD KOMMUNE

Vedtatt av kommunestyret 29.09.08

FORORD

Foreliggende Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008-2012 for Grimstad kommune ble vedtatt av kommunestyret 29. september 2009.

I vedtaket legges det til grunn at planen skal legges fram for KS innen utgangen av 2009 og da med mer detaljert oversikt over målrettet tiltak og tidsperspektiv for iverksetting av tiltak.

Kommunestyret har også i sitt vedtak bedt rådmannen i sitt videre arbeid med planen prioritere tiltak overfor de ungdommene og de ungdomsmiljøene som akkurat har begynt eller står i fare for å ruse seg.

Grimstad, 2. oktober 2008

Ivar Lyngstad
Kommunalsjef

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNHOLDSFORTEGNELSE	3
SAMMENDRAG	4
1 INNLEDNING	5
1.1 Erfaringer fra eksisterende planer	6
1.2 Lovgrunnlaget i planen.....	6
2 HVA SIER FORSKNINGEN OM RUSMIDDELFØREBYGGING?	8
3 BESKRIVELSE OG VURDERING AV RUSMIDDELSITUASJONEN	10
3.1 Rusmiddelsituasjonen i Norge	10
3.2 Alkoholrelaterte problemer blant ungdom	10
3.3 Rusmiddelsituasjonen i kommunen	12
3.4 Spesielle utfordringer i rusarbeidet	14
3.4.1 Psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk.....	14
3.4.2 Legemiddelassistert rehabilitering - LAR	15
3.4.3 Samkjøring av ressurser i det kommunale tjenesteapparatet.	16
3.4.4 Boligsituasjonen for rusmisbrukere i Grimstad kommune	17
3.4.5 Ruskompetansen i tjeneste/hjelpeapparatet i kommunen.....	17
4 RUSMIDDELPOLITISKE INNSATSOMRÅDER, MÅL OG STRATEGIER	18
4.1 Nasjonale mål og strategier	18
4.2 Mål, innsatsområder og strategier i Grimstad kommune	18
5 TILTAK	20
5.1 Forebyggende tiltak.....	20
5.1.1 Tiltak for å regulere tilgjengeligheten av alkohol	20
5.1.2 Allmennforebyggende tiltak.....	22
5.1.3 Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper	23
5.2 Oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere	25
LITTERATURLISTE	27

SAMMENDRAG

Kommunestyret i Grimstad fattet 30.04.07 enstemmig vedtak om å utarbeide en ”Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan” (K-sak 07/452). *Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008 – 2012* erstatter *Alkoholpolitisk plan*¹ og *Rusforebyggende handlingsplan*.

Planen tar opp i seg nyere forskning om rusmiddelforebygging, med vekt på forebygging av alkoholbruk og alkoholrelaterte skader. Forskning dokumenterer at begrensninger av alkoholens tilgjengelighet, samt en restriktiv håndheving av salgs- og skjenkebestemmelsene er de mest effektive tiltakene for å redusere alkoholrelaterte skader – særlig der hovedfokus er barn og unge.

Det er vanskelig å gi en helhetlig og fullgod beskrivelse av russituasjonen i kommunen. Imidlertid indikerer lokal kunnskap og data fra nasjonale undersøkelser at barn og ungdom er den viktigste målgruppen for en rusmiddelpolitisk plan. I tillegg synes det viktig å rette oppmerksomheten mot særskilte risikogrupper. Personer med alvorlig psykiske lidelser kombinert med rus, representerer store utfordringer både økonomisk og faglig. Boliger med oppfølging til disse brukere synes å være en av de viktigste utfordringen å få løst på kort sikt.

Planen inneholder ulike tiltak innenfor følgende to innsatsområder:

1. Forebyggende tiltak

- Tiltak for å regulere tilgjengeligheten av alkohol
 - Bevillingsordningen, fastsettelse av vilkår for hvordan salg og skjenking skal skje og kontroll med at vilkårene blir overholdt.
- Allmennforebyggende tiltak
 - Skoleundersøkelse
 - Forum for forebyggende rusarbeid
- Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper
 - Forsterket bruk av programmene ICDP og PMTO
 - Helsestasjonen for unge utvides til også å omfatte tilbud til rusutsatt ungdom
 - Ungdomskontrakter - en alternativ reaksjonsform rettet mot unge lovbyggere
 - Tidlig intervensjon i forhold til bruk av rusmidler rundt graviditet og i sped/småbarnsfamilier
 - Revitalisering av basisteamene

2. Oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere

- Etablering av rusteam
- Kompetanseutvikling
- Styrking av botilbud, tilsyn, omsorgs-, aktivitets- og rehabiliteringstiltak til personer med dobbelindikasjon

I tillegg til disse tiltakene vil kommunen videreføre en rekke tiltak som allerede eksisterer, og som en har god erfaring med.

Andre kommunale planer, eksempelvis *Plan for psykisk helse* (”Et samfunn for alle”), *Boligsosial handlingsplan* og *Ungdomsplanen* som er under utarbeidelse, vil støtte opp under arbeidet med å realisere målsettinger i denne planen. Disse planene må således ses i sammenheng.

¹ Vedtatt i kommunestyret 26.04.04 og i Plan og økonomiutvalget 09.11.2004.

1 INNLEDNING

Forskning viser at bruk av alkohol og narkotika bør ses i sammenheng, blant annet fordi tidlig alkoholdebut øker risikoen for bruk av narkotika. Undersøkelser viser dessuten at blandingsmisbruk av flere rusmidler er mest utbredt blant rusmiddelmissbrukere i Norge. Helsedirektoratet understreker også viktigheten av at kommunene fører en enhetlig rusmiddelpolitikk ved at de ser bevillingsordninger og øvrig forebygging i sammenheng med behov for innsats på rehabiliteringsområdet. Mangelfulle eller dårlig målrettede forebyggingstiltak fører til økt behov for oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere. Dette er bakgrunnen for at Helsedirektoratet anbefaler at kommunene utformer en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan.

I alkoholpolitikken er det flere legitime og til dels kryssende interesser. Blant disse er hensynet til sosial- og helseinteressene, hensynet til næringsinteresser, og til at alkohol skal være tilgjengelig sentralt. Helheten i alkoholpolitikken taler for at vi skal ta vare på alle disse interessene. Det er likevel en god tradisjon i vårt land at helse- og sosialpolitiske hensyn har vært svært viktige, og i planarbeidet bør kommunen legge vekt på behov for å forebygge de problemene som bruk og misbruk av rusmidler fører med seg.

Forebygging, kontrolltiltak og behandling kan oppfattes som separate innsatsområder som ikke har noe med hverandre å gjøre. Imidlertid representerer de kontrollpolitiske tiltakene for å redusere tilgjengeligheten av rusmidler en viktig forebyggende rolle, og har stor betydning for utviklingen av rusmiddelskader og misbruk. Forebygging blir følgelig det overordnede prinsippet for all innsats på rusmiddelområdet.

Foreliggende *Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan* sammenfatter den lokale rusmiddelpolitikk med målsetting om å begrense og hindre skadelig bruk av alkohol, legemidler eller narkotiske stoffer. Målgruppe er hele befolkningen, men med spesielt fokus på barn og unge, risikoutsatte grupper og allerede etablerte brukere, deres pårørende og omgivelser.

Kommunestyret i Grimstad fattet 30.04.07 enstemmig vedtak om å utarbeide en ”Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan” (K-sak 07/452). Denne planen erstatter nåværende *Alkoholpolitisk plan*² og *Rusforebyggende handlingsplan*. Arbeidet med denne planen har skjedd i samarbeide med og under veiledning av ”Regionalt kompetansesenter for rusmiddelspørsmål” ved Borgestadklinikken. Representanter fra både administrasjonen og politikerne har vært involvert i arbeidet med planen.

Det er viktig å understreke at andre kommunale planer, eksempelvis *Plan for psykisk helse* (”Et samfunn for alle”), *Boligsosial handlingsplan* og *Ungdomsplanen* som er under utarbeidelse vil støtte opp under arbeidet med å realisere målsettinger i denne planen. Videre er det relevant å peke på at i *God opplæring for alle* (2007), *Plan for kvalitetsutvikling i Grimstadskolen* (2007-2010) og *Plan for spesialpedagogiske tjenester i Grimstad kommune* (2008-2011) står prinsippet om tidlig intervensjon meget sentralt.

² Etter alkohollovens § 1-7d skal kommunene utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner. Bestemmelsen trådte i kraft fra 1.1.1998.

1.1 Erfaringer fra eksisterende planer

Alkoholpolitisk plan har hatt følgende målsettinger:

- *Å føre en bevillingspolitikk som begrenser alkoholens samfunnsmessige og individuelle skadevirkninger. Kommunen vil tilstrebe å føre en bevillingspolitikk som kan gi forutsigbarhet når det gjelder næringens rammevilkår.*
- *Å begrense det skadelige alkoholforbruket ved en restriktiv bevillingspolitikk, satsing på forebyggende rustiltak, støtte til informasjons- og holdningstiltak og effektive kontrolltiltak.*
- *Å minske bråk og uro i kommunen på kvelds- og nattetid.*

Næringspolitisk målsetting synes å være nådd. I Grimstad er det gjennomgående lett å få salgs- og skjenkebevilling, og det registreres relativt få sanksjoner.

Det er lite trolig at man har klart å begrense alkoholens samfunnsmessige og individuelle skadevirkninger. Planen har i liten grad medført en restriktiv bevillingspolitikk. Økt tilgang gir økt forbruk med påfølgende konsekvenser.

Rusforebyggende handlingsplan har hatt følgende målsettinger:

- *Utvikle et engasjement i lokalsamfunnet.*
- *Bevisstgjøre og styrke foreldre i sin oppdragerrolle.*
- *Utvikle støttende og inkluderende miljøer i skolen, i frivillige organisasjoner og i nærmiljøet.*
- *La elever i skolen formidle budskap til yngre elever.*
- *Tilpasse ulike opplegg til den virkeligheten barn og unge er i.*
- *Nå målgruppen før debut av rusmidler. Jevnlige rus forebyggende tiltak for målgruppen 6-12år og 13-16 år og gruppen over 16 år.*
- *Gi barn og ungdom fritidstilbud som er meningsfulle og som reduserer etterspørselen av rusmidler.*
- *Utvikle rusfrie arenaer og positive møteplasser.*
- *Få voksne til å være positive rollemodeller og oppdragere for barn og ungdom.*
- *Ha et langsiktig perspektiv over innsatsen.*
- *Evaluerer planen regelmessig.*

For å nå målene, nevner planen eksisterende tiltak samt tiltak som foreslåes etablert. En del foreslåtte tiltak er etablert samtidig som de fleste etablerte tiltak videreføres.

Når det gjelder måloppnåelse i forhold til målgruppene barn, unge og foreldre, er det vanskelig å måle effekten av tiltak da dette ikke er kartlagt.

Rusforebyggende handlingsplan gir uttrykk for ønsket om å effektivisere arbeidet ved ”i større grad samordne de økonomiske og menneskelige ressursene på tvers av etatene”. Denne målsetting er ikke nådd og videreføres som utfordring i Helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008 – 2012.

1.2 Lovgrunnlaget i planen

Følgende lovgrunnlag gjelder for denne planen:

- Lov om omsetning av alkoholholdig drikk av 2. juni 1989 nr.27, revidert 1. juli 2005

- Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr. 81
- Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999
- Lov om vern av smittsomme sykdommer av 5. august 1994 nr. 55
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999
- Lov om helsetjenester i kommunene av 19. november 1982 nr. 6

Sosialtjenesten har et særskilt ansvar for å følge med i utviklingen i kommunen, herunder situasjonen på rusfeltet. Ansvar for undersøkelse og kartlegging av situasjonen, samt iverksettelse av tiltak ligger i sosialtjenesten. Dette følger av Sosialtjenestelovens § 3.1 første og tredje ledd:

Sosialtjenesten skal gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer.

Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk”.

2 HVA SIER FORSKNINGEN OM RUSMIDDELFOREBYGGING?

Flere studier er gjennomført med sikte på å måle effektene av tiltak som er iverksatt på rusfeltet.

I en gjennomgang av åtte evalueringsundersøkelser ble det avdekket at de fleste hadde begrenset effekt på alkoholbruk og relaterte skader (Gorman og Speer 1996). I følge forfatterne skyldtes det bl.a. at det oftest ble satset på intervensjoner rettet mot individuell atferdsendring framfor å endre ytre faktorer som påvirker den aktuelle atferden.

I en artikkel av Treno og Lee (2002) presenteres evalueringene av seks lokalbaserte tiltak med gode (eller i det minste lovende) resultater med hensyn til å redusere alkoholrelaterte problemer. Artikkelen opererer med en noe smalere definisjon av lokalbaserte tiltak, nemlig "local environmental interventions". Samtlige tiltak hadde satset på å endre omgivelsene for alkoholbruk, framfor å ta i bruk individrettede strategier. I følge en annen artikkel som presenterer funn fra seks evalueringer viste resultatene at lokalbaserte tiltak gir moderate effekter når det gjelder å redusere problemer knyttet til alkoholbruk (Giesbrecht og Haydon 2006).

I to andre oppsummeringer har man beskrevet ni lokalbaserte tiltak (Holder 2004, Treno m.fl. 2005). Disse tiltakene har hatt fokus på å endre omgivelsene og har hatt hele befolkningen som målgruppe. Videre har de forsøkt å mobilisere hele lokalsamfunnet for å oppnå ønskede endringer og brukt media aktivt for å påvirke lokale beslutningstagere. Holder (2004) konkluderer i sin gjennomgang med at veldefinerte, teoriforankrede lokalbaserte tiltak av denne typen har et potensial når det gjelder å redusere alkoholrelaterte problemer. Han har også påpekt at satsing på opplæring og på selektive tiltak i liten grad bidrar til å redusere rusmiddelbruk og relaterte problemer. Samtidig understreker han at det har vært få forsøk på å endre de lokale omgivelsene og kontekstene som skaper problemer.

I en studie av et femårig prosjekt fra USA med målsetting om å redusere risikofylt alkoholbruk og alkoholrelaterte skader i hele befolkningen, ble det påvist positive effekter av tiltak som tok sikte på å endre de sosiale og strukturelle omgivelsene for alkoholbruk. Tiltakspakken besto av følgende komponenter: - mobilisere lokal støtte til prosjektet, - fremme ansvarsfull alkoholservering på utesteder, - redusere mindreåriges alkoholbruk ved å begrense deres tilgang på alkohol, - styrke lokal håndhevelse av lover knyttet til alkohol og kjøring, og - utvikle lokale restriksjoner for å redusere tilgangen på alkohol. Konklusjonen var at en omfattende og godt samordnet innsats med fokus på å endre ytre faktorer som påvirker alkoholbruk, kan redusere risikofylt drikking og alkoholrelaterte skader.

Også Babor m.fl. (2003) konkluderer med at tiltak for å begrense tilgjengeligheten av alkohol (f.eks. begrensnings av antall salgs- og skjenkesteder, og salgs- og skjenketider) har veldokumenterte effekter på rusmiddelbruk og rusmiddelskader.

Statens institutt for rusmiddelforskning har gjennomført en omfattende evaluering av "Regionprosjektet" (SIRUS, rapport nr. 6/2007, *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*). Prosjektet var en del av Bondevik II-regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005). Hovedmålsettingen med prosjektet var å utvikle gode forebyggende tiltak, og å videreutvikle eksisterende tiltak, med sikte på å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader.

Hovedfokuset var på barn og unge. Konklusjonen var at Regionprosjektet bare på noen områder skapte endringer som samsvarte med Handlingsplanens målsettinger. Det gjaldt først og fremst målsettingene om lokal samordning og samarbeid. Forskerne avdekket derimot ingen holdepunkter for at innsatsen hadde bidratt til mindre rusmiddelbruk, færre alkoholrelaterte problemer og redusert tilgjengelighet av alkohol blant ungdom. Hovedmålsettingen for prosjektet ble dermed ikke nådd. Dette så forskerne i sammenheng med at ingen kommuner satset på de mest virksomme strategiene – nemlig begrensninger av alkoholens tilgjengelighet (mht. antall salgs- og skjenkesteder, samt åpningstider for omsetning av alkohol), og intensivert håndheving av salgs- og skjenkebestemmelsene (kontroller og sanksjoner).

Gjennom alkoholloven har kommunene betydelige muligheter for å begrense tilgjengeligheten av alkohol (både med hensyn til antall og åpningstider for salgs- og skjenkesteder). Det er godt dokumentert at alkoholens tilgjengelighet påvirker konsumnivået og omfanget av alkoholrelaterte skader i befolkningen (Babor m.fl. 2003, Anderson og Baumberg 2006). En vesentlig innstramning i antall salgs- og skjenkesteder vil med all sannsynlighet gi gunstige forebyggingseffekter på dette området. Tilsvarende gjelder også for begrensning av salgstider i butikkene og skjenketider på serveringsstedene.

Alkoholloven pålegger alle norske kommuner å føre kontroll med salgs- og skjenkesteder. Det skal utføres i gjennomsnitt minst tre kontroller per salgs- og skjenkested, og hvert enkelt salgs- eller skjenkested skal bli kontrollert minst en gang i løpet av året. Svært mange kommuner har satt ut denne kontrollvirksomheten til private aktører (vaktelskaper o.l.). Når det gjelder sanksjoner for brudd på salgs- og skjenkebestemmelsene, viser tall fra norske kommuner at til tross for et stort antall utførte kontroller, blir det iverksatt svært få sanksjoner. Dette kunne kanskje vært et uttrykk for at det er få brudd på disse bestemmelsene. En rekke studier viser imidlertid at mindreårig ungdom ofte får kjøpt alkohol i butikker og på skjenkesteder (Rossow m.fl. 2005; Storvoll m.fl. 2007; Rossow m.fl. 2007). Overskjenking synes også å være et utbredt fenomen (Buvik og Baklien 2006; Lauritzen og Baklien 2007). Etter alt å dømme blir slike regelbrudd sjelden avdekket av kontrollene.

3 BESKRIVELSE OG VURDERING AV RUSMIDDELSITUASJONEN

3.1 Rusmiddelsituasjonen i Norge

Med rusmidler menes i planen alle stoffer som gir rus på grunn av sin virkning på hjernen. Disse omfatter alkohol, illegale stoffer (cannabis, amfetamin, heroin osv.), løsemidler og visse legale legemidler (sovemidler, beroligende midler) (Regjeringens handlingsplan 2003-2005).

Flere grunnleggende valg i norsk rusmiddelpolitikk utfordres. Alkoholomsetningen øker og "kontinentale drikkevaner" kommer i tillegg til de tradisjonelle norske. Alkoholforbruket blant ungdom økte betydelig på slutten av 1990-årene, og holdningene i befolkningen til alkohol blir mer liberale. I tillegg utvikles det stadig nye produkter for å vinne enda større markedsandeler. Beregnet gjennomsnittlig forbruk av alkohol for ungdom mellom 15 – 20 år har gått betydelig opp de siste årene fra et gjennomsnitt på 3,04 liter ren alkohol i 1996 til 4,84 liter i 2005 (Rusmidler i Norge 2005, SIRUS).

I tillegg utvikles en rekke nye produkter som har som formål å etablere nye drikkemønstre blant unge (eksempelvis ulike typer rusbrus). Økt kjøpekraft blant folk flest, også de unge, har bidratt til å øke konsumet av ulike typer alkohol.

Narkotikamisbruket blant ungdom økte på slutten av 1990-tallet. Økningen ser ut til å være størst utenfor de største byene. Hurtige endringer, høyere aksept for bruk av illegale rusmidler, rekreasjonsmisbruk, økt forventning til medikamentelle løsninger på besvær og vansker, utstrakt eksperimentering og kombinasjonsmisbruk har preget utviklingen (Regjeringens Handlingsplan 2003-2005).

Bruk av cannabis blant ungdom mellom 15-20 år økte betydelig fra 1990 – 2000, men har gått noe ned siden tusenårsskiftet. Antall amfetaminbrukere har økt fra 1,2 % i 1990 til 4,1 % i 2005. Antall kokainbrukere har også økt, mens sniffere har gått noe ned (Rusmidler i Norge, 2005, SIRUS). Det er en tendens til nedgang i antallet opiatmisbrukere.

Selv om det kan være svakheter i tallene, er SIRUS-forskerne rimelig sikre på bildet i statistikkene (www.sirus.no). Det er grunn til å konkludere med at en viss endring i retning av mindre bruk av rusmidler er på gang for gruppen under 20 år. Generelle holdningsendringer, som disse funnene kan reflektere, er nyttig kunnskap i forebyggings- og intervensjonsarbeid

3.2 Alkoholrelaterte problemer blant ungdom

Alkohol synes å være det dominerende rusmidlet, også blant ungdom. Ser vi på rusmiddelbruk/misbruk, utgjør alkoholen alene et langt større problem enn øvrige rusmiddelgrupper til sammen. Det er stor sannsynlighet for at langt de fleste problemer for pårørende (barn/ektefeller/foreldre osv.) som følger av rusmiddelbruk i nær familie, har sin bakgrunn i alkoholbruk.

I Norge har 80-85 % av 15-16 åringer smakt alkohol. Gjennom sosial læring utvikler barn og unge positive forventninger til alkohol ved observasjon av hva som skjer med voksne når de drikker (Goldman, Brown, Christiansen, Smith, 1991). For noen unge kan tidlig alkoholdebut føre til alvorlige helseproblemer, noe som medfører større risiko for å bli innblandet i ulykker, vold og andre individuelle og samfunnsmessige problemer når de ruser seg. Blant ungdom

mellom 15 og 25 år er komplikasjoner og skader pga. fyll den nest viktigste dødsårsaken, etter selvmord. 60 % av de som smittes av kjønns sykdom, smittes i alkoholrus.

Forskningsresultater fra Boston i USA har vist at jo tidligere en person begynner å drikke alkohol i ungdommen, desto større risiko har personen for å utvikle alkoholavhengighet i voksen alder. Det kan se ut som om norsk ungdom i stor utstrekning kan få tak i alkohol, på tross av en lovbestemt aldersgrense for kjøp.

Følgende data er hentet fra rapporten *Assen hæ di de?* (Levekår og helse for ungdom i Aust-Agder 16-24 år, Fylkesmannen i Aust-Agder, Sosial- og helseavdelingen 2008).

Her framgår det at norsk ungdom drikker mer alkohol nå enn før, fra et gjennomsnitt på 3 liter ren alkohol på 1990-tallet til rundt 5 liter i 2007. Gjennom en studie på 20.000 unge i alderen 13 og 19 år, har forskerne Hilde Pape og Ingeborg Rossow bidratt med nye data om omfanget av alkoholrelaterte problemer blant unge. En av seks ungdommer hadde pådratt seg fysiske skader som følge av vold, ulykker eller selvskading i tilknytning til drikking det siste året. De samme ungdommene blir krangleverne og aggressive når de drikker, samt har en økt sannsynlighet for promillekjøring og kombinert bruk av alkohol og narkotika.

Blant jentene på videregående skole oppga 6 % at de var blitt seksuelt utnyttet uten å kunne yte motstand på grunn av tung alkoholrus i løpet av det siste året. En av fire elever hadde hatt sex uten prevensjon i forbindelse med drikking, mens en av sju hadde hatt frivillig sex i påvirket tilstand, som de angret på.

Problemer, skader og risikoatferd i forbindelse med drikking er mest utbredt blant de eldste ungdommene, som også drikker oftest og mest. Blant elevene i videregående skole har 38 % vært beruset mer enn ti ganger siste år, mot 10 % av elevene i ungdomsskolen. Blant skoleungdom med en "fuktig" livsstil, er de yngste mer utsatt for negative utfall av drikking enn de eldste. De yngste som drikker mye, har blant annet oftere vært i fylleslagsmål (41 % mot 33 % av de eldre), gjort hærverk (38 % mot 27 %) og skadet seg med vilje (32 % mot 25 %) i påvirket tilstand. De yngste høykonsumentene har også oftere opplevd et bredt spekter av problemer enn de eldste høykonsumentene.

Pape og Rossow konkluderer at det er spesielt viktig at det forebyggende arbeidet fanger opp ungdom som begynner å drikke regelmessig i ungdomsskolen. Selv om gruppen er liten, trengs tiltak som kan rettes mot hele ungdomsbefolkningen.

Forskning viser at Aust-Agder er det fylket i landet hvor det gjennomsnittlige årlige forbruk i antall liter ren alkohol i aldersgruppen 21-30 år er lavest – 4 liter mot Oslo med 6,4 liter.

Når det gjelder illegale rusmidler har man ikke tilgjengelige data for Aust-Agder fylke for annet enn cannabis bruk, og bare for gruppen 21 – 30 år. Aust-Agder har en relativt høy andel som har brukt cannabis i løpet av de siste 6 måneder (regelmessige brukere) sammenlignet med andre fylker.

Fylkesmannens rapport peker også på en interessant "døråpner-effekt". Bruk av tobakk i ungdomsmiljøene har en interaksjon med alkoholprodukter. Tidlig bruk av alkoholprodukter foregår typisk på "hjemme alene" fester og annet i weekendene, mens tobakk benyttes for videreføring på ukedager. Bruk av de legale midlene har en positiv korrelasjon med bruk av hasj og andre illegale rusmidler. Nesten 50 % av unge tobakksbrukere har brukt eller bruker

hasj. 28 % av unge alkoholbrukere har brukt eller bruker hasj. Ungdom som ikke benytter tobakk og/eller alkohol vil i forsvinnende liten grad prøve hasj og andre illegale rusmidler

En undersøkelse ved Statens institutt for rusmiddelforskning - SIRUS som er gjort på oppdrag av Studentsamskipnaden i Oslo, viser at kvinnelige studenter har økt sitt alkoholforbruk med 28 % fra 1997 til 2006. For mannlige studenter er økningen på 23 %. Studentene drikker ikke oftere, men mer hver gang de drikker. 1 av 3 studenter har et drikkemønster som innebærer en høy risiko for helseskader, hvis det blir opprettholdt. Rapporten bygger på en spørreundersøkelse blant 1655 studenter ved Universitetet i Oslo om bruk av alkohol, narkotika, tobakk og pengespill. Resultatene fra 2006 er sammenlignet med tall fra en tilsvarende undersøkelse i 1997.

3.3 Rusmiddelsituasjonen i kommunen

Grimstad har en befolkningsstruktur med noe flere unge og noe færre eldre enn gjennomsnittet for landet. Det flytter relativt mange mennesker ut og inn av Grimstad hvert år. De siste 15 årene har det årlig i gjennomsnitt flyttet ca. 800-1000 mennesker til Grimstad. I snitt har den årlige nettoinnflyttingen vært på 150 personer. Tilflyttingen er primært knyttet til unge barnefamilier. I 2005 er det f.eks. tilflyttet over 50 barn i barnehagealder og 60 barn i grunnskolealder. Veksten i kommunens barnetall, defineres som høy (1 %), og fødselsraten er i dag på 240 – 250 pr. år.

Kommunen er vertskommune for en stor gruppe studenter og skoleelever – et antall som ventelig vil øke i tiden fremover med bakgrunn i etableringen av Agder universitet. Grimstad har i sommersesongen et betydelig antall turister som setter sitt preg på lokalsamfunnet. I tillegg til dette har vi store festivaler om sommeren som både øker tilgjengeligheten og omsetningen av alkohol.

I perioden 1995 – 2002 var Grimstad blant den ¼ delen av norske kommuner med de største utfordringer i levekårssammenheng. Grimstad scorer bedre enn landsgjennomsnittet på utdanning, men når det gjelder personer med sosialhjelp, uføretrygd og arbeidsledighet har Grimstad lenge ligget dårligere enn landsgjennomsnittet. Tendensen etter 2002 viser en liten bedring, bl.a. har arbeidsledigheten gått vesentlig ned. Levekårsindeksen er gått ned fra 7,9 i 1999 til 7,4 i 2004. For 2006 viser indeksen 7,2 hvilket utgjør en ytterligere forbedring, men kommunen har ennå et stykke igjen før vi kan si oss fornøyd.

Det er underskudd av arbeidsplasser i kommunen. Inn- og utpendlingen er dermed av stor betydning. Det felles bo- og arbeidsmarkedet som Agderbyen utgjør, er preget av stor mobilitet. Arendal er Grimstad folks viktigste pendlerkommune. Arbeidsledigheten er i dag på ca. 1,3 %.

Grimstad er en vekstkommune, noe som også preger kommuneøkonomien. Kommunen har de siste årene vært gjennom en omorganisering og flere omstillingsprosesser hvor målet har vært å redusere utgiftene.

De forholdene det her er pekt på, gir kommunen særskilte utfordringer i rusmiddelarbeidet. En situasjon hvor en relativ stor andel av befolkningen består av unge mennesker gir særskilte utfordringer i det forebyggende arbeidet.

Det foreligger ikke statistikk som systematisk beskriver rusmiddelsituasjonen i Grimstad kommune. Imidlertid er det grunn til å anta at den situasjonen som er beskrevet for Aust-Agder i kapittel 3.2 er representativ også for kommunen. Disse dataene legges derfor til grunn i arbeidet med denne planen.

I tillegg beskriver følgende nøkkeltall viktige sider ved rusmiddelsituasjonen i kommunen per utgangen av 2007.

Registrert alkoholomsetning:

Alkoholomsetningen ved salgs- og skjenkesteder var totalt på ca 962.000 liter alkohol, hvor brennevin utgjorde ca 4.850 liter. Den totale omsetningen har økt med ca 5 % siden 2005. Det må i tillegg bemerkes at omsetningen ved Skralfestivalen og Nytelsesfestivalen ikke er inkludert i disse tallene.

Regulering av salg og skjenking:

- Antall salgssteder: 15 med en omsetning på ca 786.000 liter.
- Antall vinmonopolutsalg³: 1 utsalg med en omsetning på ca 258.760 liter. Dette utgjør en økning fra 2005 på ca 7.2 %.
- Antall skjenkesteder: 27 med en omsetning på ca 176.000 liter.
- Kommunale regler for salgstider; åpnings- lukketider
 - Kl 08:00-20:00 på hverdager og dagen før Kristi Himmelfartsdag
 - Kl 08:00-18:00 på dager før søn- og helligdager og på nyttårsaften
 - Kl 08:00-16:00 på jul-, påske- og pinsaften
 - Salg og utlevering av øl er forbudt på søn- og helligdager, 1. og 17. mai, samt valgdagene.
- Kommunale regler for skjenketider; åpnings- og lukketider: Grimstad kommunestyre vedtok i møte 26.05.08 å endre skjenketiden for alkoholholdig drikk fra kl. 09:00 - 03:00 til kl. 09:00 – 02:00. Forskriften trer i kraft fra 01.09.08.
- Hvor ofte foretas kontroll av salgssteder (salgstider, salg til berusede og til mindreårige mv): 1-5 ganger per år.
- Hvor ofte foretas kontroll av skjenkesteder (salgstider, salg til berusede og til mindreårig mv): 1-5 ganger per år.

Sanksjoner over salgs- og skjenkesteder:

- Antall salgssteder som har mistet salgsbevillingen for alkohol for en kortere eller lengre periode det siste året: 1 salgssted har mistet bevillingen for en kortere periode det siste året.
- Antall skjenkesteder som har mistet skjenkebevillingen for alkohol for en kortere eller lengre periode det siste året: 1 skjenkebevilling ble inndratt siste året (hele perioden).

Rusforebyggende virksomhet i kommunen:

I alt benytter kommunen 2.8 mill til direkte rusforebyggende arbeid. Dette er lønn til en ruskonsulent, midler til prosjektene ”Steg for steg”, ”Forebyggende bostedsløshet” og ”Tidlig intervensjon”.

³ Basert på erfaring øker salget med ti prosent målt i ren alkohol ved innføring av selvbetjente pol. Dette skyldes endret kjøpevaner hos kundene (SIRUS 2008)

I tillegg benyttes indirekte midler til forebyggende arbeid gjennom en rekke andre funksjoner som eksempelvis rådgiver primærforebyggende tiltak (MOT-konsulent), i Barnevernet, Helsestasjonen, Familiesenteret, prosjektet ”Optimal livsmestring” etc.

Vurdering av rusmiddelsituasjonen i kommunen

Det er vanskelig å gi en helhetlig og fullgod beskrivelse av rusituasjonen i kommunen. Imidlertid er det på grunnlag av de direkte og indirekte data og den kunnskap som er tilgjengelig mulig å fastslå følgende:

- Alkoholomsetningen i kommunen har generelt vært økende de siste årene.
- Kommunen har relativt mange salgs- og skjenkesteder. Bevillingspolitikken har vært relativ liberal, og det iverksettes svært få sanksjoner ved overtredelse av alkoholovens bestemmelser. Kommunestyret vedtok 26.05.08 å sende på høring forskrift om åpningstider og salg og skjenking etter alkoholoven, og her er skjenketiden for alkoholholdig drikk fastsatt fra kl. 09:00 – 02:00 alle dager (jf § 2).
- Alkohol synes å være det dominerende rusmidlet blant ungdom. Det har vært en betydelig økning i alkoholkonsumet blant ungdom fra 1990-årene og fram til i dag.
- Unge utsettes for problemer, skader og risikoatferd i forbindelse med drikking, og dette gjelder særlig blant de eldste ungdommene.
- Studenter synes å ha økt sitt alkoholforbruk betydelig de siste ti årene. Grimstad er en universitetsby.
- Det er vanskelig å fastslå omfanget av illegale rusmidler. Imidlertid har kommunen relativt mange personer med betydelige rusproblemer, gjerne i kombinasjon med psykiske helseproblemer. Gruppen med dobbelindikasjon er økende (se kapittel 3.4.1).
- Personer med alvorlig psykiske lidelser kombinert med rus (dobbeltdiagnose), representerer store utfordringer både økonomisk og faglig (se spesielt kapittel 3.4.1).

Boliger med oppfølging til disse brukerne synes å være en av de viktigste utfordringen å få løst på kort sikt.

Lokal kunnskap og data fra nasjonale undersøkelser indikerer at barn og ungdom er den viktigste målgruppen for en rusmiddelpolitisk plan. I tillegg synes det viktig å rette oppmerksomheten mot særskilte risikogrupper. Forskning dokumenterer at begrensninger av alkoholens tilgjengelighet, samt en restriktiv håndheving av salgs- og skjenkebestemmelsene er de mest effektive tiltakene for å redusere alkoholrelaterte skader – også hvor hovedfokuset er barn og unge. I et slikt perspektiv vil en innskjerping av skjenketiden, fastsatt i de nye forskriftene, kunne gi et betydelig positivt bidrag.

3.4 Spesielle utfordringer i rusarbeidet

Det er sosialtjenestens oppgave å kartlegge rusituasjonen i kommunen og iverksette forebyggende og kurative tiltak. I denne forbindelse kan det være nyttig å se på enkelte forhold som særlige utfordringer for kommunen

3.4.1 Psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk

Det er en klar sammenheng mellom rusmiddelmisbruk (både alkohol og narkotika) og psykiske lidelser. Risikoen for å utvikle psykisk lidelse er påfallende ved misbruk av rusmidler. Likeledes er det en klar sammenheng mellom det å ha psykisk lidelse i utgangspunktet, og bli rusmisbruker. Ofte omtales fenomenet som dobbeltdiagnose

problematikk, men ikke alle typer psykisk lidelse i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, gir grunnlag for klassifisering som dobbeltdiagnose. Kun de tyngste og alvorligste lidelsene skal betegnes på denne måten. Pasientene deles inn i to grupper:

- Den ene gruppen har en dobbeldiagnose. Dette er pasienter som ved siden av sin rusmiddelavhengighet også har en alvorlig psykisk lidelse, som schizofreni eller schizofrenilignende tilstander, affektiv psykose og enkelte alvorlige personlighetsforstyrrelser. Ansvar for å tilby disse pasientene spesialiserte helsetjenester, faller i dag inn under det psykiske helsevernet.
- Den andre gruppen har en dobbelindikasjon. Dette er personer som ved siden av sin rusmiddelavhengighet også har psykiske problemer eller lidelser, men der den psykiske tilstanden ikke er så alvorlig at de faller inn under definisjonen dobbeltdiagnoser. Eks. på slike lidelser kan være angst, depresjon osv.

Mye av nøkkelen til bedret livskvalitet for gruppen med dobbeltdiagnose, er å finne i et godt utbygd kommunalt omsorgsapparat. Et slikt apparat innebærer tilrettelagt bolig, døgnkontinuerlig bemanning knyttet til boligen, dagtilbud som sikrer en normalisert døgnrytme og aktivitet. Bemanningen rundt disse personene må sikres spesialkompetanse. Det er ikke tilstrekkelig med spisskompetanse innen psykiatri eller rus alene. Videre er det helt nødvendig med et godt og utstrakt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er rundt 20 personer med dobbeltdiagnoseproblematikk i Grimstad. Gruppen er en stor utfordring for kommunen, ikke minst ressursmessig.

Gruppen med dobbelindikasjon er relativt liten men under sterk utvikling (Strategiplan 2007-2009, Sørlandet sykehus HF): *”Diagnoser med kombinasjon rus og psykiatri er i sterk utvikling. Allerede nå har en stor andel av våre pasienter i psykiatrien et rusproblem i tillegg. Også innenfor rus og avhengighetsbehandling er denne problematikk økende”*. Utfordringene ligger i den kompleksitet disse personene utgjør. Rusmiddelmissbruket forsterker sykdommens symptombilde. Vi har å gjøre med mennesker som ofte utviser en asosial atferd med dramatiske utslag i form av trusler, hærverk, vold, kriminalitet, selvskading, selvmordsproblematikk osv. Dette er mennesker som i mange tilfeller har ”brukt opp” behandlingsapparatet, og som i neste omgang blir Påtalemakten og Kriminalomsorgens store utfordring. Spesialisthelsetjenesten har for få akutt plasser til denne pasientgruppen, noe som medfører tidlig utskriving og problemer i forhold til mulighetene til kontinuitet i behandler/pasient forholdet.

3.4.2 Legemiddelassistert rehabilitering - LAR

LAR er en forholdsvis ny behandlingsform for opiatavhengige i Norge. Tiltaket ble innført etter politiske beslutninger i Stortinget i 1997. I Grimstad kommune ble de første personene tatt inn i LAR i 1998. Når det gjelder inntakskriterier⁴ er disse gjeldene; søker må:

- a. Være fylt 25 år.
- b. Ha langvarig misbruksutvikling. Misbruket skal på søkertidspunktet over flere år ha vært klar opiatdominert.
- c. I rimelig omfang ha gjennomgått behandling uten bruk av opiater med sikte på rusfrihet.

I Aust Agder fylke er det opprettet en desentralisert modell hvor

⁴ Inntakskriteriene kan fravikes etter særskilte bestemmelser.

- a. LAR tiltaket v/Sørlandet Sykehus Arendal har ansvar for inntak/eksklusjon, veiledning til sosialtjenesten, fastlegen og personer i tiltaket. Kommunen er innsøkende instans.
- b. LAR tiltaket forestår medikamentforskrivning.
- c. Kommunen v/Sosialtjenesten har det primære ansvar for rehabiliteringen og skal koordinere tiltaket.

Oppfølgingen av personer i LAR foregår gjennom

- a) individuelle samtaler/konsultasjoner både i sosialtjenesten og ved LAR-tiltaket
- b) ansvarsgrupper, som er et koordinerende organ for tiltaket.
- c) andre instanser (både interne og eksterne), som involveres etter behov
- d) Individuell Plan, som skal være retningsgivende for ambisjonsnivå, ansvar og samordning

Kommunen påtar seg et stort ansvar ved innsøkning av personer til LAR. At det er kommunen og ikke fastlegene som søker om LAR-tiltak er ikke tilfeldig. Grunnen er det store og omfattende oppfølgingsarbeidet som skal til for at LAR-pasienten skal lykkes. Det er kun kommunene som rår over muligheten til å forestå en så omfattende oppfølging, tilrettelegging og koordinering som her er nødvendig for rehabilitering.

Kommunen er pålagt et koordinerende ansvar i LAR-tiltaket. For å lykkes med LAR-arbeidet er det nødvendig å videreutvikle kompetansen hos de kommunale aktører, samt forankre tiltaket i kommunens overordnet ledelse, slik at tverrfaglige tjenester sikres overfor brukerne.

3.4.3 Samkjøring av ressurser i det kommunale tjenesteapparatet.

Kommunens rolle i det totale rusarbeidet, synes å bli stadig viktigere. Rusmiddelproblemerne tiltar i omfang og stadig flere har behov for spesifikke hjelpetiltak. Spesialisthelsetjenesten har klare begrensninger i behandlingsskapitet, og et økende ansvar for ulike tiltak overføres til kommunen. Disse tiltakene skal være i stedet for, eller i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten, og representerer en betydelig utfordring for det kommunale tiltaksapparatet. Det er også en selvfølge at kommunen ivaretar tjenestetilbudet etter endt behandling – det såkalte ettervern.

Kommunens økonomiske situasjon indikerer at det er viktig å organisere ressursene slik at disse kan brukes på en mest mulig effektiv måte. Sannsynligvis vil det være fornuftig å organisere tjenestene gjennom et tverrfaglig rusteam som er sammensatt av personer fra sosialtjenesten, psykisk helse (Hjemmetjenesten) og helsetjenesten. Dette teamet får ansvar for de mest sammensatte og kompliserte sakene.

Ved full etablering av NAV kontoret i Grimstad i begynnelsen av 2009, overføres ca 5 årsverk fra sosialkontoret til NAV Grimstad. Arbeidsoppgavene for de gjenværende sosialkonsulenter, vil i stor grad dreie seg om bolig/miljøtjeneste, rus og avhengighetsforebyggende tiltak og jobbtilbud (Jobbsentralen). Et tett samarbeid mellom NAV og de kommunale tjenester vil bli viktig som ledd i arbeidet med å tilrettelegge gode tjenester og tiltak for brukerne.

3.4.4 Boligsituasjonen for rusmisbrukere i Grimstad kommune

Sosialtjenesten disponerer en rekke boliger for vanskeligstilte. Svært mange av disse boligene disponeres av mennesker med rusproblematikk. Ekelunden og Charlottenlund er boligtiltak som spesielt er etablert for mennesker med rusproblematikk. I Ekelunden tilbys bolig med tilsyn. Tilsynet er etablert på dag og kveldstid. Målet med boligtiltaket, er ”å løfte” beboerne – steg for steg inntil de evner å ”stå på egne ben”. Dette gjelder både bolig, boevne og skole og/eller arbeid/sysselsetting. Tilbudet er rettet inn mot de dårligst fungerende. Mange av disse sliter i forhold til boevne og dermed også med å skaffe seg bolig i det private marked. Tiltaket er helt nødvendig for gruppen dårlig fungerende. Tilsynet synes å ha en dempende effekt på uønsket atferd i tilknytning til boligene, noe som oppleves viktig, ikke minst grunnet nærhet til Jappa skole og Grimstad ungdomsskole. I tilknytning til Ekelunden er det etablert 4 såkalte akuttboliger. Disse er ikke øremerket rusmisbrukere, men skal brukes av sosialtjenesten i tilfeller med akutt bolignød.

Charlottenlund drives av Grimstad kommune i samarbeid med organisasjonen ”Sammen om nøden”. Tiltaket er ment å skulle huse rusmisbrukere i rehabiliteringsfasen og er spesielt aktuelt for de som er i poliklinisk behandling eller har gjennomført behandling. Tiltaket har 5 leiligheter. Målet med tiltaket er å gi beboerne trening i å bo, etablere rusfritt nettverk, sysselsetting, m.m. Videre er det et mål at beboerne på sikt, skal ut i egne boliger. Det er begrenset botid i tiltaket – oppad begrenset til 3 år.

3.4.5 Ruskompetansen i tjeneste/hjelpeapparatet i kommunen

I Norge har det vært vekslende ansvar for rusomsorgen. Etter Rusreform II fra 2004, er ansvaret for rusomsorgen todelt idet spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for behandling, mens kommunen fortsatt er ansvarlig for annen ivaretagelse av misbrukergruppene ut over den spesialiserte behandlingen. I Grimstad har Sosialtjenesten hatt denne oppgaven lenge, og besitter dermed mye ervervet kunnskap på området. I tillegg har ansatte i seksjon for psykisk helse og i Helsetjenesten betydelig kunnskap om rus og psykisk helse.

Rusmiddelproblemet er omfattende og tiltak strekker seg fra ”unnfangelsen til grav”. Det er derfor viktig at tjenesteytere på alle nivå har god kunnskap om dette fagfeltet. Eksempelvis er det viktig at fastleger og helsestasjon fanger opp denne type problemstillinger og dermed sikre det ufødte liv mot rusmiddelpåvirkning og påfølgende skader. Mange barn som vokser opp i rusbelastede hjem, blir ikke oppdaget - verken i barnehage eller skole. I en nyere vitenskapelig undersøkelse, konkluderer engelske forskere med at barn er like redde for beruselse/fyll som for krig. Å oppdage disse barna tidligst mulig er viktig med tanke på barnets utvikling og å forebygge senskader.

4 RUSMIDDELPOLITISKE INNSATSOMRÅDER, MÅL OG STRATEGIER

Innledningsvis i dette kapitlet vil de nasjonale mål og strategier bli presentert. Utgangspunktet er at kommunens mål og strategier på rusmiddelområdet må ta utgangspunkt i nasjonale mål og strategier.

4.1 Nasjonale mål og strategier

Visjon:

- Frihet fra rusmiddelproblemer

Hovedmål:

- En betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk

Viktige strategiske mål:

- Forebygge alle typer av rusmiddelmisbruk, med særlig fokus på forebyggende arbeid blant barn og ungdom.
- Bedre tilgangen til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende.
- Oppnå en vesentlig reduksjon i forekomsten av rusmiddelrelaterte helseskader og antallet rusmiddelrelaterte dødsfall.

Regjeringen ønsker å videreføre en helhetlig rusmiddelpolitikk preget av langsiktighet og kontinuitet slik den er beskrevet i handlingsplanen for 2003–2005. Visjonen, hovedmålet og de viktige strategiske målene er de samme for alkohol og narkotika. Både nasjonal og internasjonal forskning bekrefter at en politikk basert på virkemidler som reduserer tilbudet av rusmidler er mest effektiv for å redusere skadene. Regjeringen vil videreføre en kunnskapsbasert rusmiddelpolitikk med vekt på god balanse i ressursinnsatsen på alle områder.

4.2 Mål, innsatsområder og strategier i Grimstad kommune

I Kommuneplan 2006-2018 defineres følgende overordnede målsetting for satsingsområdet Oppvekst og folkehelse: *Grimstad er et inkluderende sted, som tilbyr gode oppvekstvilkår og god mental og fysisk helse for innbyggerne.*

En av utfordringene som kommuneplanen eksplisitt peker på under dette satsingsområdet, er å begrense alkoholens samfunnsmessige og individuelle skadevirkninger.

Med utgangspunkt i overordnede nasjonale mål og strategier og kommuneplanen, velger en i denne planen å definere følgende overordnet mål for rusmiddelpolitikken i Grimstad:

Begrense rusmidlenes samfunnsmessige og individuelle skadevirkninger.

Følgende to innsatsområder velges for å realisere det overordnede målet for rusmiddelpolitikken:

1. Forebyggende tiltak
 - Tiltak for å regulere tilgjengeligheten av alkohol
 - Allmennforebyggende tiltak
 - Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper
2. Behandling, oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere

Når det gjelder forebyggende tiltak, vil disse i stor grad rettes mot barn og unge. Dette betyr at tiltak vil rette seg mot de arenaer hvor barn- og unge befinner seg. Planen kan ikke omtale alle typer forebyggende tiltak, men vil primært fokusere på tiltak som har til hensikt å redusere etterspørselen etter rusmidler, samt tiltak for å regulere tilgjengeligheten av rusmidler.

Strategiske mål for kommunens rusmiddelpolitikk:

- Begrense det skadelige alkoholforbruket ved en restriktiv bevillingspolitikk, satsing på forebyggende rustiltak, støtte til informasjons- og holdningstiltak og effektive kontrolltiltak.
- I partnerskap med lokalsamfunnet skal det arbeides for at barn og unge avviser bruk av rusmidler.
- Øke oppslutningen om alkoholfrie soner, som under graviditet, i trafikken, i samvær med barn og ungdom, i arbeidslivet og i organisert fritid.
- Bedre tilgangen til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende.
- Øke andelen misbrukere som ved hjelp av offentlige og private behandlings- og rehabiliteringstilbud kommer seg helt ut av misbruket eller får betydelig bedret livskvalitet.
- Styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet.
- Øke ruskompetansen innenfor helse- og sosialtjenesten, inklusive et godt samordnet og tverrfaglig samarbeid på rusfeltet.
- Øke satsingen på det frivillige arbeidet innen barne- og ungdomsorganisasjoner og idrettslag.

5 TILTAK

I dette kapitlet konkretiseres tiltakene som foreslås innenfor innsatsområdene som er beskrevet i kapittel 4.2. Tiltakene som foreslås forsøker å ivareta hensynet til næringsinteressene, samtidig som hensynet til sosial- og helseinteressene vektlegges. I tillegg baserer forslagene seg på den forskning som er beskrevet i kapittel 2.

5.1 Forebyggende tiltak

Forebygging er et samlebegrep for alle typer tiltak som har til hensikt å fremme helse og å hindre at sykdom, skade eller sosiale problemer oppstår. Strategiene som blir beskrevet er både helsefremmende og sykdomsforebyggende.

Problemer knyttet til rusmiddelbruk oppstår i et samspill mellom individ, rusmiddel og forhold i samfunnet. Skal samfunnet lykkes i å unngå de problemer som rusmiddelmisbruk kan forårsake, må forebygging skje på alle de ulike arenaene som befolkningen deltar i. Det vil si i hjemmet, på skolen, på arbeidsplassen og i fritiden (Regjeringens Handlingsplan 2006-2008). En vil spesielt understreke at flere av de forebyggende tiltakene som foreslås i denne planen vil ha barnehage og skolen som viktige arenaer.

Grimstad kommune har allerede en rekke forebyggende tiltak. I denne planen beskrives ikke disse, unntatt der en foreslår å forsterke/intensivere disse tiltakene. Imidlertid vil en når planen er vedtatt vurdere å skyve ressurser fra allerede eksisterende tiltak over mot nye tiltak for å få det nødvendige ressursmessige handlingsrommet.

Det er viktig å understreke at flere av de foreslåtte tiltakene må utvikles videre (utover det som er beskrevet i denne planen) før de iverksettes i organisasjonen. Medvirkning fra ansatte, brukerrepresentanter, samarbeidsparter etc. er nødvendig i disse prosessene.

5.1.1 Tiltak for å regulere tilgjengeligheten av alkohol

Lov om omsetning av alkoholholdig drikk av 2. juni 1989 nr 27 (alkoholoven) regulerer tilgjengeligheten av alkoholholdig drikk blant annet gjennom bevillingsordningen, fastsettelse av vilkår for hvordan salg og skjenking skal skje og kontroll med at vilkårene blir overholdt. Loven inneholder også enkelte regler som tar sikte på å påvirke etterspørselen, bla aldersgrensebestemmelser og forbud mot alkoholreklame.

På basis av den forskning som er presentert i kapittel 2, kan en konkludere med at begrensninger av alkoholens tilgjengelighet (mht. antall salgs- og skjenkesteder, samt åpningstider for omsetning av alkohol), og intensivert håndheving av salgs- og skjenkebestemmelsene (kontroller og sanksjoner), er de mest effektive tiltakene for å begrense samfunnsmessige og individrelaterte skadevirkninger.

Erfaringer tilsier at Grimstad kommune har hatt en relativt liberal alkoholpolitikk – kommunen har et stort antall salgs- og skjenkebevillinger, og det er lett å få innvilget en bevilling. Denne praksisen legger til rette for at tilgjengeligheten til alkohol er stor i kommunen. En vil ikke foreslå at en endrer på denne praksisen. Imidlertid foreslås det at en kritisk vurderer å intensivere håndhevingen av salgs og skjenkebestemmelsene. Dette innebærer en enda strengere praksis med hensyn til kontroller og sanksjoner når åpenbare

brudd på alkoholloven inntreffer. Det vurderes som viktig at sanksjonsmulighetene blir benyttet ved overtredelse av alkohollovens bestemmelser. En slik praksis vil bidra til å fremme en ansvarsfull alkoholserving på salgs- og skjenkestedene, og redusere mindreåriges tilgang og bruk av alkohol. Sanksjonene må iverksettes raskt og uten unødige forsinkelser. Dette betyr at en administrativt må etablere en saksbehandling som effektivt og med faglig kvalitet får sakene fram for beslutning i Plan- og økonomiutvalget. I sum innebærer dette en praksis hvor det skal være enkelt å få skjenkebevilling, og det skal være enkelt å miste bevillingen.

Videre vurderes det som viktig at kontrollvirksomheten prioriteres på skjenkesteder som har et ungt publikum og skjenke- og salgssteder hvor det er avdekket overtredelser av alkoholloven.

Kommunestyret vedtok å sende på høring "Forskrift om åpningstider og salg og skjenking etter alkoholloven" i møte 25.05.08, og med ikrafttredelse 01.10.08. Skjenketiden er her redusert fra kl. 09:00-03:00 til kl. 09:00-02:00.

Følgende retningslinjer foreslås når det gjelder skjenkebevillinger:

Grimstad kommune skal bidra til mest mulig stabile forhold innen restaurantnæringen, og vil foreta en konkret vurdering av søknader om skjenkebevillinger blant annet basert på følgende:

- På bakgrunn av kommunens vekst, økende antall studenter, satsing på turisme og økende urbanisering av Grimstad sentrum, vil det bli en vekst i antall bevillinger
- En generell restriktiv holdning til vekst i antall bevillinger.
- Forhold som har betydning for en bevillingstildeling er bl.a. skjenkestedets beliggenhet, hvilke målgrupper virksomheten retter seg mot og virksomhetens størrelse.

Følgende kriterier legges til grunn for søknader om skjenkebevilling:

- Hotell m/tilhørende skjenkeareal: skjenkebevilling kan gis for øl, sterkøl, vin og brennevin
- Spiserestaurant, selskapslokaler, diskotek, bar/pub, utendørs serveringsareal og aldersinstitusjoner:
 - skjenkebevilling kan gis for øl, sterkøl, vin og brennevin
 - kommunen skal foreta en helhetsvurdering av serveringsstedet i forbindelse med søknad om brennevinsbevilling
- Kafé/enklere spisested: skjenkebevilling kan gis for øl, sterkøl og vin
- Konditori og serveringssted i kjøpesenter: skjenkebevilling innvilges ikke
- Nye konsepter kan gis skjenkebevilling for øl, vin og brennevin.

Den som har bevilling til å skjenke brennevin, vin eller øl, plikter også å føre et rimelig utvalg av øl og vin som inneholder fra 0,70 til 2,50 volumprosent alkohol (alkoholsvak drikk), og drikk som må regnes som en naturlig erstatning for vin og øl og som inneholder under 0,70 volumprosent alkohol (alkoholfri drikk). Alkoholvake og alkoholfrie drikker skal oppføres på skjenkekart og andre prislister.

For øvrig vises til Forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk m.v., kapittel 2, § 2.

Følgende arenaer foreslås å være alkoholfrie soner:

- Serveringssteder i tilknytning til idrettsanlegg, idrettshaller, barn og unges fritidsaktiviteter m.v.
- Serveringssteder i umiddelbar nærhet av barnehager og skoler med elever under 18 år.

- Ved arrangementer der en stor del av målgruppen er barn og unge under 18 år.
- I typiske boligområder som ikke inngår i sentrumsdeler av kommunen.

Følgende retningslinjer foreslås når det gjelder sanksjoner og reaksjonsformer ved overtredelse av alkohollovens bestemmelser:

Forsettlig eller uaktsom overtredelse av disse bestemmelser straffes i samsvar med bestemmelsene i Alkohollovens kapittel 10.

Ved spørsmål om inndragning av bevilling (alkohollovens § 1-8) gjelder følgende presiserende regler:

a) Ved grove overtredelse av alkohollovens bestemmelser om salg/skjenketid, salg/skjenking til åpenbart beruset person, salg/skjenking til personer som ikke fyller lovens vilkår om aldersgrense for kjøp av alkohol, aldersgrense for servitører/betjening eller annen grov overtredelse av bestemmelser som har sammenheng med alkohollovens formål:

1.gang: Skriftlig advarsel eller inndragning av bevillingen for inntil 14 dager.

2.gang: Bevillingen inndras for 14-30 dager.

3.gang: Bevillingen kan inndras for et lengre tidsrom eller for resten av bevillingsperioden.

b) For andre overtredelser av alkohollovens bestemmelser, f.eks. gjester nyter medbrakt alkohol, salg/skjenking utenfor godkjent areal, brudd på reklamebestemmelsene m.v.:

1. gang: Skriftlig advarsel

2. gang: Bevillingen inndras i 7-21 dager.

3. gang: Bevillingen kan inndras for et lengre tidsrom eller for resten av bevillingsperioden.

c) Når en bevilling inndras, skal det fremgå av vedtaket fra hvilken dato inndragningen skal gjelde. Inndragningsperioden skal som hovedregel iverksettes 4 uker fra bevillingsinnehaver har fått melding om vedtaket.

d) Dersom særlige forhold taler for det, kan kommunen (vedkommende organ) fravike ovennevnte sanksjonsregler. Reaksjonene gjelder innenfor bevillingsperioden.

5.1.2 Allmennforebyggende tiltak

I Grimstad kommune er de nåværende allmennforebyggende tiltakene ikke spesifikt rettet mot rus, men dreier seg først om fremst om bevisstgjøring av holdninger til seg selv og andre. I den tidligere planen er det vektlagt at barn, unge og voksne skal utvikle fellesskap, samhörighet og identitet, samt realisere seg selv som reflekterende mennesker. Dette arbeidet forebygger derfor også kriminalitet og vold.

Arbeidet preges i for stor grad av flere aktører uten at det i tilstrekkelig grad er utviklet en felles strategi. Bedre organisering av rusarbeidet vil kunne gi kommunen og dens innbyggere et bedre tilbud (se også tiltak under kapittel 5.2). Dette gjelder også tiltak av allmennforebyggende karakter.

Det er primært gjennom skolene kommunen har satset på allmennforebyggende rustiltak, eksempelvis MOT (ungdomsskolen), Trygg (barneskolen), Rusreaksjonen (videregående skole) etc.

Følgende tiltak iverksettes:

1. Skoleundersøkelse

Ved å kartlegge omfanget av rusmiddelbruken (alkohol, narkotika) og tobakk blant ungdom, vil dette være et hjelpemiddel til å velge de riktige strategiene i det forebyggende arbeidet. Nyere forskning har påvist sammenhenger mellom voksnes alkoholbruk og røyking, og bruken av narkotiske stoffer og tobakk blant ungdom og yngre voksne. Forskning viser også ungdommen har fått et mer liberalt syn på bruk av rusmidler, og dette skaper bekymringer. Det foretas en skoleundersøkelse på ungdomsskolenivå hvert annet år, slik at en med større sikkerhet kan kunne dokumentere utviklingen av rusbruk blant ungdom.

2. Forum for forebyggende rusarbeid

Det etableres forum for forebyggende rusarbeid med deltakelse fra frivillige lag og foreninger, interesseorganisasjoner, brukere, tidligere brukere og ansatte fra kommunen. Forumet skal være et "veksthus" for utvikling av gode og målrettede forebyggende tiltak. Ansvar for å iver sette tiltakene vil ligge hos de instansene som deltar i forumet, ev andre instanser hvor det er hensiktsmessig. Forumet skal også ha som oppgave å evaluere tiltak som iverksettes, i tillegg til at de vurderer effektene av andre tiltak som eksisterer. Forumet vil på denne måten framstå som en arena for læring, erfaringsutveksling og utvikling innenfor det forebyggende rusarbeidet.

5.1.3 Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper

Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper bør baseres på vurderingen av rusmiddelsituasjonen i kommunen, som er beskrevet tidligere i planen. Arbeidet bør blant annet ta hensyn til kjønns- og kulturforskjeller og tilpasses ulike målgruppers behov.

Enkelte grupper er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer, og disse må spesielt følges opp med ulike tiltak:

- Barn og unge med atferdsproblemer
- Barn av rusmiddelmisbrukende og psykisk syke foreldre
- Barn av innsatte i fengsler
- Unge som har begått kriminelle handlinger
- Spesielle ungdomsmiljøer
- Spesielt utsatte geografiske områder/skoler i kommunen
- "Drop outs"

Barn og unge som faller innenfor disse risikogruppene, og som i tillegg har innvandrerbakgrunn, er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer. Forebygging rettet mot særlig risikoutsatte grupper omfatter både tiltak som grenser til allmennforebygging og tiltak som grenser til sekundærforebygging og behandling. Det er viktig at slike tiltak iverksettes overfor unge mennesker som er i faresonen for å utvikle eller forsterke et rusmiddelmisbruk. Målet bør være å stanse utvikling av, eller tilbakefall til problematferd og vanskelige livssituasjoner.

Følgende tiltak iverksettes:

1. Forsterket bruk av programmene ICDP⁵ og PMTO⁶

Dette er to program for foreldreveiledning og foreldrerådgivning som har til hensikt å forebygge eller håndtere psykososiale og atferdsmessige vansker blant barn og unge fra 0-18 år. Det vises i denne sammenheng til *Styringsdokument for arbeidet med relasjonskompetanse i Grimstad kommune*. Forskning viser at disse programmene har positive effekter, i tillegg til at kommunen har gode erfaringer med bruk av disse. Det foreslås at bruken av programmene forsterkes med hensyn til videre implementering i organisasjonene.

2. Helsestasjonen for unge utvides til også å omfatte tilbud til rusutsatt ungdom

Det er behov for å fange opp så tidlig som mulig ungdom som er rusutsatt. Det vurderes som hensiktsmessig å gi denne gruppen et spesifikt oppfølgingstilbud gjennom Helsestasjonen for ungdom. Helsestasjonen kan på denne måten bli et knutepunkt for henvendelser om rus. Dette er allerede et godt tilbud for ungdom i kommunen, og vil sannsynligvis ha legitimitet som faginstans for unge som er rusutsatt.

3. Ungdomskontrakter - en alternativ reaksjonsform rettet mot unge lovbryttere

Ungdomskontrakt er en avtale mellom en ung lovbrytter - med samtykke av foresatt- og politi og kommunale myndigheter. I kontrakten forplikter den unge seg til å gjennomføre spesifiserte aktiviteter mot at rettsmyndighetene avstår fra ytterligere rettsforfølgelse. Kontrakten skal inneholde tiltak som bidrar til å endre atferd og gir støtte til å komme inn i et positivt livsløp.

Erfaring viser at mange unge som begår kriminelle handlinger også har et rusproblem. Dersom den unge har et rusproblem, kan et eller flere av vilkårene i en ungdomskontrakt ha som mål å redusere rusproblemet. Det kan både være vilkår til den unge, som krav om å unngå russituasjoner, venner i rusmiljøer, samt deltakelse i opplegg for rusmestring.

4. Tidlig intervensjon i forhold til bruk av rusmidler rundt graviditet og i sped/småbarnsfamilier

Barneklubben i Bergen har gjort en studie av skadeomfang hos henviste barn med rusrelaterte fosterskader. Barn som er blitt eksponerte for alkohol i svangerskapet, får flest omfattende skader, også synlige, viser undersøkelsen.

Ansatte fra helsetjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten deltar nå på et prosjekt i regi av Borgestadklinikken. Deltakelsen har som formål å styrke kommunens kompetanse på området rusmisbruk i forhold til gravide og småbarnsfamilier. Det foreslås at det med utgangspunkt i denne deltakelsen etableres en tverrfaglig ressursgruppe som får i oppgave å:

- Innarbeide interne rutiner som sikrer at temaet blir tatt opp i samtaler med gravide og sped/småbarnsforeldre i de ulike enhetene.
- Innarbeide interne rutiner i de ulike enheter for bruk av kartleggingsverktøy som tar sikte på å identifisere og avdekke problematisk rusmiddelbruk i målgruppen.
- Innarbeide gode rutiner for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid når det gjelder oppfølging av gravide, barn og foreldre der det foreligger et bekymringsfullt rusmiddelbruk eller det er mistanke om det.
- Følge opp, vedlikeholde og evaluere kommunens rutiner i arbeidet med gravide og sped/småbarnsforelder.

⁵ International Child Development Program

⁶ Parent Management Training Oregon

- Gi råd og veiledning til medarbeider i kommunen som arbeider innefor fagfeltet.

5. Revitalisere basisteamene⁷

I dag er basismøtene det fora hvor ulike instanser⁸ møtes for å diskutere en konkret ”sak”. Tilsyn med kommunale tjenester innen helse-, sosial- og barnevern datert 27.06.08 avdekker at basisteamene i varierende grad fungerer på en tilfredsstillende måte. Basisteam skal være et hjelpemiddel til barn/unge og foresatte, samt skolen, i å innhente faglig kompetanse som kommunen besitter innenfor helse, barnevern, Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT) etc. Videre vil sammensetningen av ulike faggrupper kunne bidra til en mer nyansert forståelse av hva barn/unge og foresatte trenger veiledning og hjelp til. En grunnleggende forutsetning for dette arbeidet er at foresatte og barn/unge i størst mulig grad blir i stand til å ta ansvar for egen læring og utvikling.

En revitalisering av teamene innebærer fokus på ledelse, organisering, rutiner og kompetanse. Siktemålet må være å få basisteamene til å fungere slik forutsatt.

5.2 Oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere

Stortinget vedtok i henhold til Rusreform II å overføre fylkeskommunenes ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelavhengige til staten ved de regionale helseforetakene med virkning fra 1. januar 2004. Det ble vedtatt endringer både i sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og i helseforetaksloven. Staten har overtatt ansvaret for all spesialisert rusbehandling, mens kommunene har alt ansvar ut over dette.

I Grimstad kommune har sosialtjenesten i dag hovedansvar for hjelpetiltak, veiledning og langsiktig oppfølging for å forebygge og avhjelpe rusproblemer. Sosialtjenesten har også et koordinerings- og oppfølgingsansvar overfor andre instanser, samt ansvar for å sørge for plass i egnet behandlings- og omsorgsinstitusjon. Dersom det er behov for ytterligere tiltak, kan sosialtjenesten søke spesialisert behandling.

Det oppleves betydelig vanskeligere nå enn før Rusreform II trådte i kraft, å få lagt inn rusmiddelavhengige i behandlingsinstitusjon. Dette innebærer at kommunen ved flere tilfeller har måttet kjøpe institusjonsplass i institusjoner som ikke er omfattet av statlig finansiering, i tillegg at det stilles økende krav til hele det kommunale hjelpeapparatet. Dette krever god samordning og stor grad av tverrfaglighet.

Det er også en erkjennelse at det er behov for å styrke boligtilbudet til personer med rusmiddelavhengighet i kommunen.

Følgende tiltak iverksettes:

1. Det etableres et rusteam

For å styrke det tverrfaglige arbeidet på rusfeltet, etableres det et rusteam som består av medarbeidere fra sosialtjenesten, seksjon for psykisk helse (Hjemmetjenesten) og helsetjenesten (Helsestasjonen for ungdom) evt. også andre. Teamet vil primært få ansvar for de mest komplekse tilfellene som særlig krever tverrfaglighet og samarbeid mellom flere instanser. Dette teamet får følgende ansvarsområder:

⁷ Bruk av basisteam ble vedtatt av kommunestyret i Grimstad i 1997.

⁸ Skole/barnehage, PP-tjenesten, helsesøster, barnevernet

- Råd og veiledning til rusavhengige og deres pårørende, inklusive støttesamtaler
- Etablering og oppfølging av individuelle behandlingsopplegg – henvisning til spesialisthelsetjenesten og koordinerende funksjon (før, under og etter)
- Vurdere, igangsette og følge opp tvangsvedtak etter Lov om sosiale tjenester §§6.2 og 6.2a
- Fag- og tiltaksutvikling på rusfeltet i kommunen

Teamet vil ha en sentral rolle i arbeidet med individuell plan, og vil delta i ulike samarbeidsfora og ansvarsgrupper. Teamet skal bidra til å forsterke samarbeidet med eksempelvis fastlege, spesialisthelsetjenesten og NAV.

2. Kompetanseutvikling

Personer med rusmiddelproblemer har rett til gode tjenester kjennetegnet av kvalitet og høy faglig kompetanse. Rusteamet skal være kommunens fremste kompetanse på rusfeltet. Imidlertid er det behov for å øke og videreutvikle kompetansen på bredere basis i hele helse- og sosialtjenesten i kommunen. Kunnskap, fagutvikling og rekruttering henger sammen. Kommunen må legge til rette for at flere tar videreutdanning innenfor rus/psykiatri, i tillegg til at det rekrutteres personell med helse- og sosialfaglig bakgrunn som inkluderer fordypning i rus/psykiatriproblematikk. Når rusteamet er etablert, utarbeides det en 3-årig helhetlig kompetanseplan som inkluderer kompetanseutvikling av selve teamet og andre som jobber på fagområdet (eksempelvis skolen, hjemmetjenesten etc), strategier for fagutvikling⁹, samt strategier for rekruttering av nye medarbeidere innenfor fagfeltet rus/psykiatri.

3. Styrking av botilbud, tilsyn, omsorgs-, aktivitets- og rehabiliteringstiltak til personer med dobbelindikasjon

Grimstad kommune har de siste årene satset relativt mye på boliger til vanskeligstilte, og de boliger som kommunen disponerer holder en rimelig god standard. Det er også knyttet noe tilsyn og miljøtjeneste til en del av boligene, men behovet for slike tjenester er langt større enn hva kommunen i dag er i stand til å dekke. Presset på boliger til denne målgruppen oppleves nå som betydelig, og det er viktig at kommunen lager en plan for hvordan nye boliger skal etableres. Gjennom prosjektene *Steg for steg (Ekelunden)*, *Forebyggende bostedsløshet* og *Tidlig intervensjon* er det samlet mye kunnskap som må benyttes i dette arbeidet. Det primære målet må være at flest mulige etablerer seg i det private boligmarkedet. Imidlertid er det en erkjennelse at relativt mange i en kortere eller lengre periode har behov for tilrettelagt bolig gjennom kommunen. Et hvert boligtiltak må ha et langsiktig perspektiv som også inkluderer et målrettet aktivitets- og rehabiliteringstiltak. Det skal arbeides aktivt for at alle leietakere skal ha tilbud om sysselsetting, arbeid eller skole.

Behovet for rehabilitering må vurderes individuelt. Aktuelle tiltak kan være støttekontakt, jevnlig og tett oppfølging fra sosialtjenesten, miljøtjeneste, hjemmetjenester og psykiatritjenesten. Det kan være aktuelt å opprette selvhjelpsgrupper eller videreformidle kontakt til selvhjelpsgrupper som AA (anonyme alkoholikere), NA (anonyme narkomane) og Alanon (gruppe for de pårørende) til rusmisbrukere og evt. de pårørende. Selvhjelpsgrupper består av private og frivillige enkeltindivider uten tilknytning til det offentlige. Kommunen må også vurdere tiltak som primærkontakt eller ansvarsgrupper for de som ønsker det.

En plan for styrking av boligtilbudet til målgruppen må innarbeides i *Handlingsprogram 2009-2012*.

⁹ Her vil Undervisningssykehjemmet kunne ha en viktig rolle

LITTERATURLISTE

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.

Baklien, B mfl. (2007). *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. (SIRUS, rapport nr. 6/2007).

Babor, T. et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and public policy*. Oxford University Press. Norsk sammendrag er tilgjengelig på: <http://www.sirus.no/cwobjekter/Alkohol.pdf>.

Buvik, K. og Baklien, B. (2006). *Skal det være mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. Oslo: SIRUS-rapport.

Fylkesmannen i Aust-Agder (Sosial- og helseavdelingen 2008). Åssen hæ di de? Levekår og helse for ungdom i Aust-Agder 16-24 år.

Gorman, D.M. & Speer, P.W. (1996). Preventing alcohol abuse and alcohol-related problems through community interventions: A review of evaluation studies. *Psychology and Health*, 11, 95-131.

Giesbrecht, N. & Haydon, E. (2006). Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. *Drug and Alcohol Review*, 25, 633-646.

Holder, H. (2004). Community action from an international perspective. In Müller, R & Klingemann, H. (Eds.). *From science to action? 100 years later – alcohol policies revisited*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 101-112.

Lauritzen, H.C. & Baklien, B. (2007). *Overskjenking i Bergen*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Narkotikasituasjonen i Norge/The Drug situation in Norway. SIRUS/EMCDDA 2007 www.sirus.no

Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21-30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002, 2006. SIRUS rapport nr.8/2007. www.sirus.no.

Pape, H & Rossow, I. (2007) Farlig fyll. Tidsskr for ungdomsforskning, NOVA, Vol 7(1), ss113-125 (13). Også: www.sirus.no.

Rossow, I., Pape, H. & Storvoll, E.E. (2005). Beruselsens kilder - hvordan ungdom skaffer seg alkohol. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125, 1160-2.

Rossow, I., Storvoll, E.E. & Pape, H. (2007). Håndheves aldersgrensen for å få kjøpt alkohol? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127, 1510-1512.

Skretting, A (2007) Ungdoms bruk av rusmidler. Hovedresultater fra de årlige ungdomsundersøkelsene 1968-2007."Rusmidler i Norge. SIRUS, Oslo og www.sirus.no

Storvoll, E.E., Pape, H. & Rossow, I. (2007). Use of Commercial and Social Sources of Alcohol by Underage Drinkers: the Role of Pubertal Timing. *Addictive Behaviours*, in press.

Treno, A.J. & Lee, J.P. (2002). Approaching alcohol problems through local environmental interventions. *Alcohol Research & Health*, 26, 35-40.

Treno, A.J., Lee, J.P., Freisthler, B., Remer, L.G., & Gruenewald, P.J. (2005). Application of evidence-based approaches to community interventions. In: Stockwell, T. Gruenewald, P.J.,

Toumbourou, J.W. & Loxley, W. (2005). *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. New York: John Wiley & Sons, 177-189.