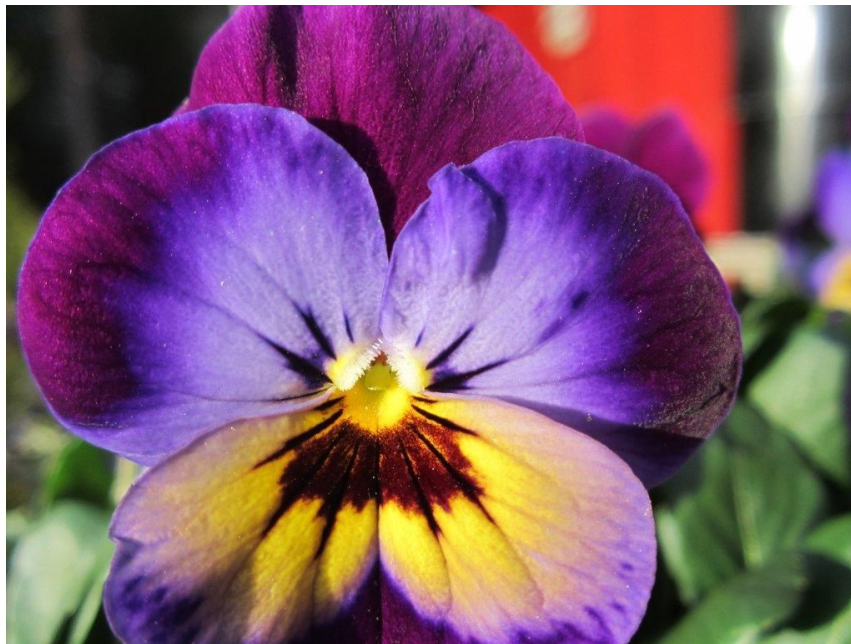


Ruspolitisk handlingsplan 2017 – 2022



Innholdsfortegnelse:

1.0 Innledning.....	5
1.1 Formål og mandat	5
1.2 Planprosessen.....	5
2.0 Rammer og føringer.....	5
2.1 Nasjonale rammer	5
2.2 Lovverk	6
2.3 Planverk.....	6
3.0 Rusmiddelsituasjonen nasjonalt og lokalt.....	7
3.1 Alkohol.....	7
3.2 Narkotika	8
3.3 Medikamenter	8
3.4 Sniffing.....	9
3.5 Tobakk	9
3.6 Doping	10
3.7 Spilleavhengighet	10
4.0 Alkoholpolitikk.....	10
4.1 Nasjonal alkoholpolitikk	11
4.1.1 Nasjonale utviklingstrekk	11
4.1.2 Prispolitikk	12
4.1.3 Tilgjengelighetspolitikk.....	12
4.2 Holdninger og kulturelle trender knyttet til alkohol	13
4.3 Alkoholpolitikk i et folkehelseperspektiv	13
4.3.1 Helsekader	14
4.3.2 Passiv drikking	15
4.4 Alkoholpolitikk i Nome kommune.....	16
4.4.1 Ansvarlig alkoholhåndtering (AAH)	16
5. Utfordringsbilde	16
5.1 Utfordringsbilde i Norge.....	16
5.2 Utfordringsbilde i Nome	17
6. Ruspolitiske mål og strategier	18
6.1 Nasjonale mål og strategier.....	18
6.2 Kommunens mål og ruspolitiske strategier.....	18
6.2.1 Rusbruk.....	18

6.2.2 Bolig.....	19
6.2.3 ROP –lidelse.....	19
6.2.4 Boligtilbud med oppfølging	19
6.2.5 Arbeid- og aktivitetstilbud.....	19
6.2.6 Rehabilitering og oppfølging	20
6.2.7 Omsorgstilbud	20
6.2.8 Behandling.....	20
6.2.9 Fastlegens rolle i det helsefremmende arbeidet	20
6.2.10 Tverrfaglig spesialisert behandling.....	21
7. Samhandling og koordinering.....	21
7.1 Brukermedvirkning.....	22
7.2 Pårørendearbeid.....	22
7.3 Spesielt om barn som pårørende	23
7.4 Frivillig sektor	23
7.5 Samarbeidsprosjekt med KORUS Sør	23
7.6 Utvikling av IT systemer.....	24
8. Virksomhetenes arbeid for å nå kommunale mål	24
8.1 Barn og unges oppvekstvilkår som essensiell forebygging.....	24
9 Beskrivelse av de ulike tilbudene i kommunen i et livsløpsperspektiv:	25
9.1 Helsestasjonens tilbud til gravide.....	25
9.1.2 Helsestasjonen 0-5 år	26
9.1.3 Skolehelsetjenesten 5-20 år	26
9.1.4 Helsestasjon for ungdom(HFU)	27
9.1.5 Barnehager og skoler.....	27
9.1.6 Kulturetaten	27
9.1.7 Midt-Telemark PPT	28
9.1.8 Midt- Telemark barneverntjeneste	28
9.1.9 Avdeling for psykisk helse og ruskonsulent.....	28
9.1.10 Bofellesskap.....	29
9.1.11 Dagtilbud	29
9.1.12 Fengselshelsetjenesten	29
9.1.13 NAV.....	29
9.1.14 Midt - Telemark politi.....	30
9.1.15 Omsorgstjenester/hjemmesykepleie	30

9.1.16 Sykehjem/ omsorgsleiligheter.....	30
9.1.17 Fastleger - legetjenesten	31
9.1.18 Spesialisthelsetjenesten	31
10 Pårørende- og brukerorganisasjoner	32
10.1 Mental helse.....	32
10.2 Frivillige/ideelle organisasjoner	32
10.2.1 Røde kors.....	32
10.2.2 Frelsesarmeen	32
11. Allerede eksisterende tiltak rettet mot forebygging, tidlig innsats og behandling.....	32
12. TILTAKSPLAN:	33
Tiltak som krever tilførte ressurser som må innarbeides i kommunenes økonomiplan:	33
Tiltak som kan gjennomføres innenfor ordinær driftsramme/søke eksterne midler:	33
Vedlegg 1.....	35
Eksisterende tiltak.....	35

1.0 Innledning

1.1 Formål og mandat

Etter alkohollovens § 1-7d skal kommunen utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Helsedirektoratet anbefaler at kommunen utarbeider en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Forskning viser at narkotika og alkohol bør sees i sammenheng, blant annet fordi en tidlig alkoholdebut øker risikoen for bruk av narkotika. Det er viktig at kommunen fører en enhetlig rusmiddelpolitikk ved at en ser bevillingsordning og forebygging i sammenheng med behovet for innsats på rehabiliterings- og behandlingsområdet. Mandatet er å sikre en tverrsektoriell og tverrfaglig satsning på rus- og psykisk helse feltet, der følgende momenter vektlegges:

- Tydeligere folkehelseperspektiv
- Forebygging og tidlig intervensjon
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Boligsosialt arbeid rettet mot målgruppen for planene
- Brukerkompetanse og pårørendefokus, vekt på barn som pårørende
- Samarbeid med frivillige organisasjoner
- Koordinerte og helhetlige tjenester, recoveryfokus (fokus på tilfriskningsprosesser) og individuell plan
- Evalueringer av eksisterende tiltak/prosjekter
- Fokus på rusfrie arenaer i arbeidsliv, organisasjoner, offentlige arrangementer

1.2 Planprosessen

Det ble opprettet arbeidsgruppe med representanter fra NAV, politiet, Barnevernstjenesten, Helse, Kultur, skole/barnehage og psykisk helse, Mental helse, Røde kors og representant for pårørende.

Planen har blitt utarbeidet gjennom møter med aktuelle instanser, og skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra disse. Planen er skriftlig nedfelt fra avdeling for psykisk helse.

2.0 Rammer og føringer

2.1 Nasjonale rammer

Verdigrunnlaget for norsk rusmiddelpolitikk har fokus på omsorg for enkeltmennesket og samfunnets evne til solidaritet. Verdigrunnlaget fastholder menneskets rett til verdighet, også i de mest krevende livssituasjonene. I nasjonale mål for folkehelse og helse- og omsorgstjenester står forebygging og tidlig innsats sentralt når det gjelder rusmiddelpolitikken. Samtidig vektlegges styrking og videreutvikling av behandlingstilbudene i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Det er flere nasjonale reformer, veiledere og strategier som legger føringer på den kommunale innsatsen på rusfeltet:

- Veileder for rusmiddelpolitisk handlingsplan, Helsedirektoratet
- Stortingsmelding nr. 30 (2011-2012) «Se meg» En helhetlig rusmiddelpolitikk
- Fra bekymret til handling. En veileder på tidlig intervensjon på rusområdet
- Regjeringens handlingsplan mot spillproblemer, (2013-2015)
- Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne
- Nasjonale helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP lidelser)
- Nasjonale overdosestrategi
- Nasjonale strategier for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsesektoren (2005-2015) «... og bedre skal det bli»
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Nasjonale retningslinjer for legemiddellassert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR)
- Nasjonale faglige retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av familiene fram til barnet når skolealder
- Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2015
- Stortingsmelding nr. 19 Folkehelsemeldingen, mestring og muligheter
- Ny opptrappingsplan på rusfeltet er varslet i 2015
- Rundskriv IS Barn som pårørende

2.2 Lovverk

Følgende lovverk er sentrale i rusmiddelarbeidet:

- Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv (alkoholloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (helse- og omsorgsloven)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov om helsepersonell mm (helsepersonelloven)
- Lov om barneverntjenester
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV -loven)
-

2.3 Planverk

Rusmiddelpolitisk handlingsplan må ses i sammenheng med andre planverk i kommunen. I tillegg til kommuneplanen, er det flere fagplaner som er aktuelle, blant annet:

- Plan for psykisk helse
- Boligsosial handlingsplan

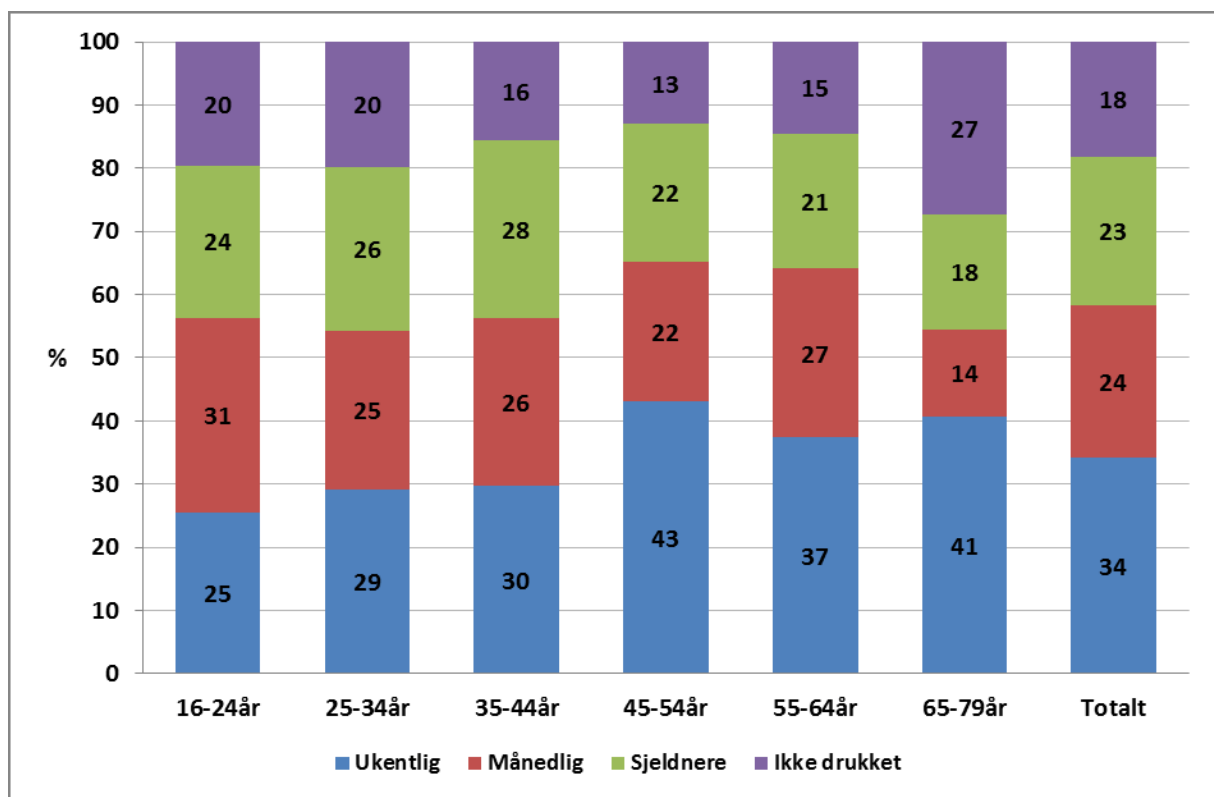
- Folkehelseplan
- Kriminalitetsforebyggende plan
- Demensplan m.m

3.0 Rusmiddelsituasjonen nasjonalt og lokalt

3.1 Alkohol

Alkohol brukes av nær 90% av den voksne befolkningen. Hyppighet og mengde av alkoholinntak varierer, men personer over 45 år drikker generelt mer enn de yngre. Den yngre aldersgruppen drikker oftere større mengder alkohol enn de over 55 år.

Drikkefrekvens siste 12 måneder, ulike aldersgrupper 2015 (SIRUS):



Forbruket blant menn er generelt høyere enn hos kvinner. Menn har dobbelt så mange beruselsessituasjoner som kvinner. Det er videre kjønnsforskjeller når det gjelder hva man foretrekker å drikke. For menn utgjør øl halvparten av alkoholforbruket, mens 62 % av kvinners alkoholforbruk består av vin. Salg av sprit er redusert med ca. 10% de siste 4 årene.

Debutalder for alkohol har vært på mellom 14 og 15 år i flere år. Den siste undersøkelsen SIRUS gjennomførte i forhold til dette var i 2008. Undersøkelsen viser at debutalder har økt til 15 år på øl, mens den er mellom 15,5 og 16 år for vin og sprit. Denne trenden registreres fortsatt i 2015.

Lokale forhold i Nome

Nome kommune har 6606 innbyggere, med en forholdsvis høy andel eldre i befolkningen. Det jobbes for å få til en økning i befolkningen. I underkant av 100 personer flyttet ut av kommunen i 2015. Kommunen bærer preg av å ha både stor fraflytting, men også innflytting, i noen tilfeller fungerer den som «transitt- kommune» for en del mennesker. Det kan videre se ut til at kommunen har en belastning i form av «randsoneproblematikk» i forhold til spesielt Grenlandsbyene (dvs ikke-ønskede konsekvenser av nærhet til byene) . Dette gjenspeiles i økt etterspørsel etter tjenester innen sosial- og barneverntjenester, samt barnehage- , skole- og helsetjenester.

3.2 Narkotika

Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i Norge, så vel som i resten av den vestlige verden. Cannabis er en fellesbetegnelse på hasj, marihuana og cannabisolje. Andelen ungdom som bruker stoffet har gått ned de siste årene. Den samme trenden ser man når det gjelder voksne som bruker cannabis. I 1999 hadde 2.5 % av alle mellom 16-64 år brukt cannabis, mens andelen var 1.5% i 2012. Andre narkotiske stoffer er blant annet amfetamin, kokain, GHB, heroin og andre opiater. Det finnes ikke tall som viser det totale omfanget, men det anslås at 2.5% av unge voksne mellom 21-30 år har brukt ett eller flere av disse stoffene de siste 6 mnd.

Norge har et høyt antall dødsfall som skyldes bruk av narkotika. Årlig dør ca. 250 personer som følge av narkotikabruk. Det er i overkant av 7000 rusmiddelavhengige personer som får legemiddelassistert rehabilitering i Norge (LAR).

Ungdataundersøkelsen i 8-10 klasse som ble gjennomført i 2015 i Nome viser at kommunen ligger under halvparten av landsgjennomsnittet på spørsmål om rusvaner. Når det gjelder cannabis svarer 1% bekreftende på at de har forsøkt rusmiddelet. Når det gjelder tilgjengelighet oppgir majoriteten at de hverken har blitt tilbudt eller vet hvor de skulle henvende seg for å få tak i rusmiddelet. Sammenliknet med Ungdataundersøkelse for videregående skole kan man se at det skjer en endring i denne overgangen, og bruken av rusmiddelet er på det høyeste siste året på videregående. Brukerplankartlegging i psykisk helse viser at cannabis sammen med sentralstimulerende stoffer, er det mest brukte illegale narkotiske stoffet. Politiet opplever at de har mindre oversikt over ungdomsmiljøer hvor det brukes cannabis, enn etablerte voksenmiljøer. Det oppleves å være begrenset oversikt på syntetisk cannabis som kan handles på nettet.

3.3 Medikamenter

Vanedannende legemidler brukes i behandling av pasienter både i forhold til somatiske sykdommer og psykiske vansker. Brukt på en forsvarlig måte kan de være til stor nytte, men de kan også misbrukes. Misbruk kan skje i kombinasjon med alkohol og/eller illegale rusmidler. Gjentatt bruk kan føre til avhengighet. Som vanedannende midler regnes sterke smertestillende midler (opioider), sovemidler, angstdempende midler, enkelte legemidler mot eplepsi, midler mot ADHD (sentralstimulerende), enkelte grupper hostestillende, samt anestesimidler.

Legemidlene delses inn i to grupper, A og B. Betegnelsen A- preparater brukes om narkotika, B- preparater er andre vanedannende midler. Andelen som bruker B-preparater øker med alderen, og kvinner bruker det oftere enn menn gjør (Folkehelseinstituttet.no).

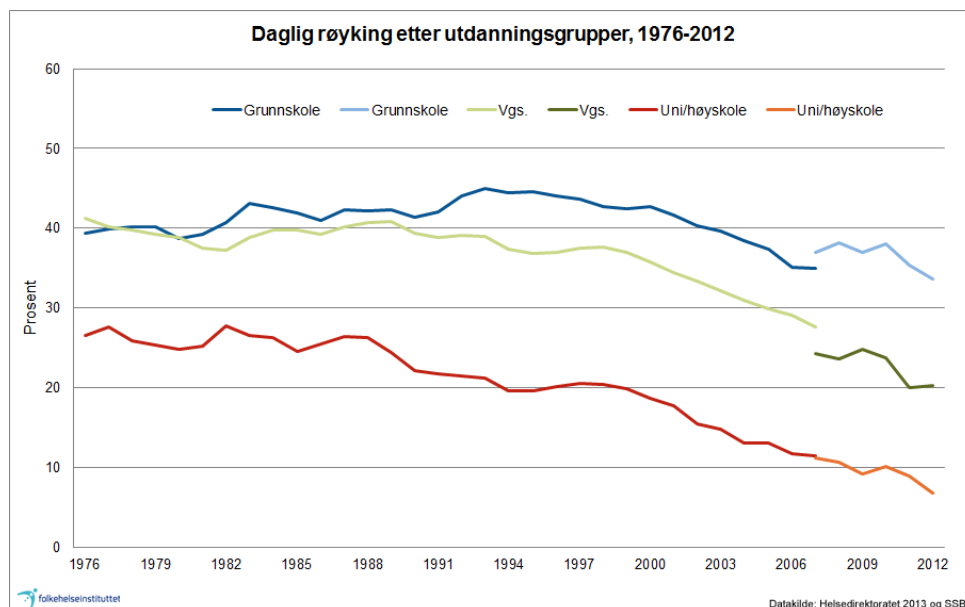
Salget av angstdempende legemidler pr. innbygger var i 2015 høyest i Telemark fylke, salget var 3 ganger høyere enn i Sogn- og fjordane, fylket der salget var lavest. Omfanget av overforbruk var høyest i Telemark. Det er ingen grunn til å tro at Nome kommune utmerker seg positivt sammenliknet med resten av kommunene i fylket når det gjelder overforbruk av vanedannende medikamenter.

3.4 Sniffing

Sniffing er mest vanlig i sene barneår og tidlige ungdomsår. De fleste som forsøker dette eksperimenterer en kort periode, og slutter med dette i 15-16 års alder. I 2011 oppga 5% av norske 15-16-åringere at de hadde sniffet løsemidler noen ganger.

Det er ikke tall eller statistikk på sniffing som problem blant kommunens innbyggere. En kan anta at det ikke fraviker i særlig grad fra landsgjennomsnittet.

3.5 Tobakk



Det har vært en markant nedgang i andel røykere i Norge. Derimot har det vært en økning i bruk av snus siden 1990 tallet. I 2013 brukte 13% av menn og 3% av kvinner snus daglig. Snusbruken har økt mest blant ungdom, hvor 6% av ungdommen oppgir at de snuser daglig/ukentlig. Røyking har sammenheng med sosioøkonomiske forhold, blant annet utdanning (se fig. over). Arbeid med å forhindre «drop-out» fra skole, vil derfor kunne ha forebyggende effekt med tanke på utvikling av rusproblematikk. Dette fordi det også er sammenheng mellom røyking og det å prøve ut andre rusmidler.

Holdningen til tobakk har hatt en helt annen utvikling enn holdninger til alkohol de siste tiårene. I 1973 var det 42% dagligrøykere, mens det i dag er 13%. Det har vært innført flere tiltak for å redusere forbruket, både når det gjelder pris, tilgjengelighet og holdningskampanjer, og tiltakene har hatt ønsket effekt.

Ungdataundersøkelsen for ungdomsskoletrinnet i Nome viser at 89 % av de spurte aldri har forsøkt å røyke og 86 % aldri har forsøkt snus. På videregående trinn er det 12 % som røyker daglig på VG1, 10% på VG2 og 12 % på VG3, tallene for daglig snusing er høyere, høyest er VG1 med 30%. I følge Helsedirektoratet viser en undersøkelse i 2015 at bruk av nikotin er redusert blant ungdom i aldersgruppen 16-24 år.

3.6 Doping

Bruk av dopingmidler utenfor den organiserte idretten dreier seg i hovedsak om bruk av anabole androgene steroider og testosteronpreparater. Undersøkelser viser at 1% i aldersgruppen 15-16 år har brukt disse dopingmidlene. Dette er i hovedsak gutter.

I ungdataundersøkelsen for Nome 2015 8-10 klasse fremkommer det at dopingmidler ikke er benyttet blant de 91% elevene som har svart på undersøkelsen.

3.7 Spilleavhengighet

I det internasjonale diagnosesystemet (ICD-10) er spilleavhengighet eller «patologisk spillelidenskap» definert slik: «lidelsen består av hyppige, gjentatte episoder med pengespill som dominerer pasientens liv på en måte som skader sosiale, yrkesmessige, materielle og familiære forhold». Spilleavhengighet som diagnose er knyttet til pengespill, og ikke til overdreven bruk av andre typer spill. Det omtales ofte som et spilleproblem når andre typer spill går utover sosiale aktiviteter, arbeid, skole eller familiære relasjoner.

Det finnes ingen oversikt på antall spilleavhengige i Nome kommune. I ungdata for 8-10 trinn oppgir 18 % at de bruker mer enn 3 timer om dagen på å spille dataspill/TV-spill. På landsgjennomsnitt ser det ut til at det er et økende problem med spilling i aldergruppen 18-25 år, spesielt blant gutter.

4.0 Alkoholpolitikk

Utgangspunktet for norsk alkoholpolitikk er at alkohol er en lovlig vare, men at det er nødvendig med ulike virkemidler for å begrense skadevirkningene av forbruket. Politikken anses nødvendig ut fra helsemessige og sosiale forhold. Det er godt dokumentert, både internasjonalt og nasjonalt, at alkoholrelaterte skader og problemer står i sammenheng med totalforbruket (SIRUS rapport nr. 3/2010). Økt forbruk fører til økt forekomst av skader og ulemper. Høyt forbruk fører til økte utgifter til reparasjon av skader og tiltak rettet mot uønsket rusatferd.

Det er dokumentert at alkoholpolitiske virkemidler har til dels svært god effekt på totalforbruk og skadevirkninger. De strategiene som har best effekt omfatter virkemidler som retter seg mot hele samfunnet som målgruppe. Pris- og tilgjengelighetsregulering er de mest effektive tiltakene (Room, 2002). Høye priser og lav tilgjengelighet reduserer befolkningens alkoholkonsum.

Lov om omsetning av alkoholholdig drikk (Alkoholloven) har som formål å begrense det totale forbruket: «Reguleringen av innførsel og omsetning av alkoholholdig drikk etter denne lov har som mål å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer».

4.1 Nasjonal alkoholpolitikk

Stortingsmelding nr. 30 «Se meg» En helhetlig rusmiddelpolitikk fastslår at den forebyggende solidariske rusmiddelpolitikken har hatt effekt, og at denne effekten skal bygges videre på. Målet for norsk alkoholpolitikk er å redusere de samfunnsmessige og individuelle skadene som alkoholbruk kan medføre. Virkemidler for å nå disse målene er blant annet

- Avgiftsnivået på alkohol
- Begrenset tilgjengelighet
- Holdningsskapende tiltak og informasjon om følgene av alkoholbruk
- Behandlingstilbud til de som skades av alkoholbruk

4.1.1 Nasjonale utviklingstrekk

SIRUS utgir årlig en oversikt over rusmidler i Norge. «Rusmidler i Norge 2013» viser at totalomsetningen av alkohol var stabil fram til midten av 1990-tallet, deretter en kraftig økning fram til 2008. Fra 2008 til 2012 har det vært en liten nedgang. Nedgangen er størst når det gjelder brennevin og øl, mens det er en liten økning i kjøp av vin.

Synet på bruk av alkohol har endret seg, og det samme har synet på bruken av alkoholpolitiske virkemidler blant politikerne. Utviklingen kjennetegnes av liberalisering, som igjen i stor grad påvirker hva slags alkoholpolitikk det er mulig å føre. Det internasjonale økonomiske samarbeidet har også medført en dreining bort fra en relativt restriktiv nasjonal alkoholpolitikk. Forbrukerpolitiske overveielser har vunnet fram ved at det i dag er stor oppslutning om at alle skal ha muligheter til å skaffe seg alkohol. Disse hensynene legges ofte til grunn ved vurdering av antall salg- og skjenkesteder, og tillegges større vekt enn alkoholpolitikken skadereduserende formål.

4.1.2 Prispolitikk

For å redusere forbruket og dermed skadene av alkohol, har Norge et høyt avgiftsnivå på alkohol. Sårbare grupper som ungdom, eldre og alkoholavhengige responderer på prisendringer. De drikker mindre når prisene stiger, og mer når prisen går ned. Prisen på alkohol har fulgt konsumprisindeksen de siste ti årene, men på grunn av økt kjøpekraft i befolkningen har alkohol blitt billigere målt i arbeidstid. Avgift på alkohol er knyttet til alkoholinnholdet, dvs brennvin har høyere avgifter enn andre alkoholholdige drikker. Undersøkelser av drikkevaner viser at avgiftsnivået har innvirkning på valg av type alkohol.

Alkoholavgiftene ble vurdert i NOU:8 « En vurdering av særavgiftene». Utvalget konkluderte med at de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til alkoholbruk er høyere enn statens inntekter fra alkoholavgiftene. Begrensningene som da ble gjort var basert på kostander på grunn av overdreven bruk av helse- og sosialtjenester, kostnader påført tredjepart fra alkoholrelatert kriminalitet og kostnader knyttet til tapt arbeidsproduktivitet. Omregnet til 2014 priser er utgiftene til dette estimert til et sted mellom 22.6 og 24.6 milliarder kroner. Det er ikke tatt med utgifter til velferdstap knyttet til sykdom og død eller kriminalitet og privat velferdstap grunnet alkoholbruk. Det er heller ikke inkludert utgifter til behandling, rehabilitering og integrering av rusavhengige i denne beregningen av de samfunnsøkonomiske kostnadene ved alkoholbruk.

4.1.3 Tilgjengelighetspolitikk

Å begrense tilgjengeligheten til rusmidler har positiv effekt på totalforbruk og omfang. Strategier for å regulere tilgjengeligheten omfatter blant annet:

- Regulering og restriksjoner på salg og skjenking, f.eks antall skjenkesteder og åpningstid
- Vinmonopolordningen
- Aldersgrenser
- Avgifter
- Reklameforbud

Utvikling i tilgjengelighet

- Det selges nå øl i alle landets kommuner, mens det for 30 år siden var 200 kommuner uten salgssted for alkohol
- Antall skjenkesteder er tredoblet siste 30 år
- Antall vinmonopol har økt kraftig. De siste 10 år er antallet nesten fordoblet, og 87% av befolkningen bor nå i en kommune med vinmonopol

Utvikling i bruk

- I gjennomsnitt bruker nordmenn over 15 år ca 8 liter ren alkohol i året
- Fra tidlig 1990 tall har forbruket økt med ca 40%

- Fra 1997-2008 har andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholforbruk økt fra 0,5%-4,5%
- Alkoholbruken blant unge går ned
- Menn drikker mest, mens kvinners alkoholforbruk øker mest
- Alkoholforbruk og hyppighet for alkoholinntak øker i takt med høyere utdanning og inntekt

Salg- og skjenketider

- Maksimal salgstid er frem til klokken 20.00 på hverdager og klokken 18.00 på lørdager. 90% av kommunen har maksimaltid for salg
- Maksimaltid for skjenking er klokken 03.00, 13 % av kommunen har maksimaltid for skjenking.

De siste 9 årene har antall skjenkesteder stabilisert seg. De fleste som søker om bevilling får søknadene innvilget. I 2012 var det 35 kommuner som oppga at det var gitt avslag på skjenkebevilling, og den vanligste årsaken var at økonomisk vandel ikke var oppfylt. Det kan være relevant å stille spørsmål om dette i henhold til oppfyllelse av lovens formål om å begrense forbruket. Skyldes dette at næringspolitiske hensyn blir mer vektlagt enn alkoholpolitiske hensyn? Dette er i så fall ikke i tråd med lovens formål.

4.2 Holdninger og kulturelle trender knyttet til alkohol

Holdning er et sett av tanker, følelser og handlinger. Tankene kan være kunnskapsbaserte eller basert på erfaringer eller overleveringer fra andre. Med kulturelle trender menes her de rådende holdninger, verdier og normer knyttet til alkohol.

Økningen i bruk av alkohol de siste tiårene må ses i sammenheng med generelle trender i samfunnet, der en liberalisering har skjedd, parallelt med en bevegelse mot kontinentale mat- og drikkekulturer. Avispalter som anmelder og omtaler alkohol er ikke definert som reklame, men kan ha noe av den samme virkningen på konsumet. Arbeidstiden er en rusmiddelfri sone, men forbruk av alkohol i arbeidsrelaterte situasjoner kan mange steder være stort.

Rogalandsforskning anslo i 2001 at 43% av det totale alkoholforbruket foregår i slike situasjoner.

I de senere år har det vært en økt tilslutning til en fortsatt restriktiv alkoholpolitikk i befolkningen. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse i perioden 2005-2012 som viser at nordmenn er mer enig i politikken nå enn for 10 år siden. Dette gjelder både i forhold til pris og begrenset tilgjengelighet (Rusmidler i Norge 2013).

4.3 Alkoholpolitikk i et folkehelseperspektiv

Alkoholpolitikken har det samme resultatmålet som folkehelsearbeidet. Gjennom bruk av tiltak som begrenser skader og ulemper forårsaket av alkohol, fremmer man folkehelsen. På samme måte er det mange folkehelse tiltak som vil ha begrenset effekt hvis man samtidig har en

befolkning som preges av alkoholrelaterte problemer som hemmer deres mulighet til å ta ansvar, og som reduserer deres sjanser for å delta på ulike arenaer der man kan oppleve mestring og kontroll. Folkehelsearbeid og alkoholpolitikk kan dermed ikke ses på uavhengig av hverandre, fordi i likhet med alkoholpolitikk er folkehelse et kollektivt anliggende.

Lov om folkehelse har som formål « å bidra til den samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale forskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse»

Det rusmiddelforebyggende arbeidet er en naturlig og integrert del av folkehelsearbeidet, og må ha et tydelig folkehelseperspektiv. Alkohol er en av de viktigste risikofaktorene for sykdom og tidlig død. For å redusere helseskader og sosiale problemer som følge av alkoholbruk er det nødvendig å redusere alkoholbruken hos befolkningen generelt.

4.3.1 Helseskader

Bruk av alkohol kan være en direkte eller indirekte årsak til en rekke sosiale og helsemessige problemer.

- 6064 personer i Norge ble innlagt på sykehus i 2012 med alkoholrelatert diagnose
- Alkohol er medvirkende årsak til 60 somatiske sykdommer, og den tredje største årsaken til sykdom og tapte leveår i den vestlige verden
- Et langvarig og høyt inntak øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, i tillegg til andre sykdommer som leversvikt, lungesykdom m.m.
- Et moderat alkoholinntak øker risikoen for kreft
- Store enkeltinntak gir økt risiko for hjerneslag og hjerteinfarkt
- Folk i 50-60 årene øker faren for slag med rundt en tredjedel hvis de drikker mer enn to glass vin hver dag

Det er årlig 350-400 dødsfall på landsbasis som direkte følge av alkoholbruk. I tillegg kommer dødsfall som følge av sykdommer, skade, ulykker, vold og selvmord som et resultat av alkoholbruk. Det er gjort beregninger som anslår mellom 1000-1400 dødsfall pr. år der alkohol var en antatt årsak til dødsfallet. Dette omfatter blant annet akutte forgiftninger, leversykdom. Kreft, selvmord, drap m.m. (Fekjær, 2011).

Når det gjelder de fleste skader er det ikke ukesforbruket, men høy promille som gir størst risiko. Sammenhengen mellom høy promille og økt risiko for ulykker er godt dokumentert. De langt fleste helseskadene viser seg å være tilknyttet fyll eller akutt rus. En svært stor andel av skadene forekommer hos personer, særlig yngre menn, som ikke drikker daglig og har et moderat forbruk. Sykdommer som følge av langvarig drikking er omfattende i samfunnsmålestokk, mens fylleulykker og atferdsproblemer rammer langt flere enkeltmennesker.

Man har lenge vært opptatt av å forklare at mennesker som utvikler en alkoholavhengighet blir det på grunn av sine personlige problemer. Dette er ikke en entydig forklaring. Forskning viser

klart at alkoholens utbredelse og tilgjengelighet er et premiss for avhengighetsutvikling. Personlige faktorer og risiko gjør at man i ulik grad er utsatt for å utvikle problemer relatert til rusmidler. Forskning viser at jo høyere totale forbruket er i en befolkning, jo større er sjansene for at personer med moderat risiko kommer i faresonen.

- Med et lavt nivå av rusmiddelbruk i befolkningen vil bare de som har en sterk disposisjon bli faktiske storbrukere
- Med et økt rusmiddelforbruk i befolkningen vil også de med noe svakere personlig disposisjon få økt risiko for å bli storforbrukere

Det har vært gjennomført forskning som viser at moderat bruk av alkohol kan ha en beskyttende effekt mot hjerte- og karsykdommer. Forskning viser imidlertid også at det ikke er grunnlag for å konkludere med at alkohol generelt eller rødvin spesielt er gunstig for helsen, sett i sammenheng med alle andre sykdoms- og skadeeffekter som følge av alkoholbruk.

4.3.2 Passiv drikking

Med passiv drikking menes de skader og problemer den som drikker påfører andre enn seg selv, f.eks voldsutøvelse, trafikkulykker, fosterskader, omsorgssvikt, familiekonflikter, trusler, ordensforstyrrelse, sjikane m.m. Forskning viser at i løpet av et år plages nesten 1.5 millioner nordmenn over 15 år av atferden til fulle folk. For hver nordmann som dør av alkoholmisbruk, er det ca 100 mennesker som skades fysisk av en beruset person og ca 15 000 mennesker som plages av fulle folk (Fekjær 2011). Passiv drikking og hensynsløs rusatferd som skadevirkninger av alkoholbruk fremstår derfor som et større problem enn helseproblemer som rammer enkeltindivider (selv om disse også er betydelige).

Hensynsløs rusatferd påvirker i svært stor grad familien. Det er 90.000 barn (8,3% av alle barn) som lever med minst en forelder som misbruker alkohol (Folkehelseinstituttet 2014). Dette kan medføre store lidelser for barna. Bruk av alkohol under svangerskapet kan påføre barnet alvorlige skader, i verste fall føtalt alkoholsyndrom (FAS/ FASD). I familier hvor en eller begge foreldrene misbruker alkohol er det større risiko for barna når det gjelder omsorgssvikt og fysisk/psykisk/seksuell mishandling. I tillegg til de barna som har foreldre som misbruker alkohol, er det også andre barn som kan bli berørt av voksens hensynsløse alkoholatferd. Antall barn som er i risikozonen øker parallelt med høyre alkoholkonsum i befolkningen.

Flere undersøkelser som er gjennomført i Norge viser at 70-80% av oppdagede voldsepisoder har skjedd i forbindelse med alkoholbruk. Forskning viser også at når forbruket går ned, går nivået på voldslovbrudd ned. Går forbruket opp, stiger voldsnivået. Det er gjennomført en kartlegging av drap som ble begått i perioden 2003-2012, der det fremkommer at i 73 % av tilfellene er alkohol involvert.

Familiekonflikter, kriminalitet, promillekjøring, ulykker, voldshandlinger og drap er alle forhold der det er påvist sterk sammenheng med ruspåvirkning og rusatferd (Fekjær, 2006). Svensk forskning (Karolinska Institutttet 2007) viser at sannsynligheten for å utøve vold øker med 13 ganger ved alkoholinntak siste 24 timer.

Konsekvensene av passiv drikking blir i stadig større grad satt på dagsordenen, blant annet av bruker- og pårørendeorganisasjoner på feltet. Passiv drikking går ut over både barn, andre pårørende, nettverk og andre i omgivelsene. Dette har store individuelle, sosiale og samfunnsmessige omkostninger.

Menneskerettserklæringen, 1798 §4:

«Frihet er retten til å gjøre alt som ikke skader andre mennesker»

Hvis hovedproblemet med alkoholbruk hadde vært at den som drikker kun kan skade seg selv, kan bruken ses på som en privatsak. Men så lenge så mange mennesker opplever passiv drikking og hensynsløs rusatferd, er det en oppgave for samfunnet å begrense bruken.

4.4 Alkoholpolitikk i Nome kommune

Nome kommune har inngått avtale med Securitas AS om salgs- og skjenkekontroller (sist inngått 02.09.15). De utfører i gjennomsnitt 3 kontroller pr. salgs-/skjenkested pr. år. Kontrollene er uanmeldt – og kontrollørene er kurset av Securitas. Kommunen er preget av at antall skjenkesteder øker betydelig i sommerhalvåret.

4.4.1 Ansvarlig alkoholhåndtering (AAH)

Ansvarlig alkoholhåndtering er en strategi mot overskjenking, skjenking av mindreårige og rusrelatert vold. Det er et evidensbasert, permanent rusreducerende virkemiddel i kommunen, og foregår via et strukturert samarbeid mellom kommune, skjenkebransje og politi/lensmann. Det innebærer opplæring og kurs i «Ansvarlig vertskap» for ansatte ved skjenkestedene, samt bedring av metoder og organisering for tilsyn og kontroll i kommunene. AAH er gjennomprøvd og brukes av en rekke norske kommuner, og bidrar til å minske økonomiske og sosiale kostnader for lokalsamfunnet. Videre hever det bevisstheten blant ledere og ansatte i skjenkebransjen, og kan også føre til lettere saksbehandlingsprosesser og færre tvister. Det betraktes som en naturlig del av kommunenes rusmiddelpolitiske handlingsplan, og man kan motta faglig bistand av regionale kompetansesenter-rus (KORUS Sør), samt at det er muligheter for lokal tilpasning (kommunetorget.no).

5. utfordringsbilde

5.1 utfordringsbilde i Norge

Stortingsmelding 30 beskriver utfordringsbildet for rusmiddelpolitikken. Her vises det til at økning i alkoholkonsumet, særlig i den voksne delen av befolkningen gir grunn til bekymring, og må møtes med forsterket innsats. En del pasienter bruker vanedannende legemidler i større mengde enn anbefalt. Bruk av narkotika er relativt stabilt, men det er en bekymringsfull bruk av stoffer som dopingpreparater, metamfetamin og syntetiske stoffer som omsettes via internett. Det er vedvarende høyt antall overdosedødsfall i landet.

Skadelig bruk av rusmidler er en av de største risikofaktorene for sykdom og for tidlig død. Utvikling av rusmiddelpolitikk kan forebygges. Jo tidligere problemer oppdages, jo større er sannsynligheten for å lykkes med forebyggingstiltak. Problem utvikling kan oppdages allerede i småbarnsalder. Utfordringen er å oppdage, identifisere og gripe inn tidlig nok.

Det er fortsatt behov for å sikre at tjenester og hjelpetiltak er innrettet slik at den enkelte møter et helhetlig og tilgjengelig hjelpetilbud.

5.2 Utfordringsbilde i Nome

Områder som berører rusmiddelpolitikken i kommunen er følgende:

- Kommunen vil som resultat av samhandlingsreformen få nye oppgaver knyttet til utredning, behandling og oppfølging av pasienter i målgruppen.
- Psykisk helse og rus representerer store og voksende pasientgrupper med sammensatte utfordringer og komplekse tilstander og økende behov for medisinsk oppfølging.
- Mange som mottar sosialhjelp over lengre tid har psykiske lidelser eller rusproblematikk som hindrer dem fra aktiv deltakelse i samfunnet.
- For innbyggere som sliter med store rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser, er det ofte tilleggspolproblemer som gjør at de har vansker for å opprettholde boforholdet uten bistand.
- Tall fra brukerplan undersøkelsen 2015 indikerer at Nome har høyere tall enn nærliggende kommuner knyttet til problemområdet rus- og psykisk helse. Det er ikke tatt stilling til om dette handler om kommunens evne til å avdekke og gi tjenester som gir høy score, eller om problemet faktisk er større her enn i sammenliknbare kommuner. Nærheten til Grenland, lavere leiepriser, og ønske om å komme seg vekk fra miljøet er rapportert som mulige faktorer inn i dette.
- Det er bekymring knyttet til unge voksnes alkoholforbruk.
- Alkoholrelaterte skader utgjør et betydelig helseproblem (øker hos eldre), og kompliserer mange helsetilstander. Økt alkoholforbruk blant eldre fører til utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse i alderdommen. Det er også et forholdsvis stort forbruk av legale medikamenter (B-preparater), som også over tid vil påvirke personenes fysiske, psykiske og mentale evner. Dette vil kunne påføre pårørende og helsevesenet store belastninger.
- I forhold til kriminalitet blant unge under 18 år ligger Nome godt over nabokommunene, med 30 forhold, Bø har 9 og Sauherad 4 (2016 tall).

6. Ruspolitiske mål og strategier

6.1 Nasjonale mål og strategier

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Hele landets befolkning skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen. Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest forventet levealder. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, hvor det legges til rette for en helsefremmende livsstil, og gjør det enklere å ta sunne valg. Folkehelsearbeidet skal være systematisk og langsiktig, og det å skape god helse skal være et sektorovergripende mål. Gode IT-systemer er viktige verktøy for å bedre behandling, kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Det skal videreutvikles helhetlige IT-systemer for helse- og omsorgstjenestene slik at nødvendige helseopplysninger følger pasienten hele veien. Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene de har ansvar for. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegen og kommunen. Pasienter og brukere skal få en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. Tjenestene skal ha god kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive, og med kortest mulig ventetider. Samhandlingsreformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud, med forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Habilitering og rehabilitering står sentralt. Gjennom reformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor. Alle som trenger heldøgns omsorg skal få det. For å nå dette målet må hjemmetjenestene bygges ut. I rusmiddelpolitikken står forebygging og tidlig innsats sentralt. Behandlingstilbudene i kommunene og spesialisthelsetjenesten skal styrkes og videreutvikles (Helsedirektoratet).

6.2 Kommunens mål og ruspolitiske strategier

Kommunen har ansvar for tjenestetilbudet og utvikling av dette, og målet er at kommunenes innbyggere skal ha gode og rette tjenester til rett tid. Forebygging er helt sentralt.

6.2.1 Rusbruk

Det er behov for å ha økt fokus på bruk av alkohol i forhold til ungdom på videregående skole, særlig i overgangen ungdomsskole til videregående. Det er viktig å fokusere på alkohol og andre rusmidlers skadevirkninger, både relatert til rusens individuelle helseskader og rusens konsekvenser for omgivelsene. Forskning viser også at opplevelser av krekende atferd ofte oppstår når ungdommer er under påvirkning av alkohol. Slike risikosituasjoner kan bidra til å utvikle sårbarhet for psykiske plager og intensivere rusbruken.

Andel ungdom som har prøvd eller bruker cannabis er høyere for aldersgruppen 16-20, enn de under 16. Bruk av cannabis medfører ofte uønskede konsekvenser for bruker og samfunn

med tanke på frafall fra skole og arbeid. Det er svært viktig at cannabisbruk avdekkes tidlig, og at det gis rusfaglig bistand i forhold til avhengighetsproblematikk.

6.2.2 Bolig

Det er behov for differensiert botilbud for ungdom. Ungdom i en vanskelig sosioøkonomisk situasjon har problemer med å komme seg inn på boligmarkedet. Det er ikke kun de med rusproblemer som sliter, men også ungdom som av andre grunner ikke klarer å skaffe seg bolig på det private markedet. Et problem kan være at kommunal garanti fra NAV i forhold til depositum. Mange rapporter at det er vanskelig å få utleier til å gå med på denne løsningen. Enkelte vil ha behov for treningsbolig, der en kan stabilisere livssituasjonen og få veiledning på grunnleggende boferdigheter. (f.eks Smedkåsa).

6.2.3 ROP –lidelse

ROP –lidelse er en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Bruk av rusmidler er vanligere blant personer med psykiske lidelser enn ellers i befolkningen. Det er forholdsvis god oversikt i kommunen i forhold til ROP-lidelser, med bakgrunn i utførte brukerplankartlegginger og lav terskel for kontakt inn mot psykisk helse og rus. Ved ROP-lidelser vil det også være viktig å identifisere tidlig, kartlegge og sette inn riktig tiltak. Det er videre viktig med koordinert innsats og samhandling for å gi rett hjelp til rett tid. Ofte vil personer med denne problematikken ha behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten i perioder, det blir da viktig å jobbe mot gode avtaler for samhandling.

6.2.4 Boligtilbud med oppfølging

Det har vært en omorganisering av bofellesskapet i psykisk helse, som har gjort at det har blitt en økning i botilbudet til personer med ROP-lidelser når det gjelder bolig med tilgang til personell og veiledning. Det er videre en pågående prosess der en kartlegger behovet for ytterligere økning i botilbudet til denne gruppen. Dette må ses i sammenheng med allerede eksisterende bygningsmasse, og svingninger relatert til de ulike gruppene av personer som vil ha behov for slike boligtilbud i fremtiden. Det er rapportert om utfordringer knyttet til denne pasientgruppen med samtidige rus- og psykiske lidelser, med tanke på blant annet sikkerheten for personalet, kvaliteten i tjenestene som gis, samt negativ påvirkning på andre beboere i fellesskapet.

6.2.5 Arbeid- og aktivitetstilbud

Alle har behov for å fylle dagen med meningsfulle aktiviteter. For personer med utfordringer knyttet til rus kan det være vanskelig å få tilgang og/eller opprettholde ordinære aktiviteter. Mange av brukerne har store utfordringer knyttet til økonomi. Det er svært viktig for brukergruppa at de kan delta på fritids- og aktivitetstilbud uten at det skal være økonomien som forhindrer deltakelse.

6.2.6 Rehabilitering og oppfølging

Rehabilitering er definert som en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler der flere aktører samarbeider med å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Personer som har hatt behandling vil ofte ha behov for rehabilitering: Personer med utfordringer i livet knyttet til dårligere fungering på ulike felt, vil også ha effekt av rehabilitering med tanke på økt livskvalitet.

Oppfølging og rehabilitering gis av mange instanser i kommunen: fastlege, NAV, psykisk helse, aktivitetstilbud og kultur er alle aktører innen dette. Det er viktig å komme i posisjon så tidlig som mulig. For å redusere faren for negativ utvikling kan kommunen sette inn tiltak i form av råd og veiledning, hjelp til bolig/beholde bolig, sikre en meningsfull hverdag og tverrfaglig innsats.

Fengselshelsetjenesten møter ofte innsatte som er motivert for behandling og rehabilitering. Dersom det settes i gang med slikt arbeid inne i fengselet er det svært viktig at det videreføres etter endt soning.

6.2.7 Omsorgstilbud

Ikke alle som har et rusproblem ønsker hjelp til behandling eller rehabilitering, men alle har rett til bistand for å få et verdig liv. Dette kan være bistand til transport mtp nødvendige helsetjenester, praktisk bistand (f.eks rengjøring). En ser også at en større andel av eldre med rusmiddelavhengighet utvikler tilleggsproblemer i form av somatiske lidelser, og at det på sikt vil bli flere brukere i behov av omsorgstilbud hele døgnet. Her vil det være behov for tettere tverrfaglig oppfølging og mer helsefaglige tilbud.

6.2.8 Behandling

Hvis en innbygger ønsker hjelp for sitt rusproblem, kan vedkommende få hjelp fra psykisk helse eller fastlege. Psykisk helse gir bistand til personer som står i fare for eller har utviklet et rusproblem. Kommunen kan videre sette inn tiltak til brukere og pårørende. Igjen svært viktig å ha fokus på barn som pårørende, slik at barna får best mulig utgangspunkt for å ikke utvikle egne plager.

6.2.9 Fastlegens rolle i det helsefremmende arbeidet

Fastlegen har en viktig rolle i det helsefremmende arbeidet. Legene har mulighet til å avdekke risikofylt alkoholbruk eller andre former for rusmisbruk.

Alkohol kan spille en rolle i mange ulike helseproblemer (inkludert psykososiale) som medvirkende faktor, kompliserende faktor, utløsende faktor eller årsak. En del vanlige problemer innen allmennpraksis kan representere situasjoner som kan innebære en

sårbarhet for å utvikle alkoholproblemer over tid. Tradisjonelt har man ofte tenkt at spørsmål vedrørende alkoholbruk bør tas opp når man tenker at det mer eller mindre allerede foreligger et problem. Dette kan gjøre spørsmålet vanskeligere å stille, og ofte er det også da for sent. Problemer knyttet til samlivsbrudd, søvnevansker, angst/depresjon, på arbeidsplassen er situasjoner hvor økt sårbarhet kan forekomme og alkohol kan bli en lindrende faktor. I slike situasjoner kan det være hensiktsmessig å spørre om alkohol, uten å vente på å se tegn til at det er et problem. I slike situasjoner vurderes standardiserte verktøy å ha liten plass, spesielt i innledende faser. Legen bør fokusere på helseproblemenes multifaktorielle genese, dvs ikke fokusere på misbruk/avhengighet, men på mulig risikabelt drikkemønster og pasientens egne tanker i situasjonen.

Legene har også en myndighetsutøvelse knyttet til alkoholbruk som blant annet inkluderer førerkortattester og generell vurdering av førerrett, andre typer attester (f.eks off-shore arbeidere).

Det er svært viktig å vurdere barnas situasjon der legen uroer seg for at den voksne har en sårbarhet i forhold til å utvikle et problem, eller allerede har et kjent rusproblem.

Videre er godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten svært viktig, både med tanke på henvisninger og veiledning.

6.2.10 Tverrfaglig spesialisert behandling

Dersom det er behov for tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) kan fastlege eller ruskonsulent i psykisk helse henvise til dette. TSB omfatter avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller ved institusjon), plasser der rusavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke og legemiddelassistert behandling (LAR). Kommunen har ansvar for brukeren både før, under og etter behandling i TSB. Det er egne rutiner knyttet til Fylkesnemda når det gjelder gravide rusmiddelavhengige.

Det kan ofte være lang ventetid på behandling, og det kan være utfordrende å holde motivasjonen hos bruker opp i ventetiden. Det er også viktig at kommunen da har fokus på at tilstanden ikke forverres, og har et tilbud om oppfølging i ventetiden. Unge under 23 år skal prioriteres ved henvisning til TSB.

7. Samhandling og koordinering

Personer med rus- og /eller psykiske lidelser har sammensatte utfordringer. Det er flere forhold som er viktige å ha fokus på for å sikre samhandling og koordinering. Både samhandlingskompetanse, sikre felles forståelse av situasjon og målsetting, organisering og utførelse av tjenestetilbudene, informasjonsarbeid og brukervedvirkning er viktige faktorer å jobbe kontinuerlig med. God samhandling vil medvirke til god kvalitet på tjenestene som gis og det er tidsbesparende. Et eksempel kan være brukere i kontakt med NAV som opplever det

vanskelig å gå inn i bygget, forstå innholdet i det som besluttes i samtalerne e.l. Det kan ses på som et paradoks at brukere trenger en hjelper med seg for å få bistand av en annen hjelper. Brukermedvirkning og samarbeid med pårørende er en sentral del for å sikre en god samhandling. Videre er utarbeiding av konkrete samarbeidsavtaler et hjelpemiddel for å sikre dette.

Nome kommune har flere fora for tverrfaglig samhandling (for mer informasjon se Nome kommunes hjemmesider, www.nome.kommune.no/vedlegg) :

- Ressursgruppe forebyggende arbeid barn og unge
- SLT- samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (nytt er integreringspolitikken, ekstremisme, samhandling/forebygging ifht nye landsmenn)
- Konsultasjonsteam for barn og unge
- Konsultasjonsteam for unge voksne
- Koordineringsteam for barn
- Tverrfaglig lederteam
- Tverrfaglig møte i barnehage/skole (TFM)

Videre har kommunen samarbeidsavtaler knyttet til spesialisthelsetjenesten. For gruppen med rus- og eller psykiske vansker er det avtaler mellom kommunen og DPS i form av konsultasjoner og veiledning for personell og leger. Det er igangsatt en prosess med Borgestadklinikken med henblikk på å få nedfelt en samarbeidsavtale (sammen med kommunene Sauherad og Bø). Det er også samarbeid mellom kommunen og Mental helse, samt Røde kors (kommunen har partnerskapsavtale)..

7.1 Brukermedvirkning

Selv om det er mye samhandling mellom kommune og brukerorganisasjoner på systemnivå, er det viktig med løpende evalueringer for å se at samhandlingen fungerer som den skal. På individnivå er det individuell plan og ansvarsgrupper som er verktøyene som skal sikre brukeres rett til innflytelse, mulighet og selvbestemmelse. Det etterstrebes recovery-orientert praksis i arbeidet med brukerne, en filosofi som vektlegger brukerens ressurser, evner til mestring og deres opplevelse av hva som skal til for å skape mening i eget liv. Løpende evaluering av samarbeidet skal foregå i samtaler mellom bruker og hjelper.

7.2 Pårørendearbeid

Det å være pårørende til en som strever med rus- og eller psykiske vansker er ofte svært krevende. Det er viktig å ha fokus på å sikre et godt arbeid med pårørende. Det må fokuseres på utvikling av samarbeid som ivaretar familieperspektivet og pårørendearbeidet, særlig barn som pårørende. Dette må gjøres i samarbeid med brukerorganisasjonene. I følge en rapport fra Folkehelseinstituttet har barn av psykisk syke eller barn av personer med rusmiddelmissbruk en dobbelt risiko for å oppleve mishandling, overgrep, omsorgssvikt og for å utvikle psykiske

lidelser i løpet av sine barne- og ungdomsår. På samme tid er det viktig å ha med seg at ikke alle psykiske vansker hos en forelder fører til nedsatt omsorgsevne (NAPHA).

7.3 Spesielt om barn som pårørende

Helsepersonell, uavhengig av arbeidssted, har siden 2010 plikt til å identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn har som pårørende. Dette omfatter barn av fysisk og psykisk syke, og barn av rusmiddelavhengige. Målet er bedre kvalitet og økt kompetanse, bedre tilgjengelighet til tjenester, mer forpliktende samhandling og økt brukermedvirkning som tiltak for bedre ivaretagelse av barn og unge. Nome har fokus på barn som pårørende, og kommunen mottok i 2016 tilskudd fra Bufdir til utvikling av modeller for identifikasjon og oppfølging av barn av psykisk syke og barn av foreldre som misbruker rusmidler. Bakgrunnen for prosjektet var blant annet at kommunenes folkehelseprofil viser at Nome har høyere andel personer som bruker legemidler mot psykiske lidelser, og brukerplantall viser at Nome har høyere andel som misbruker rusmidler enn sammenliknbare kommuner. Det har også lokalt være uttrykket et behov for tettere samarbeid mellom skole/barnehage og helsetjenesten. Intensjonen med prosjektet er å utvikle og formalisere en tverrsektoriell modell som sikrer bedre intervensjon og oppfølging av barn som pårørende (i samarbeid med KORUS Sør og Sykehuset Telemark/DPS).

7.4 Frivillig sektor

Det er ønskelig med fokus på styrking og videreutvikling av samarbeidet med frivillig sektor. Frivillig sektor utgjør en ressurs med fokus på mestring, ressurser og inkludering, og vil kunne være gode samarbeidspartnere innen arbeid rettet mot både barn og unge, eldre, i forbindelse med folkehelseiltak og tiltak rettet mot psykisk helse og rusrelatert problematikk.

7.5 Samarbeidsprosjekt med KORUS Sør

Med bakgrunn i brukerplankartlegging har KORUS Sør henvendt seg til kommunen med en forespørsel om kommunen kunne tenke seg et samarbeid for å jobbe med resultatene i undersøkelsen (stor andel rusmiddelavhengige sett i forhold til andre sammenlignbare kommuner). Det har vært avholdt møter med etater som kan være aktuelle for et slikt samarbeid, først for å avklare om aktørene ønsker et slikt samarbeid, deretter for å avdekke utfordringer og se på hva kommunen mener de har behov for med tanke på et slikt samarbeid. Pr. i dag er prosessen der at KORUS jobber med forslag til tiltak og framdrift på bakgrunn av tilbakemeldingene de ulike etatene har blitt enige om og formidlet til KORUS Sør. Et hovedpunkt er å dra størst mulig nytte av allerede eksisterende tilbud og tjenester, og ikke å implementere en masse nytt. Generell kompetanseøkning hos alle ansatte, samt god samhandling og organisering er blant annet et ønsket resultat av dette. Samarbeidet er foreløpig ikke formelt besluttet, men det er en pågående prosess i forhold til å avklare muligheter og begrensinger med tanke på eventuell etablering av forpliktende samarbeid.

7.6 Utvikling av IT systemer

Gode IT- tjenester er viktig for hensiktsmessig dokumentasjon og informasjonsflyt. Dette jobbes kontinuerlig med fra Midt-Telemark IKT sin side. God opplæring i nye rutiner er en forutsetning for at dette skal fungere.

8. Virksomhetenes arbeid for å nå kommunale mål

Problemer knyttet til rusmiddelbruk oppstår i et samspill mellom individ, rusmiddel og samfunn. Skal samfunnet lykkes i å unngå de problemer som rusmiddelbruk kan forårsake, må forebygging skje på alle de ulike arenaer befolkningen deltar i, som i hjemmet, på skolen, i fritiden og på arbeidsplassen. Kommunen har et ansvar for å sette i verk tiltak som bidrar til å gi den enkelte en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Dette ansvaret fremgår blant annet i «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester». Særlig viktig er det å sikre et godt oppvekstmiljø. Skole og barnehage er begge sentrale aktører. Et godt utbygd kultur- og fritidstilbud er, foruten å være en verdi i seg selv, en viktig forebyggende faktor. Det er viktig at det finnes arenaer og aktiviteter der barn og unge får oppleve et trygt og rusfritt miljø. En rekke andre kommunale planer inneholder mange gode tiltak som bør kunne ha positiv effekt i forhold til rusforebyggende arbeid. I tillegg til forebygging av generell karakter, er det viktig at det gjøres en innsats i forhold til risikogrupper. Det er sentralt å komme inn så tidlig som mulig med tanke på å snu en uheldig utviklingsprosess.

8.1 Barn og unges oppvekstvilkår som essensiell forebygging

Familien er viktigst for barn og unges oppvekstvilkår. En trygg oppvekst gir et godt grunnlag for voksenlivet. Mangel på trygghet og omsorg må avdekkes og settes inn hjelp for. Passiv drikking er beskrevet i denne planen, og for å kunne verne barn og unge mot dette, der det viktig at kommunen har ulike tiltak, både på system og individnivå. 8.3 % av alle barn bor sammen med en forelder som misbruker alkohol. Dette har stor påvirkning på de barna som utsettes for det. Med et så stort omfang av barn og unge som lever med foreldre som misbruker alkohol, er det svært viktig at ansatte har kompetanse på å avdekke og sette inn tiltak. Helsestasjon, barnehage og skole treffer alle disse barna. De ansatte må tørre å gjøre rus til et tema. Selv om alkohol er en lovlig vare, skal barn og unge vernes mot skadelige virkinger av omsorgspersoners rusbruk. I følge statistikk fra Barneverntjenesten er antallet familier der årsak til kontakt grunnet russaker i årene 2013-2015 slik:

	Ikke rusrelatert	Rusrelatert	Sum	Prosent
2015	142	24	166	14,5
2014	143	31	174	17,8
2013	124	22	146	15,1

Noen barn og unge utsettes for omsorgssvikt med bakgrunn i foreldrenes rusmiddelbruk. Tidlig innsats på alle områder i barns utvikling har mer effekt enn å sette inn tiltak når symptomene viser seg. Det betyr at barneverntjenesten må få nok kunnskap om barn som lever med foreldre der omsorgen ikke er god nok.

Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen «Barn som pårørende», og alle som jobber med voksne med rusmiddelproblemer skal ha fokus på barnet som pårørende. Barns oppvekstvilkår er av stor betydning for hvordan resten av livet blir. Gode forhold og relasjoner hjemme, i barnehagen, på skolen og i fritiden er avgjørende for trivsel og livskvalitet i barndommen, men også for hvordan voksenlivet blir. Tidlig identifisering av problemer avhenger av at fagpersoner har kunnskap om risikofaktorer og symptomer. Like viktig er mot til å handle på bakgrunn av eventuell bekymring, at alle vet hva de skal gjøre og hvem de skal henvende seg til.

9 Beskrivelse av de ulike tilbudene i kommunen i et livsløpsperspektiv:

9.1 Helsestasjonens tilbud til gravide

Svangerskapsomsorgen er et tilbud til alle kvinner, og den gravide skal være sikret en forutsigbar, forsvarlig og effektiv svangerskapsomsorg ut ifra sine egne forutsetninger og behov. Formålet med svangerskapsomsorgen:

- Sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig.
- Sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret.
- Oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet.

Tjenesten omfatter helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov, opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning. Tjenesten følger Nasjonale faglige

retningslinjer for svangerskapsomsorgen, og kvinnen velger selv om hun vil gå til fastlege eller jordmor, eller en kombinasjon. Det gis tilbud om et basisprogram med åtte kontroller til og med svangerskapsuke 40. Helsestasjonen arrangerer foreldreforberedende kurs, og gir tilbud om hjemmebesøk til alle fødende, samt etterkontroll 6-8 uker etter fødsel.

9.1.2 Helsestasjonen 0-5 år

Helsestasjon er til barn 0-5 år og deres foreldre, og grunnbemanningen består av jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut. Helsestasjonen har i tillegg ansatt en familieveileder.

Tjenesten samarbeider med avdeling for psykisk helse, barnehageansatte, familierapeuter, barnevern, koordinerende enhet og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) ved behov.

Helsestasjonen tilbyr alle barn 0-5 år regelmessig helseundersøkelse, og er den eneste tjenesten som vurderer barnets helse på fastsatte tidspunkter de første leveårene. Oppgavene omhandler helseopplysning, helseundersøkelser, råd og veiledning til foresatte etter et standardisert basisprogram med 14 konsultasjoner inklusiv hjemmebesøk til nyfødte. Vaksinasjoner gis i tråd med gjeldende barnevaksinasjonsprogram.

Det standardiserte basisprogrammet skal ivareta universelle innsatser til hele målgruppen tilpasset deres individuelle behov. Målet er:

- At foresatte opplever mestring i foreldrerollen
- Bidra til et godt samspill mellom foresatte og barn
- Å forebygge og avdekke vold og overgrep
- Å fremme utvikling, psykisk, fysisk og sosialt hos sped- og småbarn
- Å avdekke tidlig fysisk og psykiske utviklingsavvik
- Å bidra til at barn får oppfølging og henvises ved behov

Helsestasjonen og barnehagene har et systematisk samarbeid, både i forhold til felles tema på systemnivå og på individnivå nivå knyttet til barn med behov for ekstra oppfølging.

9.1.3 Skolehelsetjenesten 5-20 år

Skolehelsetjenesten er elevenes egen lovpålagte helsetjeneste, og den er plassert på skolen, på barn og unges arena. Skolehelsetjenesten finnes på alle skolene i Nome(barnetrinn/ungdomstrinn/vgs), og består av helsesøster, skolelege og fysioterapeut. I tillegg har tjenesten en psykiatrisk sykepleier.

Skolehelsetjenesten er ansvarlig for vaksinasjon og gir i samarbeid med skolen tilbud om undervisning i klasser, grupper og enkeltsamtaler. Alle henvendelser tas imot og tjenesten har taushetsplikt. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud hvor elever kan droppe innom uten timeavtale, uten lang ventetid og uten at det koster penger. Det gjør at helsesøster, og andre ansatte i denne tjenesten, har en unik mulighet til å møte og hjelpe alle barn og unge der de er,

på deres premisser og uavhengig av sosial bakgrunn og tilhørighet. I Folkehelsemeldingen heter det at skolehelsetjenesten skal være en støtte for barn og unge i en sårbar fase i livet.

Rundt halvparten av elevene i ungdomsskolen og videregående skole bruker tjenesten. Dette gjør det mulig å avdekke problemer tidlig, og nå frem til alle barn og unge uavhengig av sosial bakgrunn. Å komme tidlig inn i en problemutviklingsfase betyr at barnet/ungdommen raskt kan få hjelp når noe er vanskelig, for eksempel på skolen, med venner, eller i hjemmet.

9.1.4 Helsestasjon for ungdom(HFU)

Helsestasjon for ungdom er et gratis lavterskeltilbud til ungdom(jenter og gutter) mellom 13 og 23 år. Tjenesten er et supplement til det arbeidet som utføres i skolehelsetjenesten, og kan være et viktig bidrag til ungdom som ikke har tilknytning til skole. Man trenger ikke å bestille time, og HFU i Nome er åpent hver torsdag kl 14-17.

På HFU møter du helsesøster og lege. De har taushetsplikt og kan svare på spørsmål om kropp, sex og følelser. Du kan for eksempel få råd om prevensjon, graviditet, abort, spisevaner, depresjon, sorg, ensomhet, rus(drikker for mye alkohol, bruker hasj eller andre rusmidler?), vold, overgrep og mobbing.

9.1.5 Barnehager og skoler

En stor andel av barna i kommunen går i barnehage. Barnehagen har gunstig effekt på barns språklige og sosiale utvikling. Barn kommer fra familier med ulike ressurser og sosioøkonomiske forhold. Barnehagen kan være en viktig arena for utjevning av sosiale helseforskjeller.

Det er store muligheter til å komme inn tidlig for å forebygge og /eller snu reproduksjon av ulike typer problematikk knyttet til utsatte familier. Tidlig innsats bør starte den dagen barnet begynner i barnehagen, ikke den dagen problemene har manifestert seg. Det er viktig at ressurser settes inn der man får mest igjen for dem, både når det gjelder livskvalitet og samfunnsøkonomi.

Det er viktig at de ansatte i skolen har kompetanse på å avdekke og intervensjon tidlig når det gjelder barn og unge som er i risiko. De må kunne kjenne igjen tegn på rusrelaterte problemer, både hos barnet og foreldrene. Ansatte ser barna kontinuerlig, og kan oppfatte tidlige faresignaler. Skolen er imidlertid avhengig av at det finnes andre aktører som kan gi støtte og intervensjon direkte overfor barnet/familien.

9.1.6 Kulturetaten

En stor andel av barn og unge i kommunen deltar i en eller flere fritidsaktiviteter. Dette er en viktig arena for å utvikle verdier og normer, fellesskap og glede. Det er derfor viktig at det legges til rette for at alle barn og unge får lik mulighet til å delta, uavhengig av sosioøkonomiske forhold. Ut fra forståelsen om at forebygging er å få noen til å gjøre noe annet enn de ellers ville gjort, fungerer ulike kulturelle tiltak forebyggende. Det er viktig at

kultursektoren forstås i dette perspektivet. Kultursektorens arbeid som er rettet mot de unge handler om å tilrettelegge arenaer for aktivitet, gi opplevelser, spenning og kunnskap, utvikle talenter, knytte sosiale relasjoner til jevnaldrende og voksne, samt oppleve mestring. Kultursektoren driver kulturarbeid som også har en forebyggende bieffekt, ikke forebyggende arbeid ved hjelp av kulturelle virkemidler. Det paradoksale er at den forebyggende effekten antakelig blir størst innenfor den forståelsesrammen som vektlegger kulturarbeid. Det har vist seg å gi gode resultater å integrere unge som befinner seg i risikofylte livssituasjoner i ordinære virksomheter og tiltak.

9.1.7 Midt-Telemark PPT

Midt-Telemark PPT er en interkommunal tjeneste for kommunen Bø, Nome og Sauherad. PP-tjenesten skal bistå barnehager, skoler, elever/lærlinger i videregående opplæring og voksenopplæring i deres arbeid med å legge til rette for gode utviklings- og læringsbetingelser for alle. Tjenesten skal bidra til å styrke handlingskompetansen til skoler og barnehager i arbeidet mot en inkluderende skole som gir alle et tilpasset opplæringstilbud. Tjenesten gir til barn og voksne med særskilte opplæringsbehov. Samarbeid med foreldre og skole og barnehage er sentralt i dette. I praksis omfatter hjelpen barn i førskolealder, elever i grunnskolen, samt voksne med behov for spesialundervisning på grunnskoleplan. Bakgrunnen for henvisning til PPT er som oftest at noen nær barnet opplever at det ikke utvikler seg eller lærer som forventet.

9.1.8 Midt- Telemark barneverntjeneste

Barneverntjenesten sin hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. De skal bidra til at barn og unge får trygge og gode oppvekstvilkår. Barneverntjenesten er avhengig av at alle tar ansvar og melder fra om bekymring for barn. Barneverntjenesten samarbeider med Barnevernvakta i Grenland, som er tilgjengelig for kontakt og veiledning når Barneverntjenesten er stengt. Barnevernet har rapportert inn andel russaker i nye bekymringsmeldinger, antall russaker rapportert viser ingen store økninger.

9.1.9 Avdeling for psykisk helse og ruskonsulent

Avdelingen følger opp personer med rus og /eller psykiske problemer og er tverrfaglig sammensatt. 100% stilling som ruskonsulent ble overført fra NAV til psykisk helse, og ytterligere en 100% stilling som ruskonsulent finansieres gjennom prosjektmidler. Psykisk helse tilbyr rusmiddelkartlegging (eventuelt i kombinasjon med psykiske vansker, motiverende samtaler, rusmestringsamtaler, viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten, oppfølging/samarbeid rundt ruskontrakter, koordinering , individuell plan og ansvarsgrupper, eventuelle tiltak og oppfølging til gravide rusmisbrukere. Det tilbys praksisplasser og arbeidstrening i avdelingen, etter avtale med NAV.

Avdelingen opplever at «eldre» rusmisbrukere holder seg stabilt i antall, at rekrutteringen i denne gruppen er liten og miljøet forholdsvis oversiktlig. Videre oppleves økning i ROP-lidelser hos unge, dvs flere unge med psykiske plager kombinert med rusmiddelbruk (hovedsakelig piller, alkohol, cannabis og amfetamin). Oppleves å ha liten oversikt over unge som eksperimenterer med cannabis, uten at det har utviklet seg til å bli et problem de søker hjelp for.

9.1.10 Bofellesskap

Bofellesskapet tilbyr døgkontinuerlig oppfølging til psykisk syke og ROP-pasienter. Bofellesskapet har utvidet sin kapasitet ved omorganisering, og tilbyr nå 18 leiligheter til denne gruppen. Det kartlegges om det er behov for ytterligere økning av leiligheter til denne gruppen, men som nevnt tidligere må dette ses i sammenheng med allerede eksisterende boliger og endringer/svingninger i demografiske forhold. Det er også fra januar 2017 etablert et avlastningstilbud av kortere varighet tilknyttet bofellesskapet, jmf samhandlingsreformen, der kommunen får ansvar for å ha dette tilbudet (KAD-senger, kommunal akutt døgnenhet).

I SINTEF rapporten kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016 fremkommer det at Telemark scorer klart høyest på spørsmål om i hvilken grad kommunen gir et godt tilbud om oppfølging i bolig, og fylket scorer langt over gjennomsnittet på utviklingen av boligsituasjonen for målgruppen.

9.1.11 Dagtilbud

Avdeling for psykisk helse har «onsdagsgruppen» (dagsenter), der personer med ulike utfordringer kan komme for sosial trening, aktiviteter og turer. Deltakelse i denne gruppen går via psykisk helse, og vurderes etter behovet til den enkelte, kombinert med kapasitet i gruppen på aktuelle tidspunkt. Det er videre et dagtilbud til eldre i samarbeid med hjemmetjenesten, tilbudet er tilgjengelig på mandager og torsdager ved RIBO (aktivitetssenter). Sistnevnte tilbud opprettholdes aktuelt gjennom prosjektmidler.

9.1.12 Fengselshelsetjenesten

Det er mange rusavhengige som er innsatt i fengsler. Dette krever særlige tilnærminger, og er et område for tverrfaglig innsats. Det er derfor avgjørende at kommunens helse- og sosialfaglige arbeid rettet mot innsatte, yter bistand mot avhengighetsproblematikk spesielt. Soningstiden er en unik posisjon til å komme i posisjon til å gjøre noe med rusmiddelavhengighet, og forbedre/komme i gang med behandlingssløp eller kommunal rusfaglig bistand.

9.1.13 NAV

NAV sine kjerneområder er å sikre økonomisk trygghet for brukerne, samt bistå til arbeid og aktivitet. Mange av brukerne av NAV Nome sliter med psykisk helse og /eller rusmidler. Ofte

er de også mottakere av andre tjenester i kommunen. Saksbehandling av søknader om sosialhjelp og bistand i forhold til midlertidig husvære fattes av NAV. NAV har viktige oppgaver når det gjelder å følge opp målgruppen i forhold til koordinering, råd og veiledning. De bidrar i forhold til kvalifiserende løp som avklaringstiltak, «Kvalifiseringsprogram», kurs og utdanning. Etaten har flere tiltak i forhold til rusmiddelarbeid: «Full pakke» (som administreres av attføringsbedriften IDEA, samarbeidsprosjekt i Midt-Telemark «Unge talenter» og tiltak i samarbeid med teknisk etat «ART 2000».

9.1.14 Midt - Telemark politi

Politiet er en viktig samarbeidspartner for kommunen i rusmiddelarbeidet. De har en aktiv rolle i ansvarlig alkoholhåndtering, og kriminalitetsforebyggende arbeid er nært knyttet til rusmiddelforebyggende arbeid. I tillegg har politiet kjennskap til rusmiljøet, de bistår i saker der hjelpeapparatet trenger hjelp til å håndtere situasjoner, f.eks ved innleggelse. Etatens tiltak rettet mot rusmiddelarbeid består blant annet i at politiet deltar i ulike fora med informasjon knyttet til rusmiddelarbeid. Videre gjennomføres det forebyggende samtaler med ungdom som vurderes å ha en bekymringsfull utvikling. Saker vedrørende bruk og omsetning følges opp i straffesakssporet. Nylig startet opp med bruk av «Ruskontrakter». Ruskontrakter innebærer jevnlig urinprøvetakning og rusmestringsamtaler. Dette administreres enten av helsesøster på skolene, eller av ruskonsulent i psykisk helse, alt ettersom hva som er mest hensiktsmessig for den det gjelder. Politiet beskriver at kommunen har et voksent rusmiljø, som de opplever å ha god oversikt over. Når det gjelder ungdomsmiljøene er politiet kjent med at det brukes forholdsvis mye cannabis, men opplever mindre oversikt i dette miljøet. Det er etablert et mer forpliktende og formalisert samarbeid i «Politiråd», som er et forebyggende organ.

9.1.15 Omsorgstjenester/hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien gir tjenester til brukere som har behov for hjelp til egenomsorg, mat, helsehjelp, ernæring og personlig hygiene. Det gis også bistand til medisiner og sårbehandling. Tjenesten har tilbud om rehabilitering/habilitering i samarbeid med rehabiliteringsteam. Det gis praktisk bistand til ulike oppgaver i hjemmet (hjemmehjelp). Videre har hjemmetjenesten utdeling av medikamenter til LAR- brukere i kommunen. Det har vært noe utfordringer knyttet til utdeling av medikamenter til LAR- brukere, og det bør videre være et fokus på samarbeid rundt å få dette til å fungere på en tilfredsstillende måte. Det er i mai i år utarbeidet avtale om samhandlingsrutiner vedrørende substitusjonsbehandling (hjemmetjenesten, seksjon for rus og psykiatri (SRP), apotek, kommunelege og ruskonsulent) som vil kunne følges opp/evalueres i forhold til bedring av samhandlingsrutiner.

9.1.16 Sykehjem/ omsorgsleiligheter

Kommunen tilbyr omsorgsleiligheter i både Lunde og Ulefoss, sentralt beliggende. Nome sjukeheim tilbyr sykehjemsplasser for innbyggerne i kommunen. Det har skjedd en gradvis

endring i eldres hjelpebehov, og flere av de som vil ha behov for disse tjenesten framover kan ha tilleggsproblematikk i form av konsekvenser av tidligere eller pågående rusbruk.

9.1.17 Fastleger - legetjenesten

Alle innbyggere som i folkeregisteret er registrert bosatt i en norsk kommune, har rett til en fastlege. Det er mulig å velge fastlege hvis legen har ledig plass på listen sin. Fastlegen er ansvarlig for alle allmennlegeoppgaver for sine pasienter i legekontorets åpningstid. Fastlegen skal prioritere personer på sin liste foran andre, bortsett fra ved akutt, livstruende sykdom.

Kommunene eier fastlegeordningen og inngår avtale med fastlegene. Det er også hver enkelt kommune som skal sørge for at det er nok fastleger i en kommune. Nome kommune har 6 fastlegehjemler (5 private og en kommunal), i tillegg til turnuslege. Alle legene er tilknyttet Nome legesenter.

Fastlegene har pasienter med mange ulike behov, og kan ofte være den første som blir kjent med at en person har et rusproblem. Pasienten oppsøker selv fastlege ved behov, og rusmiddelmisbruk avdekkes hovedsakelig dersom personen selv fremlegger det som et problem. Ved misbruksproblematikk må fastlegen sørge for henvisning og samarbeid med andre instanser, for eksempel kan fastlege følge opp med samtaler og urinprøvetaking, samt henvise til ruskonsulent i kommunen eller tverrfaglig spesialisert behandling ved DPS. Fastlegen er ansvarlig for å følge opp pasientenes bruk av vanedannende midler. Fastlegene deltar også i ansvarsgrupper og møter knyttet til oppfølging/ veiledning som kommunen får fra ambulant team ved DPS.

9.1.18 Spesialisthelsetjenesten

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er blant annet regulert i ulike avtaler mellom kommunen og helseforetaket. Nome kommune forholder seg til to aktører i dette samarbeidet, Borgestadklinikken og Sykehuset Telemark. Borgestadklinikken tilbyr tverrfaglig spesialistbehandling poliklinisk, ved gruppetilbud og ved innleggelse. De har avdelinger for utredning, behandling, avrusing, familier og gravide rusmisbrukere. Sykehuset gir tilbud om akutte innleggelser relatert til rus og /eller psykiske vansker enten på akuttavdelingene eller ved ø-hjelp rus. DPS gir tilbud om utredning og behandling ved innleggelse, poliklinisk (også grupper). Seksjon for rus og psykiatri (tidligere PUT) gir poliklinisk utredning og oppfølging til pasienter med rusproblemer og /eller psykiske vansker fra 15 år og oppover.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling tilbyr oppfølging til barn under 18 år i form av foreldreveiledning, observasjon, polikliniske samtaler (også ambulant virksomhet) og innleggelse i avdeling.

Når det gjelder å følge opp pasienter før/under og etter innleggelse i psykisk helsevern kommer Telemark best ut av foretaksområdene med erfaringer knyttet til dette. (SINTEF 2016).

10 Pårørende- og brukerorganisasjoner

10.1 Mental helse

Mental helse er en medlemsorganisasjon for alle mennesker med psykiske helseproblemer, pårørende og andre interesserte. Gjennom politisk påvirkningsarbeid, formidling av brukererfaring og folkeopplysning jobber Mental helse for økt åpenhet og bedre forebygging og behandling av psykiske helseproblemer. Visjonen er at alle har rett til et meningsfylt liv og en opplevelse av mestring og egenverd. Brukerkunnskap kombinert med fagkunnskap anses som avgjørende for å skape gode helsetjenester. Det er nødvendig at brukerne av tjenestene bidrar til utformingen av tjenester på alle nivåer. Verdigrunnet er likeverd, åpenhet og respekt. Mental helse har lokkallag i Nome. De bidrar med uttalelser vedrørende samarbeidsavtaler, samarbeider med psykisk helse om «Verdensdagen for psykisk helse» og har jevnlig møter og aktivitetstilbud for medlemmene.

10.2 Frivillige/ideelle organisasjoner

10.2.1 Røde kors

Nome kommune har inngått en partnerskapsavtale med Nome Røde kors der de bidrar med flere tilbud og aktiviteter. Nettverksarbeidet er et nasjonalt tilbud fra Røde kors til alle mennesker som opplever ensomhet, har erfaringer knyttet til rus og /eller psykiatri, og som ønsker sosiale relasjoner og trygge sosiale nettverk. Røde Kors Nettverk bidrar til innhold og fellesskap i hverdagen. Målet er at deltakeren skal få en bedre hverdag. Aktivitetene er av ulik karakter, alt fra hobbykvelder, bowling, hytteturer, hyggekvelder, julearrangement, kino og pizza eller turer ut i naturen. I tillegg arrangeres det faste ukentlige aktiviteter slik som Åpent hus med middagservering, møteplassen Kafe Koz og middagservering med full pakke. Alle aktiviteter er brukerstyrte, det vil si at deltakerne deltar aktivt i planlegging og gjennomføring av de ulike aktivitetene. Dette bidrar til fellesskap, eierforhold og ikke minst mestringfølelse hos deltakerne. Røde kors er viktige samarbeidspartnere for flere av etatene i kommunen, og deltar i regelmessig dialog med de offentlige samarbeidspartnerene.

10.2.2 Frelsesarmeen

Frelsesarmeen er hvert år delaktige i utdeling av «juleesker» til brukere av tilbud fra NAV og avdeling for psykisk helse som sliter med økonomiske/ sosiale vansker.

11. Allerede eksisterende tiltak rettet mot forebygging, tidlig innsats og behandling

Kommunen har en rekke tiltak rettet inn mot folkehelse, forebygging og tidlig innsats, samt behandling og oppfølging. Erfaringsmessig er det viktig å evaluere og videreutvikle allerede eksisterende tiltak, og det er viktig å beskrive en tiltaksoversikt på allerede eksisterende tiltak,

slik at fokus på godt arbeid innen disse tiltakene holdes oppe. Videre kan en slik oversikt gi ansatte i kommunen bedre oversikt over andre etaters arbeid. I en travel hverdag er det ikke gitt at alle ansatte i enhver etat har kjennskap til andre etaters tiltak. Bevissthet omkring dette vil gi bedre oversikt over ulike tilbud kommunen har, og kan bidra til bedre samarbeidsflyt og riktig innsats og tiltak til rett tid og på rett nivå. Allerede eksisterende tiltak vil derfor legges som vedlegg til planen (se vedlegg). Tiltak som er planlagt igangsatt vil nedfelles i selve planteksten, og følger under:

12. TILTAKSPLAN:

Tiltak som krever tilførte ressurser som må innarbeides i kommunenes økonomiplan:

	Beskrivelse av tiltak	Kostnad	Tidsramme	Ansvar
1	Tilby alle foresatte med behov for systematisert foreldreveiledning – økning av familieveilederstillingen med 20%	Kr. 140 000	Budsjett 2018	HO
2	Øke elevenes tilgang til skolehelsetjeneste med helsesøster tilstede 5 dg/uke (60% st)	Kr. 400 000	Budsjett 2018	HO
3	Lovpålagt psykolog innen 2020, 1 årsverk evt. Samarbeid med annen kommune	ca. 1 mill	Innen 2020	HO
4	Videreutvikle ø-hjelps plass for rus/psykiatri - en sykepleier stilling	700 000	Fra januar 2017→	HO/psykisk helse

Tiltak som kan gjennomføres innenfor ordinær driftsramme/søke eksterne midler:

	Beskrivelse av tiltak	Kostand	Tidsramme	Ansvar
5	Modellutviklingsprosjekt 2016 (barn som pårørende) -ferdigstille elektronisk modell	150 000	2017- søke midler	Rådman n/SLT koordin ator
6	Trinn 2 ROP- boliger utredes videre	Eksiterende ramme	2017 - 2022	HO
7	Barn som pårørende- økt fokus på samarbeid mellom barnehage/skole og	Eksisterende	2017/2018	HO/opp vekst/ helsetje nesten
8	Felles kompetanseplanlegging på temaer relevant for flere etater	50 000	2017-søke midler	HO/ skole
9	Prosjektsamarbeid KORUS. Kompetanseheving, samarbeid,	Gratis bistand-	2017-2019	Psykisk helse/

	organisering	frikjøpe ansatte til deltakelse		KORUS / SLT koordin ator
10	Kunnskap og kompetanseheving i SLT arbeidet.	Fått tilskudd kr. 30 000	2017	SLT koordin ator
11	Samarbeid om utredning og oppfølging av barn og unge skal formaliseres gjennom avtaler	Eksisterende	2017-2019	Leder team barn/ unge
	Beskrivelse av tiltak	Kostnad	Tidsramme	Ansvar
12	Tilby depresjonsmestringskurs for ungdom	Eksisterende	Ved behov	HO/ Friskliv ssentral
13	Tilby hasj avvenningskurs for ungdom	Eksisterende	Ved behov	HO
14	Tilby tilrettelagt arbeidsaktivitet i kombinasjon med individuell oppfølging/psykoedukasjon	300 000	Søke midler/ Budsjett 2018	Psykisk helse/ NAV
15	Videreføre prosjektstilling ruskonsulent	700 000	Søke midler årlig	HO / psykisk helse
16	Tilby psykoedukasjon til pårørende	Eksisterende	Ved behov	Psykisk helse
17	Utdanne kursledere og tilby kurs i belastningsmestring	Eksisterende	2018 - 2020	HO/ Psykisk helse
18	Gjennomføre brukertilfredshetskartlegging innen rus/psykiatri	Eksisterende	2018/2019	HO/psy kisk helse
19	Etablere kommunen som «ansvarlig vertskap» kommune. (Skjenke bevilling)	Eksisterende	2017	Politiet/ Saksbe handler skjenke bevilling
20	Starte samarbeid mellom psykisk helse og «Unge talenter» om tilpasset tilbud til unge med utfordringer på områder skole/aktivitet/psykisk helse/rus.	Eksisterende	Påbegynt 2017	HO/psy kisk helse/ NAV

Vedlegg 1

Eksisterende tiltak.

Nr	Eksisterende tiltak – helsetjenesten gravide – barn-ungdom	Ansvar
1	Alle gravide får tilbud om svangerskapsoppfølging Spørsmålet om alkoholbruk stilles vanligvis på første kontroll, og svaret noteres på helsekortet. Spørsmålene gjelder bruk av alkohol hos gravide siste året (12 mnd.) og i graviditet, og den gravide fyller selv ut skjemaet.	Helsestasjon ved jordmor og fastlege Den gravide
2	Alle barn 0-5 år får tilbud om regelmessige helseundersøkelser i tråd med basisprogrammet. Tobakkfritt miljø og rusmidler tematiserer på utvalgte konsultasjoner.	Helsestasjonen 0-5 år
3	Rutiner for å følge opp foresatte og barn som ikke møter til avtaler	Helsestasjonen 0-5 år Skolehelsetjenesten
4	Helseundersøkelse og helsesamtale til alle barn på 1. trinn (skolestartundersøkelsen) og 3. trinn Helsesamtale til alle ungdomsskoleelever på 8. trinn. I helsesamtalen tematiserer blant annet temaene tobakk, alkohol og rusmidler med barn, foresatte og ungdom.	Skolehelsetjenesten, grunnskolen
5	Helsesøster er tilgjengelig på alle skolene i kommunen, og har i tillegg drop inn/åpen dør funksjon på ungdomstrinn og vgs. Ved alle henvendelser fra barn og unge skal tjenesten være oppmerksomme på mulige bakenforliggende årsaker.	Skolehelsetjenesten 5-20 år
6	Strategisk kompetanseplan – helse og omsorgsetaten	Helse- og omsorg, ved etatsjef

Nr	Eksisterende tiltak – barnehage – grunnskole - vgs	Ansvar
7	Steg for steg - et program for utvikling av barns sosiale kompetanse. Programmet tar for seg tre hovedområder: empati, problemløsning og mestring av sinne. Målsettingen er å øke barnas sosiale kompetanse gjennom positiv sosial ferdighetstrening. Steg for Steg styrker barns selvbilde og gjør dem i stand til å omgås andre på en fredelig måte, samt forebygger mobbing og vold.	Oppvekst, ved barnehagene
8	Zippys venner for 1.-4.trinn i barneskolen. Et tiltak for å jobbe systematisk med å fremme god psykisk helse og et godt psykososialt miljø. Målsettingen i programmet er å lære barna å: mestre dagliglivets problemer, identifisere og snakke om følelser og støtte andre som har det vanskelig.	Oppvekst ved grunnskolene og HO ved skolehelsetjenesten
9	VIP – Veiledning og Informasjon om psykisk helse for 1 trinn. Et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole, primært ungdom i	Telemark Fylkeskommune ved Nome vgs og kommunen ved

	alderen 16 til 17 år. Hovedmålet for programmet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser.	skolehelsetjenesten
10	Aggression Replacement Training (ART) er et manualisert tiltak som har til hensikt å forebygge og redusere (behandle) problematferd. Målgruppen er barn og unge i alderen 4-20 år, som har eller er i ferd med å utvikle atferdsvanske. ART tilbys i grupper bestående av 4-8 barn. I gruppene gjennomgår barna trening i sosiale ferdigheter, sinnekontroll og moralsk resonnering. Tiltaket benytter seg av samtaler, rollespill og veiledning direkte med barnet. Ved å tilby barn og unge ART tar man sikte på å avhjelpe allerede eksisterende atferdsvansker, samtidig som man ønsker å forebygge senere antisosial atferd (for eksempel rus og kriminalitet) i ungdoms- og voksenalder.	Klassetrinn
11	Skoleprogrammet FRI , et program om mestring og tobakk som er tilpasset lærerplanen. FRI utvikler elevenes kompetanse til å vurdere handlingsalternativer i situasjoner hvor de opplever press. De lærer seg å se konsekvensene av sine handlinger.	Klassetrinn
12	ØPP 8. til 10. trinn: Örebro Preventionsprogram (ÖPP) er en foreldremøtemetode som har til hensikt å forebygge tidlig alkoholdebut og redusere alkoholbruk og normbrudd hos ungdommer. Grunntanken bak programmet er at man skal redusere ungdoms alkoholbruk ved å henvende seg til foreldrene.	Oppstart våren 2014, 2014/2015 2015/2016 På vent/avlyst høst - 16 Se mail 12/9.16
13	Forebyggende foredrag for 8. klasse ved alle ungdomsskolene i midt/vest. Tema:	Politiet Nytt tiltak 2016/2017
14	Mestringsgrupper jenter og gutter 9. trinn . Prosjekt 2014/2015 – tilbud jenter 8. trinn, på vent skoleåret 2015/2016. nytt i 2016/2017 for jenter og gutter på 9. trinn. Tema:	
15	Cannabis info 10. trinn foreldre og elever : Prosjekt våren 2015, varig drift fra våren 2016. Målsetting:	Skolehelsetjenesten
16	To faste foreldresamtaler . Det er utarbeidet en mal for foreldresamtaler , der tema rus tas opp rutinemessig med alle.	Barnehagene, ved ped.leder
17	Skolene har maler for utviklingssamtaler, det gjennomføres i tillegg elevsamtaler gjennomåret.	Skolene ved kontaktlærer
18	Rutine ved skifte av barnehage . Det innhentes samtykke for å sikre god informasjonsflyt.	Oppvekst ved styrer
19	Rutine ved overgang fra barnehage til skole	Oppvekst ved barnehage og skole
20	Det er felles satsningsområder i kommunens barnehager og skoler ang. kompetanse	Oppvekst
21	Handlingsplan mot mobbing Forslag til nytt tiltak – alle barnehagene å ha dette	Skoemyra- og sluseparken bhg
22	Mobbepplan skolene – handlingsrekke i saker som medfører lovbrudd	Oppvekst kontoret
23	Info til russeren – SHT og politi?	

24	Info elever/internat om tilbud og fritidsaktiviteter - SHT	
25	Ungdataundersøkelse – 2018 – fast hvert tredje år	
26	Elev- og foreldreundersøkelsen – tema på SU og TFM	

Nr	Eksisterende tiltak – Tverrfaglig samarbeid	Ansvar
27	Felles samtykkeskjema for alle kommunale tjenester	HO- Oppvekst
28	Modell for tverrfaglig samarbeid – strategisk nivå – operativ nivå – politiråd - kommunestyre	Rådmann – Politi SLT koordinator
29	SLT koordinator 20 % stilling	Rådmann
30	SLT - koordineringsgruppe	SLT koordinator
31	Tverrfaglig møte(T FM)– barnehage – grunnskole og vgs - Mottak Nettverksgrupper(tiltak 56 implementeres i TFM for ungdomstrinn)	Oppvekst, HO, PPT, BVT
32	Etablere nettverksgrupper på alle videregående skoler og ungdomsskoler i midt/vest. Politiet møter på 2 møte pr år og på samme møtedag som barnevernstjenesten.	Politi og SLT koordinator
33	Ressursgruppe	Oppvekst/HO – SLT koordinator
34	Faste samarbeidsmøter med kommunens fastleger	HO
35	Rutiner for samarbeid mellom: Psykisk helsearbeid – fastleger og DPS Hjemmesykepleien – fastleger NAV - fastleger	Psyk helse HO NAV
36	Samarbeidsavtaler internt og eksternt. Sikre at de ulike tjenestene har rutiner for samarbeid på individ og systemnivå	HO, BVT, PPT, Psyk, bhg/skole
37	Samarbeidsavtale mellom Telemark fylkeskommune og Telemark Politidistrikt : Avtalen gjelder rusmiddelforebyggende arbeid i de videregående skolene i Telemark. Formålet med avtalen er å styrke og videreutvikle det rusmiddelforebyggende arbeidet i de videregående skolene i Telemark gjennom et formalisert samarbeid. Hensikten med avtalen er å forebygge bruk av rusmidler og bidra til å fremme elevenes rett til et rusmiddelfritt oppvekst- og læringsmiljø i samsvar med gjeldende regelverk: <i>Opplæringslova § 9a-1: Alle elever i grunnskolen og videregående skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring.</i> Videre er formålet med avtalen å bidra til økt kunnskap om konsekvensene og risikoen ved bruk av rusmidler, og å tydeliggjøre skolens og politiets holdninger mot ulovlige rusmidler. Avtalen skal videre bidra til avklaring av roller og ansvar ved avdekket bruk, besittelse eller salg av ulovlige rusmidler, samt oppfølging av hjelpetiltak inkl ruskontrakt.	TFK ved Nome vgs og Telemark politidistrikt ved Midt-Telemark politi i samarbeid med kommunal skolehelsetjeneste
38	Partnerskapsavtale med Røde kors	

	Eksisterende tiltak psykisk helse og rus	Ansvar
39	Individuell kartlegging på psykisk helse og rus	Psykisk helse
40	Individuelle behandlings- eller støttesamtaler	Psykisk helse
41	Pårørende eller nettverkssamtaler	Psykisk helse
42	Boligsosial oppfølging	Psykisk helse
43	Kartlegging av ADL- ferdigheter (Activities of daily life)	Psykisk helse
44	Boligsosial oppfølging/botrening	Psykisk helse
45	Medisinutdeling	Psykisk helse/hjemmesykepleien
46	Legemiddelassistert rehabilitering-LAR	Psykisk helse/hjemmesykepleien
47	Dagaktivitetsgruppe psykisk helse/eldre	Psykisk helse/hjemmesykepleien
48	Kurs i depresjonsmestring	Psykisk helse
49	Individuell plan for de med sammensatte behov og tjenester	Involverte etater
50	Praktisk hjelp (f.eks kjøring til nødvendig helsehjelp)	Psykisk helse
51	Bofellesskap med heldøgns bemanning	Psykisk helse
52	Avlastnings-/øyeblikkelig hjelp hybel	Psykisk helse
53	Henvvisning til tverrfaglig spesialisert behandling ved behov	Ruskonsulent
54	Samarbeidsmøter og ansvarsgrupper	Involverte etater
55	Samarbeidsavtaler med STHF/DPS, Borgestadklinikken, ideelle og frivillige organisasjoner	Involverte etater
56	Plan for psykisk helse	Psykisk helse
57	Brukerplankartlegging	Psykisk helse
58	Veiledning til andre etater på området rus/psykisk helse	Psykisk helse
59	Kompetanseplan for ansatte	HO
60	Fysisk aktivitet	Psykisk helse
61	Erfaringsveileder	Psykisk helse
63	Brukermedvirkning i form av løpende evalueringer evnt.standardiserte skjemaer	Psykisk helse

