



Aurskog-Høland kommune

den romslige kommunen

Respekt, ansvar, utvikling og service

Aurskog-Høland kommune

Plan for arbeid med rus og avhengighet 2018-2022

Vedtatt i kommunestyret 19.03.2018



SAMMENDRAG

Plan for rus og avhengighet er regulert gjennom alkoholloven. Loven har som formål å regulere omsetning av alkoholholdig drikk med mål om 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.

Plan for rus og avhengighet omhandler rus- og avhengighetsproblematikk i større omfang enn kun i form av alkohol. Befolkningens utfordringer i forhold til bruk, misbruk og avhengighet av narkotiske stoffer, vanedannende legemidler og ulike former for spill og dopingmidler inngår i planen.

I prosessen med å utforme innholdet plan for rus og avhengighet er det ikke funnet kunnskapsgrunnlag som tyder på at Aurskog-Høland skiller seg vesentlig fra landsgjennomsnittet når det gjelder rus og avhengighet. Planen legger derfor til grunn at nasjonale trender og tall også gjelder i kommunen. Gjennom innsamling av myndighetskrav, statistikk/data, workshops med ansatte og ledere i kommunen, representant fra lokalt lensmannskontor og brukerrepresentant har en kommet frem til at hovedutfordringene i kommunen er:

- Mangel på verktøy for å kartlegge omfanget av rus og avhengighet som grunnlag for planlegging og dimensjonering av tjenester
- Kommunes ansatte mangler kompetanse for å kunne identifisere rus- og avhengighetsproblematikk på individ- og gruppenivå
- Store sosiale kostnader

Med bakgrunn i hovedutfordringene er følgende formål for planperioden formulert:

Bedring av befolkningens livskvalitet gjennom:

- ***Redusert bruk og misbruk av alkohol, illegale rusmidler, vanedannende legemidler, spill og doping.***



Planen definerer innsatsområder og strategier for å nå valgt målsetting. Det gis forslag til tiltak for den enkelte strategi.

Planen fastsetter også nye vilkår ved forvaltning av alkoholloven, med faglig begrunnelse, for å regulere tilgjengeligheten av alkohol gjennom blant annet følgende:

- Det gis ikke skjenkebevilling for kulturarrangementer hvor barn under 18 år er tilstede
- Det gis ikke skjenkebevilling for kjøpesenterkafe

Planens siste del beskriver utviklingsområder for det helsefremmende og forebyggende arbeidet på rus- og avhengighetsområdet i kommunen med følgende hovedpunkter:

- Behov for systematisering for å fange opp risiko for utvikling av rus og avhengighet
- Behov for å implementere kunnskapsbasert praksis
- Økt tverrfaglig og tversektorielt samarbeid

Forsidefoto: Arne Løkken



Innhold

.....	1
SAMMENDRAG	2
Forsidefoto: Arne Løkken.....	3
Kapittel 1: Innledning	5
Kommunens arbeid med planen	6
Kapittel 2: Situasjonsbeskrivelse av rus- og avhengighetssituasjonen	8
2.1 Definisjoner.....	9
2.2 Årsaker til avhengighet	10
2.2.1 Ringvirkninger av rus og avhengighet	10
2.3 Alkohol	10
2.4 Illegale stoffer	12
2.5 Vanedannende legemidler	14
2.6 Spill	16
3: Rus- og avhengighetspolitiske mål og strategier.....	18
3.1 Nasjonale mål og strategier.....	18
3.1.1 Psykisk helsearbeid for barn og unge	19
3.2 Aurskog-Høland kommunes mål og innsatsområder	20
Del 4: Tiltak	21
4.1 Forslag til tiltak knyttet til valgte mål og innsatsområder	21
4.2 Kommunes regulering av tilgjengeligheten av alkohol.....	22
4.2.1 Forvaltning av salgs- og skjenkebevillinger	22
4.3 Vilkår for å regulere tilgjengeligheten av alkohol	23
4.3.1 Videføring av vilkår for forvaltning	24
4.3.2 Nye vilkår for forvaltning	25
Del 5: Helsefremming, forebygging og tjenester til brukere med rus og avhengighetsproblematikk.....	27
5.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid	27
5.1.1 Primærforebygging	27
5.1.2 Sekundærforebygging – risikosituasjoner og grupper.....	28
5.1.3 Tertiærforebygging	28



Kapittel 1: Innledning

Etter alkoholloven er kommunen pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Aurskog-Høland kommune har fra tidligere en eksisterende plan på området som er navngitt: *Politisk handlingsplan for redusert bruk og misbruk av alkohol, narkotika og spill (2011-2015)*.

Planens målgruppe er kommunen som arbeidsgiver og tjenesteutøver.

I Aurskog-Høland, som i resten av landet, har en liten del av befolkningen et høyt forbruk av rusmidler, særlig alkohol. Det største omfanget av sykdom, skade, vold og konsekvenser for tredjepart finner vi likevel hos den store delen av befolkningen som har et moderat rusmiddelbruk. Skader og problemer for andre enn den som drikker, såkalt passiv drikking, er omfattende og får muligens for lite oppmerksomhet. Økt kunnskap om og fokus på skadevirkninger er nødvendig, og må være en viktig del av det forebyggende arbeidet i kommunen.

Planen omhandler rus- og avhengighetsproblematikk i større omfang enn kun i form av alkohol og narkotiske stoffer. Befolkningens utfordringer i forhold til misbruk og avhengighet av vanedannende legemidler, ulike former for spill og bruk og misbruk av dopingmidler omtales.

I planens kapittel to gis en situasjonsbeskrivelse av befolkningens utfordringer knyttet til rus og avhengighet. Beskrivelsen er inndelt i følgende områder: alkohol, illegale stoffer, vanedannende legemidler og spill. Fellesbetegnelsen for områdene er at samtlige kan føre til avhengighet ved bruk og misbruk.



Tabellen nedenfor viser planens inndeling i områder for avhengighet med eksempler på rusmidler, dopingmidler, spill etc. listen er ikke uttømmende.

Alkohol	Illegale stoffer	Vanedannende legemidler	Spill
<u>Legale rusmidler:</u> Øl Vin Brennevin	<u>Rusmidler/Narkotika:</u> Cannabis Amfetamin Heroin Kokain MDMA/Ecstasy	<u>Legemidler:</u> Smertestillende Angstdempende Sovemedisiner Sentralstimulerende	<u>Dataspill:</u> «Gaming»
	<u>Dopingmidler:</u> Anabole stoffer Vekstfaktorer Peptidhormoner		<u>Pengespill:</u> Bingo Nettbaserte pengespill

Situasjonsbeskrivelsen i kapitel 2 har gitt grunnlag for å identifisere kommunens hovedutfordringer på rus- og avhengighetsfeltet. I kapitel 3 gis målsetting, med definerte innsatsområder og strategier, for kommunens arbeid på rus- og avhengighetsområdet for perioden 2018-2022.

Kapitel 4 beskriver kommunes tiltak for å nå målsetting som er satt for planperioden, herunder vilkår ved saksbehandling om skjenkebevilling.

Avslutningsvis gir kapitel 5 en beskrivelse av kommunens plan for videreutvikling av tjenester til brukere med rus og/eller annen avhengighet.

Kommunens arbeid med planen

Kommunes arbeid for å etablere ny plan for rus- og avhengighet er preget av forståelsen om at problemområdet er sammensatt. Rus- og avhengighetsproblematikk berører et stort antall av kommunes innbyggere, direkte eller indirekte, og har krysspunkter med en stor del av kommunens virksomhet. Kommunens arbeid innenfor rus og avhengighet omhandler arbeid fra forebyggende tiltak som for eksempel saksbehandling av skjenkebevilling, informasjonstiltak og holdningsskapende arbeid, så vel som oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere. Planarbeidet har hatt til hensikt å se kommunens arbeid med rus- og avhengighetsproblematikk i sammenheng. På



bakgrunn av dette er arbeidet organisert som et tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid gjennom to workshops med deltakere fra tjenesteområder og avdelinger som forebyggende tjeneste, barnevern, kultur, boligkontoret, NAV, psykisk helse og avhengighet, tjenstekontoret, sykehjemstjenester, hjemmeboende og rehabilitering, legevakt, samfunn og utvikling, pedagogisk utviklingstjeneste og tjenesteområdet til mennesker med nedsatt funksjonsevne. I tillegg har Aurskog-Høland lensmannskontor deltatt med en representant og FFO (funksjonshemmedes fellesorganisasjon) har ivaretatt rollen som brukerrepresentant.

Planforslaget er ført i pennen av en arbeidsgruppe bestående av tjenesteleder for psykisk helse og avhengighet Gro Kalvenes, SLT koordinator Marianne Børke, seniorrådgiver Dagfinn Lunner og helsefaglig rådgiver Siw Heggevik Lund.

Tverrfaglig samarbeid

«En form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Dette kan best skje ved en fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. Kvaliteten forventes å bli bedre enn om hver og en løste sin del av oppgaven hver for seg.»

Bredland, Linge og Vik (2006)



Kapittel 2: Situasjonsbeskrivelse av rus- og avhengighetssituasjonen

Det foreligger ikke oppdaterte og presise tall på den faktiske forekomsten av ruslidelser i Norge. I følge Folkehelseinstituttet er det allikevel grunn til å hevde at omfanget er betydelig med en antatt livstidsforekomst på 10-20 prosent, men med store variasjoner på landsbasis. Det vi si at mellom en av ti og en av fem får slike problemer i løpet av livet.

Det er ikke funnet kunnskapsgrunnlag som tyder på at Aurskog-Høland skiller seg vesentlig fra landsgjennomsnittet når det gjelder rus og avhengighet. Vi legger derfor til grunn at nasjonale trender og tall også gjelder i vår kommune. Videre er det ikke fremsatt vurderinger fra kommunes ansatte, eller politiet som indikerer at det er store geografiske forskjeller når det gjelder rus og avhengighetsproblematikk internt i kommunen. Dog er det fremkommet i arbeidet at demografi kan ha påvirkning på utvikling av rus- og avhengighetsproblematikk gjennom forhold som spredt bosetting. Det kan føre til ensomhet og/eller være til hinder for deltakelse i aktiviteter.



2.1 Definisjoner

Begrep	Definisjon
Rus	En betegnelse på de mentale og fysiske tilstandene som oppstår etter inntak av ett eller flere rusmidler. Rus innebærer som regel en midlertidig ønsket endring av bevisstheten i form av endret stemningsleie, konsentrasjonssvekkelse, kritikkløshet og økt impulsivitet, eventuelt med dempende effekt, stimulerende effekt, eller hallusinasjoner.
Misbruk	Misbruk tilsvarer det engelske «abuse». Begrepet er noe upresist. Det er likevel innarbeidet i dagligtale, og brukes da oftest om omfattende bruk av rusmidler for å oppnå ruseffekt.
Avhengighet	<p>Et syndrom av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller en klasse av substanser får mye høyere prioritet for en person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. Et sentralt beskrivende kjennetegn for avhengighetssyndromet er ønsket (ofte sterk, noen ganger overveldende) om å ta psykoaktive stoffer (som kan eller ikke kan ha vært medisinsk foreskrevet), alkohol eller tobakk.</p> <p>Diagnosen er knyttet til at man oppfyller minimum tre av seks kriterier:</p> <ol style="list-style-type: none">1. et sterkt ønske om eller følelse av tvang til å innta substansen2. problemer med å kontrollere bruk, mengde og tidspunkt3. abstinensproblemer4. toleranseutvikling5. økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser som følge av bruken6. at den økende bruken opprettholdes, til tross for åpenbare tegn på negative konsekvenser.
Eufori	Mental og følelsesmessig tilstand der en person opplever intense følelser av velvære, oppstemthet, lykke, spenning og glede, eventuelt ekstase. Dette er også en direkte oversettelse av det greske uttrykket «euphoria» som direkte oversatt betyr velvære, men som oftest brukes i sammenheng med beskrivelse av beruselse, altså en forbigående tilstand.

Kilde: Helsedirektoratet



2.2 Årsaker til avhengighet

Årsakene til at noen havner i avhengighetsproblemer er sammensatte, men ofte sammenfallende med oppvekstvilkår, skole, bolig og arbeid. Innsatsen mot rus- og avhengighetsproblematikk handler derfor i stor grad om et inkluderende samfunn. Trygge og sterke fellesskap kan bidra til at færre faller utenfor, men kan også virke ekskluderende for de som har falt utenfor. Holdningene til rusavhengige, og forståelsen av avhengighet som en sykdom og et sammensatt problem har endret seg med årene.

2.2.1 Ringvirkninger av rus og avhengighet

Tredjepartskader av rus og avhengighet er omfattende og skadene store. Brukerens familie vil kunne oppleve svekket omsorg, vold og overgrep samt parforhold som går i oppløsning. Det sosiale nettverket påvirkes og arbeidsgiver og kolleger opplever produksjonstap og merbelastning. Medborgere kan bli utsatt for trafikkskade, voldsskader, hærverk og utrygghet grunnet rus og avhengighet. Videre er de økonomiske konsekvensene av bruk/misbruk uttalte. Fravær fra jobb gir økte kostnader for samfunnet. I familier kan avhengighet føre til økonomiske problemer som påvirker partner og barns mulighet til aktivitet. Mer perifer familie, barnehage, skole og andre man omgås på fritid vil også bli involvert når noen utvikler avhengighet ettersom evnen til omsorg kan bli svekket.

I tillegg til alle ovenstående ringvirkninger av rus og avhengighet er problemene også av betydelig karakter for de instansene som bistår når konsekvensene av misbruket er et faktum. Kommunale tjenester som NAV, psykisk helse og avhengighet, barnevern, hjemmetjeneste og sykehjem utfører en betydelig andel av sine tjenester til personer og familier med rus- og avhengighetsproblematikk.

2.3 Alkohol

I følge Statens institutt for rusmiddelforskning har det samlet vært en nedgang i det registrerte alkoholforbruket i Norge de senere år. Innenlands omsetning av alkohol har gått litt ned, mens tax-free-salg på flyplasser, privatimport samt grensehandel har økt noe. Når man fordeler kjøpemengden på alle personer i Norge over 15 år, blir dette 6,8 liter ren alkohol per person i 2016.



Tall fra Sirius-rapporten «Rusmidler i Norge» fra 2015 viser at 82 % mellom 16 og 79 år har drukket alkohol i løpet av det siste året. Fire av ti menn og tre av ti kvinner drikker én dag i uka eller oftere. Få opplyser at de drikker mer enn fire ganger i uka.

- Gjennomsnittlig forbruk blant menn var mer enn dobbelt så høyt som blant kvinner
- Gjennomsnittlig alkoholforbruk er størst i aldersgruppa 16-24 år
- Beruselse er vanligst i de yngste aldersgruppene og avtar med økende alder
- Alkoholkonsum og hyppighet av alkoholinntak øker med økende utdanning og inntekt, likevel er det færre som blir alkoholavhengige i disse gruppene sammenlignet med personer med lav utdanning og inntekt.

Alkoholbruken til de over 50 år øker mest, og ifølge Stortingsmelding nr. 30 har bruken fordoblet seg i løpet av de 10 siste årene. Videre vet vi at eldre har lavere toleranse for alkohol, og flere har sambruk av alkohol med medikamenter.

Status i Aurskog-Høland

Ansatte i kommunen bekrefter et økt alkoholforbruk i voksenbefolkningen. Det er bekymringsfullt fordi det vil påvirke geriatrien og somatikken. Vi ser også at pilleforbruk blandet med alkohol bidrar til skade hos eldre, blant annet i form av brudd. Dette er en problemstilling som får liten oppmerksomhet, og det er lite kunnskap i befolkningen om hvordan visse medisiner virker sammen med alkohol. Opplysningsarbeid, forebygging og tiltak bør vektlegges i forhold til denne målgruppen.

Ungdom i Aurskog-Høland

Til tross for at voksne i dag ser ut til å drikke mer alkohol enn tidligere, har de unges bruk av alkohol flatet ut, og fra årtusenskiftet vist en tydelig nedgang. I følge ungdomsundersøkelsen fra 2015 er ungdom i Aurskog-Høland ganske lik ungdom i resten av Norge. Undersøkelsen viser at det er færre som har drukket seg beruset i ungdomsskolealder, enn landsgjennomsnittet. På videregående skole har Aurskog-Høland helt tilsvarende tall som landsgjennomsnittet.

Bruk av alkohol blant ungdom er i høy grad knyttet til private fester, festivaler og russetiden generelt. Det er økende tendens til at yngre elever er med på russebusser og -fester, noe som innebærer at alkohol gjøres lett tilgjengelig for mindreårige.



Vurdering av risikogrupper og risikosituasjoner

Risikogrupper

- Voksne som opplever tap (jobb, førerkort, ektefelle).
- Ungdom i overgang mellom ungdomsskole og videregående, i kombinasjon med andre risikofaktorer/sårbarhet.
- Ungdom i russetiden, og yngre ungdom som fester med russen.
- Familier med lite nettverk, dårlige parforhold og/eller annet utenforskap.
- Ungdom med sårbare foreldre (som selv har hatt en vanskelig oppvekst).

2.4 Illegale stoffer

Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i så vel Norge som i resten av den vestlige verden. Andelen som oppgir å ha brukt cannabis har vært relativt stabil gjennom de siste 20 årene. Politiet rapporterer at styrkegraden i cannabisprodukter har økt betydelig de siste årene.

I følge Sirius-rapporten fra 2015, er det en større andel menn enn kvinner som oppgir å ha brukt Cannabis. Det er og en større andel blant de under 35 år enn de som er eldre. Blant ungdom (15-16 år) har det vært en nedgang fra 12% i 1999 til 5 % i 2011 som oppgir at de noen gang har brukt cannabis. I 2015 har tallet økt til 7%.

Når det gjelder bruk av andre narkotiske stoffer viser de siste års undersøkelser at 6-7% i aldersgruppa 16-64 år oppgir at de har brukt amfetamin eller kokain *noen gang*, mens 1-2% prosent oppgir å ha brukt disse stoffene i løpet av *siste 12 måneder*. MDMA (ecstasy) var borte fra markedet i noen år, men er nå tilbake igjen. Ifølge politiet er det nå både flere beslag og betydelig større mengder enn da stoffet sist hadde sin popularitetstopp på begynnelsen av 2000-tallet.

Bruk av doping

Bruk av dopingmidler handler i all hovedsak om bruk av anabole androgene steroider (AAS) og testosteronpreparater, medikamenter tatt i den hensikt å gi prestasjonsfremmende effekt. Det er et økt fokus på kropp og treningskultur i samfunnet i dag og for enkelte kan bruk av dopingmidler være en fristende snarvei for å sikre seg drømmekroppen. De siste tiårene har bruk av doping spredd seg til enkelte grupper utenfor den organiserte idretten, for eksempel kroppsbygger- og fitnessmiljøer, motebransjen og enkelte ungdomsmiljøer.

Forskning viser at bruk av doping kan være assosiert med svært alvorlige akutte helseproblemer og en betydelig risiko for negative fysiske og psykiske langtidseffekter. I følge rapporten «Kroppspresentasjon og andre prestasjoner»



fra 2009, kan ikke dopingbruk forklares ut fra tradisjonelle bakgrunnsvariabler. Dopingbrukere finnes blant begge kjønn, i alle aldre og de kommer fra ulike samfunnslag.

Status i Aurskog-Høland

Flere instanser merker seg en gradvis «normalisering» eller ufarliggjøring av cannabis, særlig blant ungdom og unge voksne. Cannabis brukes i mange miljøer parallelt med alkohol for eksempel på fest, og det kan virke som det er svært akseptert også blant unge som ikke selv bruker det.

Politiet har færre pågripelser av selgere og småprodusenter lokalt, men tar flere store beslag. Dette har å gjøre med ressurser i politiet, og en prioritering av større beslag framfor forebygging.

Når det gjelder doping har vi ingen egne tall, men vi ser at bruk av ulike dopingpreparater øker. Aggresjon og vold er en synlig konsekvens av dopingbruk. Politiet har samarbeidsavtaler rundt temaet med treningssettene i kommunen, og ønsker større fokus på forebygging.

Tabell: Estimerte tall for Aurskog-Høland

	Prosentvis hele landet	Antall i Aurskog-Høland
Brukt cannabis siste år	4,2	432
Brukt cannabis siste måned	1,6	165
Brukt amfetamin eller kokain siste år	> 1	103
Brukt dopingpreparater (omfangsundersøkelse, vernepliktige i 2008)	2,6	>46 (kun regnet ut fra personer i 20-årene)

Ungdom i Aurskog-Høland

Både ungdom og voksne som jobber med ungdom, bekrefter tendensen til «normalisering» av cannabis. Ungdataundersøkelsen fra 2015 viste at 6% av ungdomsskoleelever og 21% av elever i videregående skole sier de har blitt tilbudt hasj. 2% av ungdomsskoleelever og 9% på videregående sier de har



prøvd det. Tallene er lavere enn landsgjennomsnittet, men sier samtidig noe om tilgjengeligheten.

Bruk av illegale stoffer for øvrig, er ikke rapportert som et stort problem i Aurskog-Høland. Det ser ut til å gå i bølger, og flytter seg geografisk i kommunen. Det kan tyde på at både politiet, skolene og forebyggende tjenester i kommunen er raske til å fange opp utfordringer, og sette inn tiltak, men det er stor bekymring rundt enkeltungdom som er i miljøer der illegale stoffer omsettes.

Vurdering av risikogrupper og risikosituasjoner

Risikogrupper

- Mennesker som er inaktive og sosialt isolerte.
- Det er stor grad av samsykelighet mellom ruslidelser og andre psykiske lidelser.
- Ungdom med sårbare foreldre (som selv har hatt en vanskelig oppvekst).
- Ungdom i russetiden som følge av tilgjengelighet og utviskede grenser.
- Det er kjent rusproblematikk også blant mennesker med nedsatt funksjonsevne.
- Voksne menn og ungdom som ønsker rask treningseffekt (doping).

Risikosituasjoner

- Observasjonskompetanse hos ansatte i ulike tjenester mangler.
- Yngre brukere med rus- og avhengighetsproblematikk er ny brukergruppe i sykehjemstjenesten.
- Samarbeidslinjer og ansvarsfordeling rundt ungdom i risiko.

2.5 Vanedannende legemidler

Vanedannende legemidler er definert som legemidler som gir rusopplevelse eller eufori. Vanedannende legemidler brukes i behandlingen av pasienter med både somatiske og psykiske lidelser. Brukt på en forsvarlig måte kan de være til stor nytte. De kan imidlertid også misbrukes, ofte i kombinasjon med alkohol og/eller illegale rusmidler, og gjentatt bruk kan føre til avhengighet.

Folkehelseinstituttets rapport «Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005-2013» omtaler smertestillende legemidler (opioider), angstdempende legemidler, sovemidler og sentralstimulerende midler som de mest brukte vanedannende legemidlene i Norge. Andel av den voksne befolkningen som får utlevert svake og sterke opioider øker med alderen, og er høyere hos kvinner enn hos menn. Størst andel brukere ses blant kvinner i aldersgruppen over 65 år.



Angstdempende legemidler og sovemidler ble i 2013 utgitt til 15,8 % av den voksne befolkningen. Andel kvinner som får utlevert disse legemidlene er dobbelt så høy som andel menn i alle observerte aldersgrupper. Bruk av sentralstimulerende midler har hatt en økning i antall brukere fra 2005–2013. Økningen har vært størst i den voksne befolkningen.

Status i Aurskog-Høland

Det foreligger ikke statistikk for bruk av vanedannende legemidler i kommunen, men ansatte bekrefter kjent bruk av vanedannende legemidler i den voksne befolkningen. Spesielt ser tjenester som psykisk helse og avhengighet, tjenester til hjemmeboende og rehabilitering samt sykehjemstjenesten en utvikling i form av økt bruk av vanedannende medikamenter. Som i landet for øvrig meldes det om at bruken er størst blant kvinner og at antatt misbruk øker med alder. Videre meldes det fra tjenesteområdene at det i mange tilfeller dreier seg om blandingsmisbruk av flere vanedannende legemidler samtidig og/eller blandet med høyt inntak av alkohol. Ansatte opplever at temaet er vanskelig å ta opp med den enkelte.

Tabell: Estimerte tall for Aurskog-Høland

	Prosentvis hele landet	Antall i Aurskog-Høland
Svake opioider	12	1 500
Sterke opioider	1,4	175
Angstdempende/ sovemidler	15,8	1 980
Sentralstimulerende	0,5	59 (personer over 18 år)

Ungdom i Aurskog-Høland

I ungdataundersøkelsen fra 2015 svarte 22% av ungdomsskoleelevene at de brukte paracet, ibux eller lignende ukentlig. Dette er over landsgjennomsnittet, og vi vet lite om hva som ligger bak.



Vurdering av risikogrupper og risikosituasjoner

Risikogrupper

- Eldre
- Kvinner

Risikosituasjoner

- Smerte-, angst og/eller søvnproblematikk.
- Overgangsfaser som ved tap av nære relasjoner, jobb eller funksjon.
- Veilednings- og informasjonsbehov til bruker blir ikke dekket ved foreskriving av vanedannende legemidler.
- Ansatte mangler kompetanse for å kunne avdekke misbruk.

2.6 Spill

Når vi snakker om problemspilling skiller vi mellom pengespill, for eksempel tipping, lotto og casino, og dataspill/konsollspill. Det finnes ingen klinisk diagnose som omfatter problemer knyttet til dataspill. Som diagnose brukes spillavhengighet kun om pengespill, men det finnes helt klart personer som har problemer med overdreven dataspilling.

I følge rapporten «Omfang av penge- og dataspillproblemer» fra 2016 er det flere menn enn kvinner som er risikospillere eller problemspillere både når det gjelder pengespill og dataspill. Innenfor dataspill viser det seg at yngre spillere har høyere risiko for å være problemspillere enn eldre. Innenfor pengespill er det kasino og bingospill på nett som flest opplever som problematisk å begrense.

Status i Aurskog-Høland

Vi har ikke egne tall på situasjonen i kommunen, men NAV møter flere enkeltpersoner og familier som har problemer knyttet til pengespill. Dette henger sammen med økonomiske utfordringer som kommer som følge av problemspilling, men også som følge av at mange av de som mottar ulike tjenester fra NAV allerede er i risikogruppen for å utvikle spilleproblemer.



Tabell: Estimerte tall for Aurskog-Høland

	Prosentvis hele landet	Antall i Aurskog-Høland
Problemspillere (pengespill)	0,9	112
Risikospillere (pengespill)	2,3	287
Spillavhengige (dataspill)	0,5	62
Problemspillere (dataspill)	2,8	350

Barn og ungdom i Aurskog-Høland

Skolene i Aurskog-Høland ser på overdreven bruk av spill og sosiale medier som en økende utfordring helt ned i barneskolen. De møter elever som er uopplagte på skolen, har helseplager som hodepine, søvnproblemer og uro som kan skyldes mange timer med internett og spill på kvelds- og nattestid. Skolene er også bekymret for elevenes pengebruk tilknyttet spill, samt den til dels ukritiske kontakten med fremmede som man får gjennom spill og sosiale nettsteder.

I følge ungdataundersøkelsen bruker ungdom i Aurskog-Høland like mye tid på data som i andre deler av landet. 28% av ungdomsskoleelever og 45% av videregående skoleelever bruker mer enn 2 timer daglig foran dataskjermen. Det er veldig ulikt hvordan ungdom bruker internett avhengig av kjønn og alder. Få unge sier at de spiller om penger, men det er et økende problem at mange spill krever betaling, for eksempel for å kjøpe seg fordeler i spillet, en pengebruk som ofte er utenfor foreldrekontroll.

Vurdering av risikogrupper og risikosituasjoner

- Høyere risiko blant de som er arbeidsledige, uføre, på attføring eller på avklaringspenger.
- Barn og ungdom som ikke har faste og/eller organiserte tilbud på fritiden.
- Risikospilling kan både være tegn på og årsak til psykiske og sosiale problemer.
- Høy terskel for å søke hjelp for problemspilling.



3: Rus- og avhengighetspolitiske mål og strategier

3.1 Nasjonale mål og strategier

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I samsvar med kommunelovens prinsipper bygger helse- og omsorgstjenesteloven på at den enkelte kommune selv avgjør hvordan tjenesten skal organiseres ut fra lokale forhold og behov.

Mennesker med rus og/eller avhengighetsproblemer har de samme pasientrettighetene som alle andre pasientgrupper. Tjenestene kan omfatte rådgivning og veiledning, støtteopplegg, tilbud om bolig og eventuelt oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsrettet rehabilitering, arbeid med Individuell plan og oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengsel.

Regjeringen har i Meld. St. 30 Se meg! (2011-2012) formulert følgende mål for fagområdet: «Målet er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet og bidra til flere friske leveår for befolkningen. Den forebyggende solidariske rusmiddelpolitikken har virket, og den skal det bygges videre på.»

Se meg!

Fem områder for å sikre helhetlig rusmiddelpolitikk:

- *Forebygging og tidlig innsats*
- *Samhandling – tjenester som jobber sammen*
 - *Økt kompetanse og bedre kvalitet*
- *Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall*
 - *Innsats for pårørende og mot passiv drikking*

(Meld. St. 30 (2011-2012))

Over tid har det i fagfeltet blitt en forståelse for at psykisk helsearbeid og rusarbeid må sees i sammenheng. Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring (2014)» beskriver krav og forventninger til utøvelsen av tjenestene i lys av gjeldende lovverk og nasjonale føringer for området. Det legges særlig vekt på at:



- Tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv
- Tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
- Psykisk helse og rus ses i sammenheng

Hovedtyngden av tjenestene til personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser inngår i de ordinære kommunale tjenestene og finansieres over rammefinansieringen av kommunene. Personer som står i fare for å utvikle, eller har utviklet rusproblemer og/eller psykiske lidelser har ofte behov for sammensatte tjenester over tid. For å gi disse menneskene gode tilbud, er det nødvendig å ha tjenester som spenner fra forebygging, via primærhelsetjenester, sosialtjenester og helse- og omsorgstjenester til spesialisthelsetjenester.

3.1.1 Psykisk helsearbeid for barn og unge

Kommunen har gjennom myndighetskrav ansvar for psykisk helsearbeid for barn og unge. Ansvarer innbefatter både forebyggende arbeid og et koordinert samarbeid i forhold til barn og unge som har utviklet psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad. Noen barn trenger bistand kun fra enkelte tjenester, mens andre vil ha behov for et mer omfattende hjelpetilbud. Det kreves derfor at kommunen må ha et differensiert tilbud. Helsedirektoratets veileder, Psykisk helsearbeid for barn og unge (2007) beskriver viktigheten av å skape gode oppvekstvilkår og gode rammer rundt det enkelte barns oppvekst og utvikling, og slår fast at dette er en av de viktigste oppgavene i samfunnet.

Veilederen vektlegger fem grunnleggende perspektiver:

- Mestringsperspektivet
- Brukerperspektivet
- Helhetsperspektivet
- Helsefremmende og forebyggende perspektiv
- Kunnskaps- og kompetanseperspektivet



3.2 Aurskog-Høland kommunes mål og innsatsområder

Med bakgrunn i myndighetskrav på rus- og avhengighetsfeltet, og innsamlet kunnskapsgrunnlag fra kommunens ansatte, ledere, lokalt lensmannskontor og brukerrepresentasjon er det utarbeidet en målformulering for Aurskog-Høland i planperioden 2018-2022. Sammenhengen mellom hovedutfordring, innsatsområde og strategi går fram av tabellen nedenfor.

Formål:

Bedring av befolkningens livskvalitet gjennom:

- *Redusert bruk og misbruk av alkohol, illegale rusmidler, vanedannende legemidler, spill og doping.*

Hovedutfordring	Innsatsområde	Strategi
Kommunen mangler verktøy for å kartlegge omfanget av rus og avhengighet som grunnlag for planlegging og dimensjonering av tjenester	Anskaffe validerte kartleggingsverktøy og ta disse i bruk i de ulike sektorer og tjenester	Tidlig innsats
Kommunes ansatte mangler kompetanse for å kunne identifisere rus- og avhengighetsproblematikk på individ- og gruppenivå	Overgangsfaser i innbyggernes liv som ved bytte av skole, flytting, tap av jobb, samlivsbrudd, dødsfall i nære relasjoner og/eller funksjonstap	Samordne innsatsen for innbyggere i kritiske overgangsfaser
Store sosiale kostnader	Kampanjer, informasjon og programmer i skolen som forebygger rus og avhengighet Forvaltning av alkoholloven	Kommunens innstilling og holdning til rus og avhengighet skal være synlig og tydelig



Del 4: Tiltak

For å nå planperiodens mål om å redusere bruk og misbruk av alkohol, illegale rusmidler, vanedannende legemidler, spill og doping må det iverksettes allmenforbyggende tiltak overfor kommunens befolkning. Videre må det utvikles tiltak overfor risikoutsatte grupper, samt videreutvikle kommunens tjenester til de som allerede har utviklet rus- og avhengighetsproblematikk.

Som del av tiltakene for å nå målsetting vil det også kreves at kommunens forvaltning av alkoholloven gis skjerpede vilkår som middel for å redusere tilgjengeligheten av alkohol.

4.1 Forslag til tiltak knyttet til valgte mål og innsatsområder

Strategi	Innsatsområde	Forslag til tiltak
Tidlig innsats	Anskaffe validerte kartleggingsverktøy og ta disse i bruk i de ulike sektorer og tjenester Fritidsaktiviteter for barn og unge	Velge ut verktøy som kommuniserer på tvers av sektorer og tjenester Tverrfaglig samarbeid som bidrag for å få flere barn og unge i aktivitet
Samordne innsatsen for innbyggere i kritiske overgangsfaser Sørge for at kommunen har kompetanse på ulike former for avhengighet	Overgangsfaser i innbyggernes liv som ved bytte av skole, flytting, tap av jobb, samlivsbrudd, dødsfall i nære relasjoner og/eller funksjonstap	Opplæring av ansatte i identifisering av rus- og avhengighetsproblematikk Utvikle brukerforløp Forpliktende bruk av fase- og kriseplaner på individnivå
Kommunens innstilling og holdning til rus og avhengighet skal være synlig og tydelig	Kampanjer, informasjon og programmer i skolen som forebygger rus og avhengighet Forvaltning av alkoholloven	Program i skolen Veiledning, informasjon og kurstilbud til brukere og pårørende Involvere fastleger Vilkår ved forvaltning av alkoholloven (se kapittel 4.2)



Ved politisk behandling i kommunestyret (sak 17/05006) ble følgende vedtak fattet:

- Aurskog-Høland kommune skal ikke betale alkohol for ansatte eller politikere ved samlinger, kurs eller møter som kommunen arrangerer
- Aurskog-Høland kommune skal melde seg inn i alkovevttorganisasjonen AV-OG-TIL
- Det skal i perioden (2018-2022) gjennomføres et prøveprosjekt i ungdomsskolen og/eller vgs der skolehelsetjenesten kan tegne ruskontrakter med elever som IKKE har gjort en slik avtale med politiet
- Aurskog-Høland kommune innleder et samarbeid med KORUS-ØST med sikte på å innføre forebyggingsprogrammet «UTSETT»

4.2 Kommunes regulering av tilgjengeligheten av alkohol

Kommunen har en sentral rolle gjennom alkoholpolitikken. Alkohol er en regulert vare en må ha bevilling for å omsette, og det er kommunen som er ansvarlig for å forvalte bevillingene. Den overordnede hensikten med dette er å begrense den fysiske tilgangen til alkohol. Alkoholloven setter rammene for bevillingssystemet, men det kommunale handlingsrommet er stort. Hensikten med det kommunale selvstyre på dette området er at alkoholpolitikken skal tilpasses lokale forhold. Samtidig pålegger loven kommunen plikter, bl.a. skal det føres kontroll med at bevillingene drives i henhold til lov og forskrift og det skal være en alkoholpolitisk plan hvor kommunens egne mål og virkemidler er nedfelt, med den hensikt om å føre en helhetlig lokal alkoholpolitikk.

4.2.1 Forvaltning av salgs- og skjenkebevillinger

Alle nye søknader om salgs- eller skjenkebevilling på ny lokasjon skal behandles av kommunestyret. I saksbehandlingen skal følgende vurderes: salgs- eller skjenkestedets beliggenhet, trafikk- og ordensmessige forhold m.v. i samsvar med alkohollovens § 1-7a. Det skal innhentes uttalelse fra NAV (sosialtjenesten) og politiet. Videre må lokalene være godkjent for bruk etter plan- og bygningsloven.

Søknader om salgs- eller skjenkebevilling knyttet til eierskifte og ambulerende bevilling er delegert til rådmannen. I saksbehandlingen skal tilsvarende momenter som ved nye lokasjoner vurderes.



4.3 Vilkår for å regulere tilgjengeligheten av alkohol

Tilgjengeligheten av alkohol kan gjennom salgs- og skjenkebevillinger reguleres gjennom å sette vilkår som tak for antall salgs- og skjenkebevillinger, regulere salgs- og skjenketider, innføre forbud om netthandel av alkohol og skjenking ved kulturarrangementer der barn under 18 år har tilgang også videre.



4.3.1 Videføring av vilkår for forvaltning

Følgende gis en fremstilling av vilkår for forvaltning av alkoholoven som videreføres fra Politisk handlingsplan for redusert bruk og misbruk av alkohol, narkotika og spill (2011-2015).

Salgsbevillinger		
Reguleringsområde	Vilkår	Begrunnelse
Antall bevillinger	Ingen	Søknader vurderes ut fra vilkår i § 1,7 og dette anses som tilstrekkelig
Salgstider	Mandag til fredag: kl. 08.00 – 20.00. Dager før søn- og helligdager: kl. 08.00 – 18.00.	Statistikk fra salgssteder viser en relativ god stabilitet Opprettholdelse av salgstider kan muligens redusere grensehandel

Skjenkebevillinger		
Reguleringsområde	Vilkår	Begrunnelse
Antall bevillinger	Ingen	Søknader vurderes ut fra vilkår i § 1,7 og dette anses som tilstrekkelig
Skjenketider	Alle dager mellom kl. 08.00 og 02.00. Skjenking i alkoholgruppe 3 er bare tillatt mellom kl. 13.00 og 02.00.	Endring kan gi økt utreise til andre kommuner på nattestid, med påfølgende konsekvenser



4.3.2 Nye vilkår for forvaltning

Følgende vilkår ble vedtatt i kommunestyrets behandling av planen

Salgsbevillinger		
Reguleringsområde	Vilkår	Begrunnelse
Netthandel	Tillatt	Ingen



Skjenkebevillinger		
Regulerings-område	Vilkår	Begrunnelse
Kjøpesenter- kafe	Ikke tillatt	Vurderes ikke som egnet skjenkeområde da dette er områder hvor allmenheten oppholder seg, barn og unge er i vurderingen særlig hensynstatt
Eventarrangør	Eventarrangører tilbys årlig kurs i alkoholoven med forskrifter	Øke fokus og kompetansen på forsvarlig alkoholserving Kommunen oppfyller veiledningsplikten
Kultur- arrangementer hvor barn under 18 år er tilstede	Ikke tiltatt	Alkohol og foreldreansvar Sosial læringsteori – voksne som rollemodeller Konsekvenser for barn etter arrangementets slutt
Skjenketider	Utendørs skjenking i friluft opphører kl. 23.00. Skjenking kan tillates i lukket telt med hele vegger og tak. Ordnningen gjelder ved festivaler og ikke som faste ordninger.	Tydeliggjøring av vilkår bidrar til forsvarlig forvaltning Hensynet til tredjepart er vektlagt (støy, ulykker, hærverk etc.) Skjenking ute kan medføre manglende kontroll med de som oppholder seg i nærområdet av arrangementet, barn og unge er særlig hensynstatt i vurderingen
Søkere om ambulerende bevilling	Søknader om ambulerende skjenkebevilling for engangs anledning må være innkommet til kommunen 14 dager før arrangementet skal finne sted.	Bevillingsmyndigheten trenger tilstrekkelig tid til forsvarlig saksbehandling



Del 5: Helsefremming, forebygging og tjenester til brukere med rus og avhengighetsproblematikk

5.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Helsefremming er prosesser som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsen. Begrepet brukes også på politiske prosesser som omfatter endring av individuelle, sosiale, miljømessige og økonomiske forhold som setter folk i stand til å ta kontroll over egen helse, det være seg evne til å redusere sitt alkoholkonsum, slutte å røyke også videre.

Forebygging deles inn i primærforebygging som skal styrke helsen og hindre at det oppstår sykdom, skade eller lyte. Sekundærforebygging skal stanse utvikling av uhelse og hindre tilbakefall. Tertiærforebygging skal hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger.

5.1.1 Primærforebygging

Rus- og avhengighetsforebyggende arbeid må utføres som primærforebygging på mange områder av kommunens tjenester. Forebygging av rus- og avhengighetsproblematikk må starte i barnas første møte med jordmor- og helsestasjonstjenesten og videreføre inn i barnehager, skole og kultursektoren.

For å hindre en uønsket utvikling av rus- og avhengighetsproblematikk må man tenke forebyggingen som en langsiktig strategi. Dette betyr at en starter tidlig ved å fokusere utvikling av sosial kompetanse generelt og fokusere mer spesifikt på de enkelte rusgruppene etter økende alder. Dette betyr at for eksempel tiltak for å fremme sosial kompetanse og mestring bør iverksettes allerede i barnehagen og opprettholdes gjennom hele barne- og ungdomstiden. Målet ved å vektlegge slik kompetanse, er blant annet å styrke barn og ungdom i å ta egne valg og motstå gruppepress. Forsking har vist at barn og unge som har gode prososiale erfaringer, i mindre grad er utsatt for alvorlige rus- og avhengighetsrelaterte problemer i ungdomsårene. Arbeid med relasjoner er derfor en viktig komponent i det forebyggende arbeidet.

Barnekonvensjonens artikkel 31 beskriver barnets rett til hvile og fritid og til å delta i lek og fritidsaktiviteter som passer for barnets alder og til fritt å delta i



kulturliv og kunstnerisk virksomhet. Deltakelse i lek og aktivitet vil være primærforebyggende for kommunens barn og unge på rus- og avhengighetsfeltet som på andre områder som lar seg forebygge. Tverrfaglig samarbeid mellom kommunale virksomheter som helsestasjon, skole, psykisk helse, NAV og kultur vil i fremtiden være avgjørende for å sikre barn og unge minst ett aktivitetstilbud på fritiden.

Ovenstående tekst støttes gjennom forskning som viser at det mest vellykkede primærforebyggende arbeidet tar i bruk flere metoder og innfallsvinkler, men felles for de tiltakene som viser god effekt er at de i stor grad bygger på de sosiale påvirkningsmodellene og utføres i tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner. Videre sier forskning at det forebyggende arbeidet bør intensiveres for aldersgruppen 13 – 14 år og at skolen er en særlig viktig arena for denne type arbeid.

5.1.2 Sekundærforbygging – risikosituasjoner og grupper

Sekundærforbygging av rus- og avhengighetsproblemer må bygge på kunnskap om identifiserte risikosituasjoner og grupper, samt være lokalt tilpasset. Kommunens tjenester må utvikle strategier for å fange opp og gi tilbud og hjelp til risikogrupper og utsatte barn og familier.

Generelle helseutfordringer, høyt sykefravær, innaktivitet, vold, psykiske problemer, ungdom som slutter i utdanningsforløp, barn med tilpasningsproblem er alle viktige områder å fokusere på da dette kan være tegn på rus og avhengighet. Kommunes generelle folkehelsearbeid og arbeidet mot vold i nære relasjoner vil således være ledd i det rus- og avhengighetsforebyggende arbeidet. Videre er det viktig å se psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk i sammenheng.

Kommunes fastleger må ta del i det forebyggende arbeidet blant annet gjennom aktiv bruk av «Veileder for vanedannende legemidler (IS-2014)».

5.1.3 Tertiærforebygging

Når negative konsekvenser av rus- og avhengighet er et faktum skal de kommunale helsetjenestene bidra til bedre levekår og reduserte helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet.

Helse- og omsorgstjenester for voksne personer med avhengighetsproblematikk er fra 1.5.17 organisert i tjenesteområdet Psykisk helse og avhengighet. Per



01.11.17 har tjenesteområdet 16 årsverk, hvorav psykisk helse og avhengighet ses under ett. Tjenestetilbudet som ytes i tjenesten er hjemlet som helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand og opplæring. Videre følger det av Helse- og omsorgstjenestelovens et kommunalt ansvar for voksne som bør vurderes til rusavvenning, herunder gravide rusmisbrukere, samt en plikt til samarbeid med spesialisthelsetjenesten knyttet til blant annet til innbyggere med legemiddel assistert rehabilitering (LAR).

Videreutvikling av tjenestetilbudet i psykisk helse og avhengighet skal utføres etter myndighetskrav gitt i IS-2076 Sammen om mestring. Dette innebærer blant annet at tjenesten skal organiseres ut i fra brukerbehov og etablering av hovedforløp og tjenestetilbudet skal ytes ambulant og oppsøkende gjennom kunnskapsbaserte modeller (ACT og FACT), samt gis stedlig ved psykisk helse og avhengighet. Videre skal brukerne få lavterskeltilbud om fysisk aktivitet og annen dagaktivitet.

Tjenestene i psykisk helse og avhengighet

skal preges av:

Å BLI SETT, FÅ STØTTE OG BLI STYRKET

TIL EGENMESTRING

Utvikling av tjenester innenfor tertiærforebygging må også preges av tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. For eksempel vil samarbeidet mellom kommunes boligkontor, tjenstekontor, NAV og psykisk helse og avhengighet forbedres som bidrag til at brukeres bosituasjon bedres. En ser behov for en forbedring i forhold til tverrfaglig samarbeid knyttet til boveiledning, økonomisk veiledning og tildeling av kommunale boliger. Rullering av boligsosial handlingsplan vil angi retning for dette arbeidet.

Fra 2020 er det lovkrav om at kommuner skal ha psykologer som del av sin virksomhet. Profesjonen skal sikre et tilbud til hele spekteret av befolkningen gjennom å jobbe helsefremmende, forebyggende, drive utredning, behandling, veiledning og undervisning. Sålde ses psykologtjenesten som et viktig bindeledd i kommunes helsefremmende og forebyggende virksomhet, også på psykisk helse, rus- og avhengighetsfeltet.



**Utviklingsområder for det helsefremmende og forebyggende
arbeidet i kommunen:**

- Systematisering for å fange opp risiko for utvikling av rus og avhengighet
 - Behov for å implementere kunnskapsbasert praksis
 - Tverrfaglig og tversektorielt samarbeid