

DEANU GIELDA / TANA KOMMUNE



**RUSMIDDELPOLITISK
HANDLINGSPLAN**

2005 - 2009

Visjon

Kommunen vil arbeide for å redusere det totale alkoholkonsumet og bruken av illegale rusmidler. Vi ønsker ingen nyrekruttering av rusmisbrukere og vil arbeid for utsetting av debutalderen for bruk av legale rusmidler.

INNHOLDSFORTEGNELSE

KAP. 1 INNLEDNING.....	2
1.1 BAKGRUNN FOR PLANARBEIDET OG MANDATET.....	2
1.2 BAKGRUNNSMATERIALET OG LOVVERKET FOR PLANARBEIDET	2
KAP. 2 RUSMIDDELBRUK.....	4
2.1 BRUK OG MISBRUK AV RUSMIDLER.	4
2.2 ULIKE RUSMIDLER OG VIRKNINGER.....	5
2.3 ALKOHOL- OG NARKOTIKAFORBRUKET I ET NASJONALPERSPEKTIV.	9
2.4 ALKOHOL- OG NARKOTIKAFORBRUKET I TANA.....	12
2.4.1 Ungdom i Tana og alkoholforbruk.....	15
2.4.2 Ungdom i Tana og narkotikaforbruk.	17
KAP. 3 RUSFOREBYGGING OG BEHANDLING.....	18
3.1 GENERELT OM RUSFOREBYGGING	18
3.2 GENERELT OM BEHANDLING AV RUSRELATERTE PROBLEMER.	19
3.3 BEHANDLINGSTILBUD I HELSE NORD.....	20
KAP. 4 MÅL OG STRATEGIER.....	21
4.1 NASJONALE HOVEDMÅL OG STRATEGIER FOR RUSMIDDELPOLITIKKEN.	21
4.2 NOEN HOVEDMÅL I KOMMUNEPLANEN FOR DEANU GIELDA - TANA KOMMUNE.....	21
4.3 LOKALE HOVEDMÅL OG STRATEGIER FOR RUSMIDDELPOLITIKKEN.	22
KAP. 5 PRIORITERTE TILTAK.....	24
TILTAK 5.1: FORELDRE SOM FOREBYGGINGSAKTØRER:.....	24
TILTAK 5.2: SKOLENE SOM FOREBYGGINGSARENA:.....	25
TILTAK 5.3: FRITIDS- OG KULTURSEKTOREN SOM FOREBYGGINGSARENA:	26
TILTAK 5.4: HELSE- OG SOSIALSEKTOREN SOM FOREBYGGINGSARENA:	27
TILTAK 5.5: ANDRE FOREBYGGINGSARENAER.....	28
TILTAK 5.6: FOKUS PÅ RUSARBEID I RUSTEAM OG TVERRFAGLIG TEAM.	29
TILTAK 5.7: SALGS- OG SKJENKEPOLITIKK.	30
TILTAK 5.8: VERNEDE BO- OG OMSORGSTILTAK (BOLIGPROSJEKTET).....	33
TILTAK 5.9: VIDEREUTVIKLE TANA ARBEIDSSERVICE AS SOM EN DEL AV ETTERVERNET/ REHABILITERINGSTILTAK.	34
TILTAK 5.10: BRUK AV STILLINGSRESSURSER TIL RUSARBEID.....	35
TILTAK 5.11: FORBEDRE OG VIDEREUTVIKLE RUSKOMPETANSEN BLANT TJENESTEYTERE I KOMMUNEN.....	35
VEDLEGG:	37

Kap. 1 Innledning.

1.1 Bakgrunn for planarbeidet og mandatet

Etter alkohollovens § 1-7d er Tana kommune pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. For hver ny kommunestyreperiode blir det vedtatt en rusmiddelpolitisk plattform som skal gi grunnlaget for utøving av den kommunale bevillingspolitikken.

Rusmiddelplanen ble første gang vedtatt i Tana kommune i 1993. Den ble senere rullert i 1996, og i 2001 ble rusplanen for 1996-2000 rullert for fire nye år (Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2001-2004). Kommunestyret ønsket at denne planen skulle belyse en utvidet rusmiddelproblematikk, da de to tidligere planene kun hadde fokusert på tobakk og alkohol, og ikke på narkotikaproblematikk.

Det er Avdeling Hjelpetjenesten som har fått i oppgave å rullere den rusmiddelpolitiske handlingsplanen for fire nye år (2005-2009).

I dette dokumentet er det gjort en del endringer i forhold til det forrige planinnholdet. Russituasjonen lokalt og nasjonalt er i stadig endring, noe som krever en oppdatering av enkeltpunkter.

Erfaringer fra forrige planperiode har vist at flere av de foreslåtte tiltakene ikke er blitt iverksatt. Blant annet ble ikke det planlagte rusteamet etablert, og det ble ikke foretatt en ny kartlegging/ undersøkelse av rusbruk blant skoleelever i kommunen. Men en del tiltak ble iverksatt helt eller delvis, hvor det viktigste muligens er det påbegynte ”Boligprosjektet”.

Kommunestyret i Tana kommune innvilget i juni 2004 totalt 5 salgsbevillinger og 7 skjenkebevillinger, herav en til Skippagurrafestivalen 2004 helga 2.-4.juli. Antall bevillinger i 2000 var 6 salgs- og 8 skjenkebevillinger, og tallet for juni viser dermed en liten reduksjon i både antall salgs- og skjenkebevillinger.

Tana kommune har ingen øvre grense på salgs- og skjenkebevillinger, men kommunestyret foretar fortløpende vurderinger av nye bevillingssøknader.

I Odelstingsproposisjon nr.86 (2003-2004), ”Om lov om endring i lov 2.juni 1989 nr.27 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. og enkelte andre lover”, er det foreslått å opprettholde bestemmelsen om kommunal alkoholpolitisk handlingsplan som et viktig kommunalt styringsinstrument. Handlingsplanen har bidratt til å sette alkoholpolitikken på dagsorden uten at det krever de store ressursene. Det er videre foreslått en rekke lovendringer som blant annet vil gi kommunene større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid ut fra lokale forhold og behov. Det forsøkes videre å legge bedre til rette for interkommunalt samarbeid i forvaltningen ved forslaget om å fjerne pålegget om kommunale kontrollutvalg.

Lovrevisjonen vil etterfølge en lovskriftrevisjon hvor det blant annet tas sikte på å øke bevillingsgebyrene for salgs- og skjenkebevillinger.

1.2 Bakgrunns materialet og lovverket for planarbeidet

I dette planarbeidet er følgende bakgrunnsmateriale brukt:

- *Forskrift om arbeidsmarkedstiltak*, Arbeids- og administrasjonsdept. 2001.
- *Illustrert informasjonsmateriale om narkotika, alkohol, og doping*, Norsk Narkotikapolitiforening 2000.
- KRIPOS oversikt for 2003
- *Narkotikasituasjonen i Norge*, SIRUS- rapport 2003 (Statens institutt for rusmiddelforskning).
- NOU 1995:24 *Alkoholpolitikken i endring?*
- *Rusmiddelsituasjonen i Norge* Rapport fra Sosialdepartementet 2004.
- NOU 2003:4 *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Odelstingsproposisjon nr. 86 (2003-2004) ”Om lov om endring i lov 2.juni 1989 nr.27 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. og enkelte andre lover”.
- *Plan for psykisk helse 2000-2006. Rullering 2004*. Deanu gielda - Tana kommune.
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer for 2003-2005.
- Rundskriv I- 1/93 *Lov om sosiale tjenester m v*.
- Rundskriv Q-5/97 *Familieveiledningsprogrammet*.
- Rundskriv I-21/97 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 1997/1998*.
- Rundskriv I-36/2001 *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelbruk*.
- Rundskriv I-8/2004 *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*.
- *Rusmidler i Norge 2003*, SIRUS-statistikk.
- *Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2001-2004*, Deanu gielda - Tana kommune.
- St. meld. nr. 16 1996/97 *Narkotikapolitikken*.
- St.meld. nr. 23 2003-2004 *Om boligpolitikken*.
- Stortingsproposisjon nr.1 (2000-2006)
- STRASAK- rapport 2003 (Intern driftsstatistikk for politiet).

Sider på Internett som har vært relevante:

www.forebygging.no, www.rusmiddeldirektoratet.no, www.odin.no

I tillegg er det innhentet bakgrunnsmateriale fra følgende etater/ institusjoner:

Lensmannkontoret, Helsesøster, Kommunelegen, Kulturkontoret, Hjelpetjenesten og Tana Arbeidsservice AS.

De viktigste lovene som hjemler kommunens plikter og de enkeltes rettigheter i rusarbeid:

- Lov om sosial tjenester - §§ 1-1, 3-1, 4-1, 6-1, 6-2, 6-2a, 7-1
- Barnevernloven - §§ 1-1, 3-1, 4-24
- Lov om helsetjenester i kommunene - §§ 1-1, 1-2
- Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv. av 2 juni 1989 nr. 27.
- Lov om endringer i lov 2.juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesten m. m (sjuketransport m. m).

Kap. 2 Rusmiddelbruk.

2.1 Bruk og misbruk av rusmidler.

Definisjonen av hva som er et misbruk avhenger av samfunnets normer generelt, de individuelle normer og den enkeltes toleranse for rusmidler psykisk og fysisk. Det kan av den grunn være ulike meninger om hva som er bruk og hva som er misbruk av rusmidler.

Det er en glidende overgang mellom lettere avhengighetsformer og tvangsmessig atferd overfor et rusmiddel. Avhengighet er karakterisert av bruk som ikke er knyttet til medisinske indikasjoner, og som oftest er ledsaget av negative medisinske og sosiale konsekvenser. En avhengig person oppfører seg som om bruken av stoffet, i en eller annen rusdose, er nødvendig for fortsatt velvære.

Det skilles ofte mellom psykisk og fysisk avhengighet. Fysisk avhengighet viser abstinenssymptomer når en slutter med inntak av rusmiddelet, men dette trenger ikke være tilfelle ved psykisk avhengighet. Helsekader kan oppstå lenge før en har en klassisk fysisk avhengighet, slik det beskrives nærmere under punkt 2.2 *Ulike rusmidler og virkninger*.

Rusmiddeldirektoratet har følgende definisjon på alkoholmisbruk:

Alkoholmisbruk foreligger ved alkoholbruk som avviker fra aksepterte sosiale normer.

Ut fra en slik definisjon vil grensene mellom bruk og misbruk være forskjellig i ulike kulturer og samfunnslag. Det problematiske med en slik definisjon er at den ikke tar med de uheldige virkningene alkoholbruk har i et helsemessig perspektiv. Gjennom ulik forskning er det påvist at befolkningen har ulik helsemessig toleranse for alkohol. Grunnet fysiologi/ anatomi tåler kvinner langt mindre alkohol enn menn før helsekader inntreffer. Det er også påvist at desto tidligere ungdom begynner å drikke, desto større fare er det for helsekader knyttet til alkoholbruk.

Fra Rusmiddeldirektoratet påpekes det videre:

Medikamentmisbruk foreligger ved bruk som avviker fra anbefalte medisinske retningslinjer og som gjerne er selvordnet.

Samt:

All bruk av illegale stoffer vil bli definert som misbruk.

Av de illegale stoffene er det spesielt bruk av hasj som er omstridt i forhold til denne oppfatningen. Det er startet en mer eller mindre organisert kamp for legalisering av nettopp dette stoffet. Men gjennom *Narkotikameldingen* har Stortinget holdt fast på tidligere oppfatning om at all illegal bruk av stoff er misbruk.

Bruk av rusmidler kan ha skadelig effekt lenge før det kan omtales som et misbruk. Det vil i det forebyggende perspektivet være viktig med en reduksjon av rusmiddelbruk uavhengig av om dette er et misbruk, da en reduksjon av rusmiddelbruk i befolkningen er helsefremmende.

Borgestadsklinikken har utarbeidet en mye brukt definisjon av rusmiddelmisbruk:

Du har et rusmiddelproblem;

Når bruk av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i miljøet.

Når de følelsesmessige bånd mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens bruk av rusmidler.

Denne definisjonen er spesielt nyttig fordi den ikke forholder seg til mengde og tradisjonell avhengighetstenkning. Noen mennesker ruser seg sjelden, men får en uakseptabel atferd når de er ruset. Noe som kan medføre at de ikke fungerer innenfor familien eller ivaretar sine oppgaver. Her fanger denne definisjonen opp de sosiale virkninger av rusmisbruk.

2.2 Ulike rusmidler og virkninger.

Dette underpunktet gir en oversikt over de mest brukte rusmidler og hvordan de virker. Oversikten er ikke fullstendig, og beskrevet virkning av rusmidler kan være forskjellig fra person til person. Disse rusmidlene er beskrevet i heftet *Illustrert informasjonsmateriale om narkotika, alkohol og doping*, utgitt av Norsk Narkotikapolitiforening. (En kort beskrivelse finnes også i den rusmiddelpolitiske handlingsplanen fra forrige planperiode (2001-2004).)

Man kan dele rusmiddelmisbruk i to hovedgrupper:

- **Medikamentmisbruk**, som er bruk av medisiner som avviker fra anbefalte medisinske retningslinjer, og som gjerne er selvordnet.
- **Rusmiddelmisbruk**, for eksempel alkoholbruk som avviker fra aksepterte sosiale normer, samt bruk av illegale midler og tekniske/toksiske løsemidler til rusformål.

Medikament- eller rusmiddelavhengighet er en reaksjon som omfatter en tvangsmessig trang til å ta medikamentet/ rusmiddelet kontinuerlig eller periodisk. Dette for å oppnå de psykiske virkninger av dette, eller for å motvirke det fysiske ubehaget når stoffet ikke tilføres. Stoffavhengighet er ofte ledsaget av økt toleranse for stoffet, noe som betyr at stoffmengden må økes for å oppnå samme effekt. Det er den fysiske avhengigheten som man forbinder med toleransebegrepet, og denne oppleves som en ubehagelig, av og til også som livstruende abstinensreaksjon, når tilførselen av stoffet opphører. Den psykiske avhengigheten handler mer om at individet føler at han/ hun ikke fungerer tilfredsstillende uten dette stoffet. Enhver bruk av rusmidler innebærer en risiko for utvikling av avhengighet og dermed gjentatt rusmiddelbruk.

Mulige konsekvenser av enkeltrus	Mulige konsekvenser av gjentatt rusmiddelbruk
<ul style="list-style-type: none"> * Ukonsentrert atferd * Nedsatt kritisk sans og sjansetakning * Reduksjon av fysiske og psykiske ferdigheter * Angst, depresjon, evt. psykoselignende tilstander * Øket ulykkesrisiko * Aggresjon mot andre og seg selv * Selvmord * Skade og død ved samvirke med andre rusmidler og medikamenter (=interaksjoner) * Overdosedødsfall 	<ul style="list-style-type: none"> * De samme som for enkeltrus ved hver rus * Medisinske virkninger: I hjernen: toleranseutvikling, abstinenssymptomer, psykotiske reaksjoner, depresjoner, personlighetsendring. Skader i andre organer: lever, nyrer, hjerte-kar systemet * Øket kreftrisiko. Hormonelle forstyrrelser. * Fosterskader og alvorlige abstinenssymptomer hos barnet * Infeksjonsrisiko og andre komplikasjoner knyttet til sprøytebruk. * Sosiale komplikasjoner, kriminalitet.

MEDIKAMENTER

Benzodiazepiner. Aktuelle legemidler er:
Stesolid, Valium, Vival, Serepax, Sobril m.fl., markedsføres som angsthemmende.
Flunipam, Rohypnol, Apodorm, Mogadon, markedsføres som sovemidler.

Generell virkning (ved normaldosering):

- Angst- og urodempende.
- Søvnfremmende.
- Muskelavslappende og krampedempende.

Bivirkninger og interaksjoner (ved kortidsbruk og akutt overdosering/ forgiftning):

- Muskelstivhet eller svakhet, ustøhet, svimmelhet.
- Nedsatt koordinasjonsevne, hukommelse og læreevne, nedsatt aktpågivenhet.
- Agitasjon og uro (paradoksal effekt, sees helst hos barn og eldre).
- Alkohollignede rusvirkning.
- Redusert toleranse for alkohol.
- Interaksjon, med evt. alvorlig forgiftningsbilde, ved kombinasjonsbruk med opiater, alkohol, anti-depressiva, allergimedisin, betablokker etc.

Langtidsvirkning. Avhengighet. Abstinens:

- Svekket innlæringssevne og hukommelse.
- Avhengighetsutvikling, sterkest knyttet til bruk av midler i rusfremkallende hensikt. Avhengighetstilstander kan imidlertid komme også ved terapeutisk bruk, og det kan komme raskt (2-4 uker).
- Toleranseutvikling.
- Abstinenssymptomer, inklusive kramper.

Opioidanalgetica. Smertestillende. Aktuelle legemidler er bl.a:
Morfin, Petidin, Ketogan, Metadon
Kodein, Codacetyl, Paragin Forte
Heroin (ikke i behandlingsmessig/terapeutisk bruk, men tilhører gruppen kjemisk).

Generell virkning (ved terapeutiske doser):

- Smertestillende, til dels kraftig.
- Hostedempende.
- Bevirker treg avføring.
- Demper angst og uro, søvndyssende.
- Oppkvikkende (hos noen).

Bivirkninger og interaksjoner (ved kortidsbruk og akutt overdosering/forgiftning):

- Kvalme, brekninger
- Hemning/svekkelse av ånderettet med direkte virkning på pustesenteret i hjernen.
- Sammentrekning av pupillene.
- Blodtrykksfall. Svimmelhet.
- Forsterket effekt ved interaksjon med alkohol og sovemidler.

Langtidsvirkning. Toleranse. Avhengighet.

- Nedsatt konsentrasjonsevne.
- Utpreget toleranseutvikling med doseøkning.
- Abstinensfenomener når stoffet tas bort (seponeres): Uro, engstelse, skjelvninger, tåreflod, brekninger, feber, væsketap.
- Abstinenssymptomer hos barn født av rusmiddelbrukende mødre.
- Blodtrykksfall.

Amfetamin og beslektede stoffer. I bruk som medikament (Ritalin) og som ren illegale rusmidler.

Generell virkning:

- Stimulerer hjernestamme og hjernebark, psykostimulerende, ”oppkvikkende”.
- Fjerner tretthet, reduserer subjektivt søvnbehov, nedsetter appetitten.

Bivirkninger og interaksjoner (ved overdosering/ forgiftning):

- ”Nervøsitet”, søvnløshet.
- Nedsatt kritisk evne, konsentrasjon, hukommelse og innlæring.
- Risiko for livstruende overdoseeffekter. Krampetendens, uro, opphisselse. Blødningstendens, blodtrykksstigning, forstyrrelser i hjerterytmen.
- Interaksjon med krampedempende midler, antidepressiva, enkelte smertestillende midler.

Langtidsvirkning. Toleranse. Abstinens:

- Narkotisk virkning med tilvenningsfare.
- Atferds- og mentale forstyrrelser (helst hos personer med psykiske lidelser). Psykoseutvikling.
- Krampetendens.
- Blodtrykksforandringer.
- Nedsatt reaksjonsevne og konsentrasjon.

RENE RUSMIDLER – uten terapeutisk (behandlingsmessig) anvendelse.

Hallusinogener. Aktuelle stoffer:

LSD, Mescaline, syntetiske amfetaminhomologer, Ecstasy, PCP (”englestøv”), MDA, m.fl.

Generell virkning. Korttidsvirkning:

- Varierende grad av stimulerende effekt på sentralnervesystemet med rusvirkning.
- Hallusinasjoner, forvrengt virkelighetsbilde, sanseforstyrrelse (syn, oppfatning av egen kropp).
- Tankeforstyrrelser, kritikkuløshet, hukommelsessvikt, svikt i dømmekraft, ulykkesrisiko.
- Akutte psykotiske reaksjoner.
- Utvidede pupiller, skjelvninger, svimmelhet, kvalme, forstyrrelser i blodtrykk og hjerterytme. Virkningen av stoffene vil gjerne variere fra person til person med tid, sted, forventninger til rus etc.

Langtidsvirkning. Toleranse:

- Utvikling av kronisk bruksmønster.
- Ikke særlig markert toleranseutvikling.
- Mulig utvikling av permanente/ langvarige psykisk avvikende symptomer.
- Panikkreaksjoner (”bad trips”).
- Redusert konsentrasjon, hukommelse, læreevne.

Cannabis.

Bruk av Cannabis har foregått i flere tusen år, spesielt i Øst-Asia og India.

Cannabis tilhører de mest utbredte og brukte narkotiske stoffer i verden.

- **Mariguana** er en blanding av oppmalte materialer (gjernest blomst og de små bladene) fra Cannabis-plantene.
- **Hasjisj** er ekstrakt fremstilt fra den kjemiske aktive delen av planten (resiner).

Generell virkning. Korttidsvirkning:

- Hallusinogenvirkning: Oppstemthet, endring av tidsoppfattelse, opplevelse av sanseskarphet (i tidlige stadier av rus).
- I senere russtadier: Avslappende effekt, drømmeaktig tilstand, hukommelsessvikt, nedsettelse av tankeevne og konsentrasjon.
- Økt pulsfrekvens, rødhet i øynene, blodtrykksfall, muskelsvekkelse, skjelvninger, ustøhet.
- Evt akutt panikkreaksjon.
- Psykologiske virkninger avhengige av dose, delvis også av personlighetstype og omgivende miljø.

Langtidsvirkning:

- Toleranseutvikling og lette abstinenssymptomer kan sees hos langtids- og storforbrukere.
- Påvist risiko for utvikling av depresjoner og psykoser.
- Kroniske luftveisplager og kreftrisiko hos langtidsbrukere av marihuana.
- Helsekader er vanskelig å utforske, bl.a på grunn av hyppig blandingsbruk med andre narkotiske stoffer, metodeproblematikk m.m.
- Utvikling av ”amotivasjonssyndromer”, dvs. tap av interesse for vanlig sosialt liv, skolegang, arbeid.
- Typisk er overgang til bruk av tyngre narkotiske stoffer.

Alkohol (=etanol).

Omsettes som sprit (96%), brennevin/likør (22-60%), hetvin (16-21%), vin (8-15%) og øl (0-7%). Alkohol er det mest brukte av rusmiddelet. Alkohol brukes kun som rusmiddel, ikke i medisinsk/ behandlingsmessig øyemed.

Generell virkning. Korttidsvirkning:

- Effekt på alle kroppens celler og vev, men størst virkning på sentralnervesystemet.
- Narkotisk effekt, demper smertensans, avslappende på muskulatur, virker generelt bedøvende.
- Endring i stemningsleie (oppstemthet eller nedstemthet), fjerner normale hemninger.
- Gir uklar tale, ustøhet, sjanglende gange, ukontrollert atferd, aggressivitet, nedsatt bedømmelsesevne, kritikkløshet, medfølgende risiko for ulykker, skader, voldsbruk, sosiale konfliktsituasjoner.
- Akutt alkoholforgiftning kan være livstruende.

Langtidsvirkning. Abstinens. Interaksjon:

- Stor risiko for utvikling av et kronisk bruksmønster.
- Utvikling av en kronisk forgiftningstilstand som rammer alle kroppens celler, mest sentralnervesystemet.
- Leverskade (fettlever, skrumplever), nyreskade, skade på bukspyttkjertel, hormonproduserende organer, økt risiko for kreft, nedsatt infeksjonsmotstand.
- Hukommelsessvikt, depresjon.
- Sosiale problemer, innen i familie og i arbeidslivet.
- Abstinenssymptomer: angst, rastløshet, hodepine, kramper, subjektivt sterkt behov for mer alkohol, evt utvikling av delirium tremens (livstruende tilstand med hallusinasjoner, kramper, blodtrykksstigning m.m).
- Farlige interaksjoner med sovemidler og opiater.

Sniffestoffer.

Denne gruppen består av en rekke kjemiske stoffer fremstilt til industrielt og annet teknisk bruk, og som har blitt tatt i bruk som rusmidler. Sniffestoffene er lett tilgjengelige. Aktuelle stoffer: Fortynnings- og oppløsningsmidler, limstoffer m.fl. (tolulen, benzen, trikllorethylen, heptan, hexan).

Generell virkning. Korttidsvirkning:

- Kortvarig ruseffekt som minner om alkoholrus, oppstemthet, mulige hallusinasjoner.
- Svimmelhet, øket blodgjennomstrømning i hud, blodtrykksfall, rask puls.
- Akutt hjertestans kan opptre.

Langtidsvirkning:

- Enkelte stoffer kan gi lever- og nyreskader, samt skade på bloddannede organer.
- Avhengighet og abstinensfenomener kan oppstå, lignede man ser ved alkohol.

2.3 Alkohol- og narkotikaforbruket i et nasjonalperspektiv.

Alkoholstatistikk fra SSB viser at forbruksrekorden i Norge fra 1980 ble slått i 2003. Dette er første gang i moderne tid at det registrerte alkoholkonsumet har passert 6 liter ren alkohol pr. voksen innbygger. Dette er en økning på 0,14 liter eller 2,4% fra 2002.

De statistiske fakta viser:

For brennevin økte den registrerte omsetningen fra 2002 til 2003 med 9,9%.

For vin var det en økning med 2,2%.

For øl en økning med 3,9%.

Og for rusbrus ble omsetningen tredoblet i 2003 i forhold til 2002.

Året 2003 var det første med rusbrus i butikk, og omsetningen ble som forventet høyere grunnet den økte tilgjengeligheten.

Det er viktig å understreke at det registrerte konsumet ikke er det samme som det reelle konsumet. Beregningen inkluderer ikke alkohol kjøpt i utlandet (tollfrie varer), alkohol som nordmenn har konsumert under sine opphold i utlandet, smugling og legal/illegal hjemmeproduert alkohol. Dersom disse faktorene hadde vært tatt med i konsumberegningen anslås det fra forskerhold at totalkonsumtallet ville vært ca 25% høyere.

På den annen side trekkes det registrerte konsumet litt opp ved at det som drikkes av turister og andre utlendinger i Norge teller med.

Tidligere har det vært mulig å presentere fylkesvise data om omsetning av alkohol og den andel som har blitt omsatt gjennom skjenkesteder. Det er imidlertid ikke lenger mulig å gi slike data grunnet avviklingen av bryggerikartellet på øl i 1987, og opphevingen av Vinmonopolets enerett på engrossomsetning av brennevin og vin.

I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) døde 1,8 millioner mennesker av alkoholrelaterte årsaker på verdensbasis i 2000. WHO konkluderer med at det er en årsakssammenheng mellom alkohol og over 60 ulike skade- og sykdomstyper. En måte å dele inn rusmiddelrelaterte skader på er å knytte disse til dimensjonene akutte (den enkelte rusepisode) og kroniske (langvarig og høyt forbruk) på den ene siden, og direkte (forgiftning) og indirekte (adferdsendringer) på den andre. I tillegg skiller man mellom skader som rammer rusmiddelmissbrukeren selv og skader som rammer andre.

Det finnes ikke et godt grunnlag for å avgjøre hvor mange dødsfall og ulykker som totalt sett skyldes alkohol- og/eller narkotikabruk i Norge. I dødsårsaksstatistikken angis det antall dødsfall for ulike sykdomskategorier hvor narkotika og alkohol er hovedårsak til dødsfallet. I tillegg kommer en rekke sykdommer (kreft, hjerte-karsykdommer, levercirrhose m.v) og brå dødsfall (ulykker, selvmord, og drap) hvor beruselse har vært årsak eller medvirkende faktor. Alkoholpåvirkede personer blir lettere utsatt for ulykker og skader som trafikk- og drukningsulykker, fallskader og skader som følge av voldskriminalitet, slagsmål og lignende. (*Rusmiddelsituasjonen i Norge*, Sosialdepartementets redegjørelse 2004).

SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) gjennomførte i 2002 en kartlegging av narkotikasituasjonen i et utvalg på 60 kommuner. Disse kommunene utgjør et forholdsvis representativt utvalg av landets kommuner, både når det gjelder størrelse og geografisk fordeling. Samtlige fylker er representert, og den største kommunen i hvert fylke er med. Totalt bodde 50% av landets befolkning i de 60 utvalgte kommunene pr.1.1.2002 (SSB, Befolkningsstatistikk). Dataene gir ikke et helhetlig bilde av situasjonen for hele landet, men de sier noe om tendenser og trender.

I de fleste kommunene i utvalget har politiet og sosialetaten et inntrykk av at det har vært en generell økning av antall brukere av narkotiske stoffer fra 2000 til 2001. I de fleste kommunene nevnes det at det har blitt flere brukere av cannabis, amfetamin og beroligende midler (spesielt rohypnol). Etter informantenes oppfatning var det ungdom under 18 år som i hovedsak brukte cannabis og amfetamin. De fleste typiske brukere av narkotiske stoffer var i aldersgruppen 18-41 år.

I 2003 ble denne kartleggingen utvidet til å omfatte samtlige 434 kommuner i landet. Dataene vil bli analysert i løpet av 2004. En årlig kartlegging vil sammen med andre metoder også bidra til bedre å estimere den mer problematiske narkotikabruken.

SIRUS foretar også årlig en spørreundersøkelse blant 15-20 åringer om bruk av rusmidler. Undersøkelsen for 2003 viser en markant økning i alkoholforbruket de senere år, mens den viser ingen store endringer når det gjelder bruk og holdning til illegale rusmidler. Bruken av illegale stoffer har hatt en utflatning sammenlignet med tidligere år. Det har vært en liten nedgang i bruken av cannabis de siste 2-3 år. Ecstasybruken har holdt samme nivå siden 2000. Amfetamin holder derimot stand som det mest brukte illegale stoffet utenom cannabis, og viser en liten økning. Det har også vært en økning i andelen som oppgir at de noen gang har brukt kokain.

Undersøkelsen fra 2003 bekrefter ellers tendensen fra de senere år om at andelen som uttrykker en positiv holdning til narkotika ikke lenger øker. Men undersøkelsen er rettet mot ungdom i sin alminnelighet, og det er grunn til å tro at ungdom som regelmessig bruker narkotiske stoffer (enten det dreier seg om cannabis og/ eller sterkere stoffer) vil være underrepresentert i undersøkelsen.

Ulike datakilder og undersøkelser viser at narkotiske stoffer i stadig større omfang brukes og omsettes utenfor Oslo. Det er ikke grunnlag for å si at det er blitt flere utsatte ungdommer enn før, men det er en tydelig trend at det er økt tilgjengelighet av nye stoffer i nye miljøer. Undersøkelsene fra år til år viser at det blir stadig mindre forskjell mellom andelen unge på landsbasis og unge i Oslo som oppgir å ha brukt ulike stoffer.

Det er de siste år ikke foretatt tilsvarende surveyundersøkelser om bruk av alkohol og andre rusmidler i den voksne befolkningen. Den siste ble foretatt i 1999. En indikasjon på utbredelsen av bruk av andre rusmidler enn alkohol blant voksne, er at stadig flere bilførere tas for kjøring i narkotika- og medikamentruspåvirket tilstand. Den neste intervjuundersøkelse er planlagt i 2004, og rapporten vil da antakelig foreligge i 2005.

Tallene for 2003 viser at det har vært en ny markant nedgang i antall narkotikadødsfall, noe som kan skyldes flere forhold. Det kan handle om svært lav styrkeprosent i heroinen, at stadig flere opiatmisbrukere får substitusjonsbehandling og at det er etablert flere lavterskel helsetiltak i flere kommuner.

I følge Kripos' oversikt for 2003 har det for første gang på over 10 år vært en klar nedgang i antall innkomne narkotikasaker. Det har vært en svært stor tilbakegang for rohypnol, som alene sto for 54% av den samlede nedgangen. Det kan synes ut fra antall beslag at spredning og bruk av ecstasy går tilbake. Beslagene av heroin viser også nedgang, samtidig som styrkeprosenten aldri har vært lavere (23% i gjennomsnitt). Det ble ikke påvist utbredelse av nye syntetiske stoffer.

Beslaglagt mengde viser derimot svært høye tall for flere stofftyper, det gjelder særlig for amfetamin hvor beslagmengden i 2003 var rekordhøy. Beslag av GHB viste en økning på 60% fra 2002, og var registrert i 21 politidistrikt.

Anmeldte narkotikaforbrytelser 1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003	Endring 2002-2003
Narkotikaforbrytelser I alt	36 689	38 482	51667	49292	37204	-24,5

Kilde: STRASAK (en intern driftsstatistikk for politiet).

Narkotikaforbrytelsene er den nest største kriminalitetstypen, etter vinning, og de utgjorde 12% av alle forbrytelsene i 2003. Slik statistikken over viser, var det en klar økning (ca 15000 saker) av narkotikarelatert kriminalitet i perioden 1999 til 2001. Fra 2002 ser denne trenden ut til å ha snudd, og de to siste årene har antallet saker gått ned. Dette betyr selvfølgelig ikke at den faktiske narkotikakriminaliteten har gått ned.

Det er viktig å se på politiets ressurser og prioriteringer i forbindelse med utviklingen i antall anmeldelser. Stort sett har anmeldelser i narkotikasaker sin bakgrunn i politiets og tollvesenets egeninnsats. Så nær som hundre prosent av narkotikasakene anmeldes av politiet selv. En økning i kontrollintensiteten, økning i bruk av narkotikahunder, nye etterforskningsmetoder og bedre teknisk utstyr ved etterforskning vil derfor ha direkte innvirkning på antallet anmeldelser av slike saker. Statistikken indikerer først og fremst politiets innsats og prioriteringer. Antallet anmeldte saker gjenspeiler i liten grad den faktiske kriminaliteten.

Tallene viser i hovedtrekk at det totalt sett er færre saker som er anmeldt, men at det er anmeldt flere alvorlige saker enn tidligere, hvis man ser på hele perioden 1999 til 2003. Dette kan tolkes dit hen at politiet den siste perioden i større grad har prioritert store, alvorlige narkotikasaker, mens det noen år var stor fokus på brukermiljøene. Det er viktig å være klar over at statistikken sier lite om den registrerte narkotikakriminaliteten og lite om omfanget av narkotikamisbruket. Kriminalstatistikken alene er derfor en dårlig indikator på størrelsen av narkotikaproblemene.

Det har samlet vært en økning i beslag av flere av de mest vanlige illegale stoffene de senere årene. Man har den senere tid sett en markert nedgang i antall beslag, men samtidig er det mange enkeltbeslag med store mengder stoff. Mye tyder på at kjente kriminelle nettverk og enkeltpersoner i Norge mottar store partier fra internasjonale organisasjoner på kontinentet. I løpet av 2002 og 2003 har det vært flere leveranser med beslag over 100 kg.

Det er også kjent at antallet anmeldelser og beslag av dopingsmidler økte dramatisk siste halvår i 2003 sammenliknet med samme periode foregående år.

2.4 Alkohol- og narkotikaforbruket i Tana.

Befolkningstallet for Tana kommune var 01.04.04 i følge SSB 3001 personer. Av disse var 757 personer mellom 0-19 år, og 1978 av innbyggerne var i yrkesaktiv alder, det vil si 16-66 år (tall fra statistikkbankens offentliggjøring 11.03.04).

Det er gjennomført to undersøkelser om Tanaungdommens forhold til rusmidler det siste tiåret. Den første ble gjennomført i 1993, og den andre i 2000. Under punktene 2.4.1 og 2.4.2 vil det være en kort gjennomgang av disse undersøkelsene.

Det er ikke foretatt større kartlegging av den voksne befolkningens forhold til rusmidler som kan belyse kommunens utfordringer i det rusmiddelpolitiske arbeidet. Men det er likevel mulig gjennom opplysninger fra de forskjellige tjenesteområdene i kommunen å få en pekepinn på hvilke utfordringer som kan gjøre seg gjeldende.

De som pr. i dag oppsøker **sosialtjenesten** med et erkjent rusproblem, er personer som har utviklet et relativt stort rusproblem. De som bruker rusmidler som hasj regelmessig uten at dette går nevneverdig ut over økonomi, familie, skole og jobb, er sjelden i kontakt med sosialtjenesten. I den grad de har kontakt med sosialkontoret, blir ikke rus presentert som bakgrunn for at det tas kontakt. På landsbasis har svært mange kommuner avdekket at rundt halvparten av mottakerne av økonomisk sosialhjelp har rusproblemer i en eller annen grad. Vi kan anta at situasjonen er tilnærmet lik dette i Tana kommune. Det blir oftere forespurt om dekning av "privat gjeld" uten at søkerne vil oppgi hva slags gjeld dette er. Søknader om nødhjelp har gått ned etter at sosialtjenesten gikk over til rekvisisjoner i stedet for utbetaling pr. sjekk. Det er imidlertid kjent for sosialtjenesten at det foregår salg av rekvisisjoner.

Den kommunale psykiatritjenesten og sosialtjenesten opplever en økning av dobbeltdiagnosen rus/ psykiatri. Dette er et område med udekkede behov i forhold til regelmessig oppfølging, botiltak, og arbeids- og aktivitetstilbud. Innføringen av Rusreform II skal nå forsøke å hindre tidligere erfaringer hvor spesialisthelsetjenesten i noen tilfeller har fraskrevet seg ansvar i forhold til gruppen og har overlatt svært syke personer til hjemkommunen. Dette har gitt dårligere livskvalitet for den syke og dens pårørende, samtidig som kommunen har stått uten et nødvendig apparat for å kunne gi profesjonell hjelp over tid. Med den nye Rusreform II kan pasienten/ klienten ha rettighet til å få utarbeidet en individuell plan etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3 a. Det vil følge en forskrift som gjelder individuelle planer. (Nærmere om rusreform II og hvilke endringer dette medfører i arbeidet med rusmisbrukere på side 20).

Statens Helsetilsyn anslår med bakgrunn i kartleggingen gjennomført i 1999, at det i landet som helhet finnes rundt 4 000 mennesker med dobbeltproblematikken alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk. Tallreferansen er hentet fra Sosialdepartementets Rundskriv I-36/2001 *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmissbruk*.

Det er en klar tendens i retning av at psykiatriske pasienter som misbruker narkotika velger narkotisk stoff etter et spesielt mønster. Pasienter med psykoser misbruker ofte cannabis (hasj m.v) og amfetamin, mens pasienter med personlighetsforstyrrelser er overrepresentert blant opiatmisbrukere (heroin, morfin m.v). Bruk av narkotika gir raskt en fysisk og psykisk avhengighet, og påvirker hjernen i en slik grad at alvorlige psykoser og personlighetsforstyrrelser kan bli utfallet etter relativt kort tids misbruk. Dette gjelder både i tilfeller med

stort innslag av arvelighet av alvorlige lidelser hvor rus har lokket fram en latent lidelse, og rusutløste psykoser som oppstår som følge av den skade rusen påfører hjernen.

Distriktpsikiatrisk senter (DPS) med beliggenhet i Tana har også merket en økning av pasientgruppen med tilleggsproblematikken rus.

Legestasjonen hadde i 2003 registrert 40 personer med diagnose kroniske alkoholproblemer. I 1994 var det registrerte 27 pasienter med denne diagnosen. I 2003 hadde legetjenesten 12 akutte henvendelser hvor skader påført i beruset tilstand var henvendelsesgrunn. I tre av henvendelsene var det "kronikere" som kontaktet legetjenesten. Legetjenesten blir kontaktet av personer som søker hjelp for rusmiddelproblemer. Det blir raskt gitt time, det blir fulgt opp med kontroller og samarbeid med rusklinikkene, DPS og den kommunale psykiatritjenesten. Det registreres stadig skader og ulykker som er rusrelatert.

Helsestasjonen bekrefter at de møter rusmiddelproblematikk i sitt arbeid, og at deres inntrykk er at rusmiddelbruken i befolkningen er økende. Helsestasjonen er spesielt bekymret for alkoholbruken blant ungdomsskoleelever. De har videre inntrykk av at bruken av narkotika er stabil, og at det er lett tilgjengelighet for ungdom.

Barnevernstjenesten opplyser at de sjelden får bekymringsmeldinger som går direkte på rusproblematikk, og at det i slike saker er vanskelig å få bekreftet innholdet i meldingen. De har et inntrykk av at nærmiljøet ikke tar kontakt med barnevernstjenesten selv om det er en bekymring rundt rusmiddelbruken i enkelte familier.

De fleste ungdommene barnevernstjenesten er i kontakt med opplyser at de tar avstand fra narkotika, men det bekreftes av ungdommene at de kjenner noen som har eksperimentert med narkotiske stoffer etter å ha flyttet hjemmefra for å begynne på videregående skole.

Barnevernstjenesten har fått opplysninger om tilfeller hvor ungdom har blitt sendt til pumping etter for stort alkoholinntak, men har ikke mottatt konkrete henvendelser om dette. Det er et inntrykk av at den første kontakten ungdommen har med alkohol er hjemmebrent. Videre er det et inntrykk av at voksne menn i flere tilfeller trekker med seg unge (gutter) inn i et miljø hvor det konsumeres en god del alkohol.

Utviklingsavdelingen har ansvaret for Ungdomsservicekontoret og UngInfo som holder til i Ungdommens Hus. Ungdommens Hus holder åpent hver dag, og to kvelder i uka er det ungdomsklubb (tirsdag og torsdag). Det er ungdommene selv som skal være med å bestemme hvilke aktiviteter de ønsker å iverksette. Foruten Ungdommens Hus, er det mange unge i aktivitet på kulturskolen, og de skal i større grad aktiviseres i prosjekter som Skipagurra-festivalen og Finnmarksløpet for å nevne noe.

De som jobber med de unge opplyser at det er et flott og positivt ungdomsmiljø i kommunen, og de har et inntrykk av at flere unge enn tidligere sier at de trives i Tana. De har videre et inntrykk av at ungdommen ikke er så ille når det gjelder bruken av rusmidler (alkohol) som tidligere. Det kan virke som om dette er noe som går i bølger i ungdomsmiljøet, og at i den ungdomsgruppen som nå bor i kommunen er det en nedadgående trend. Det er for tidlig å trekke noe konklusjon om dette er resultat av satsning på ungdom eller om det har noe med selve ungdomsgruppen å gjøre.

Hjemmesykepleien har ikke inntrykk av at rusmiddelbruken er økende blant kommunens befolkning, men at den holder seg konstant. Men i hjemmesykepleien observerer man oftere at eldre har "kosepils" i kjøleskapet eller en konjakk liggende på lur. Det gjenspeiler et generasjonsskifte som har tatt med seg endringer i holdninger til en "kosedram". Det påpekes

at det er et skille mellom bruken av alkohol på denne måten og ren fyll som de eldre tar avstand fra.

Hjemmesykepleien har mest eldre fra 67 år og oppover som sine brukere. Det opplyses at spesielt eldre bosatt ved Tanabru m/ omegn og Tanabru eldreboliger er mer engstelig grunnet rusmiljøet, og sitter derfor bak låste dører. De eldre opplyser at dersom døra ikke er låst kan man risikere at det står en fremmed person i stua. Det har også forekommet episoder hvor ukjente, berusede personer har kontaktet eldre og truet til seg penger. Dette er sjeldne enkelttilfeller, men bidrar til ytterligere engstelse hos de eldre.

Lensmannen påpeker at selv om statistikken viser en nedgang i saker hvor rus er en del av saksbildet, så gjenspeiler det nødvendigvis ikke virkeligheten. Grunnet lite ressurser til å jobbe utadrettet som for eksempel med spaning, uropatrukker m.v, vil det være færre saker som blir avdekket. Det jobbes hovedsaklig bare med anmeldte saker, samt noen saker hvor det iverksettes etterforskning etter mottatte tips fra publikum.

Etter politiets observasjoner er det mye fyll ute på utestedene. Det er antakelig drikkekulturen i Tana som er årsaken til dette. Folk handler inn billig drikke i Finland, drikker hjemme til rundt midnatt før de beveger seg ut på puben. Ofte er de overstadig beruset før de kommer ut, men slipper likevel inn på utestedene. Dette gir en pekepinn på at kontrollen ikke er tilfredsstillende. Politiet jobber forebyggende ved at de besøker utestedene i åpningstiden et visst antall ganger pr. år, men de har ikke en kontrollfunksjon etter alkoholloven.

Narkotikaproblematikken i kommunen har økt voldsomt. Riktignok er ikke denne økningen dokumenterbar i antall saker, men den måles i antall innkomne troverdige tips som øker. Dersom det hadde vært ressurser til gjennomføre flere aksjoner (noe antall tips viser behov for), ville bildet på narkotikaproblematikken vært mer negativt. Tana beskrives som et stort kryss i forhold til narkotikatrafikken i Øst-Finnmark. Innførsel av narkotika skjer hovedsaklig med bil, og det aller meste av stoffet som er på vei til andre kommuner vil passere Tana. Og noe av stoffet vil bli dumpet av ett eller annet sted i Tanadalen. Dette medfører større tilgjengelighet og mer narkotika pr. innbygger enn mange andre steder. Av narkotiske stoffer er det hasj, marijuana og amfetamin det er størst innførsel av.

Det blir oftere gjort beslag av narkotiske stoffer langs landeveien mellom nord og sør. Tall på landsbasis viser at i de perioder hvor det settes inn store ressurser på spaning er resultatet økte beslag av narkotika. Men politiets ressurser til spaningsoppdrag er som tidligere nevnt begrenset, og omfanget av narkotikamisbruk som foregår i det skjulte antas å være stort i forhold til det de ulike hjelpeinstansene har registrert.

Lensmannen opplyser at de håper å få etablert et norsk/ finsk samarbeid rundt jobbingen med narkotikatilførsel over grensen, da antall narkotikatips har vært økende også på finsk side. På finsk side har de tre narkotikahunder som gjennom samarbeidet vil kunne brukes i større grad av norsk politi og tollere.

Tana Arbeidsservice AS opplyser at de har 16 varig tilrettelagte arbeidsplasser og 15 plasser for arbeidspraksis i skjermet virksomhet. I tillegg har de arbeidsutprøving på andre tiltak som lønnstilskudd, samfunnstjeneste, m.v., de har også utplasseringsavtale med to bedrifter. En stor del av deres brukere i arbeidspraksis har rusproblematikk eller psykisk lidelse, eller en kombinasjon av disse. Det er ingen krav om avrusning før de blir tildelt en plass, slik at mange sliter med et rusproblem ved siden av sitt daglige virke i bedriften. Noen kan forsvinne dager eller uker av gangen for så å vende tilbake til arbeidet, men også dette er med å avklare om vedkommende er å anse som en reell arbeidssøker. Ved bedriften får de færre personer ut i aktivt tiltak nå enn tidligere, da færre er å anse som reelle arbeidssøkere. De vil ikke fungere i et ordinært arbeidsforhold grunnet psykisk eller somatisk sykdom. Noen av brukerne er

aktuelle for attføring, og jobber ved bedriften i påvente trygd/ pensjon. Andre har for store og langvarige rusproblemer til at de kan fungere i andre tiltak.

Det er behov for flere plasser. De har ofte måttet "overbooke" på grunn av pågangen fra Aetat, som er henvisningsinstansen. Dette har de hatt muligheten til å gjøre fordi de kan foreta en rullering mellom sine tre avdelinger, Tanabru, Tanahus og Berlvåg, og også fordi de har et samarbeid med et eksternt firma, Masternes AS, som har tatt imot brukere på eksternt utplassering.

Klinikk Nord har flyttet fra Ifjord til Rustefjelbma. Behandlingsinstitusjonens beliggenhet i Rustefjelbma vil gi gode muligheter til et tett samarbeid med eksempelvis Tana Arbeidsservice, Hjelpetjenesten og Helsetjenesten/ legestasjonen rundt felles brukere. Koordineringen av tjenestene rundt brukerne vil dermed få en sterk lokal forankring, fra avrusning til oppfølging etter en rusbehandling.

2.4.1 Ungdom i Tana og alkoholforbruk.

SIRUS viser i sin rapport for 2003 at det på landsbasis de senere år er en markant økning i alkoholforbruket blant ungdommer. Det er grunn til å tro at ungdommen i Tana følger denne trenden, uten at det er nyere undersøkelser som kan bekrefte denne antakelsen. De to undersøkelsene som er blitt foretatt blant ungdom i kommunen og deres forhold til alkohol ble gjennomført i 1993 og 2000.

Punkt 2.4.1.1 og 2.4.1.2 er utdrag fra forrige rusmiddelplan (2001-2004).

2.4.1.1 Undersøkelse blant ungdom i kommunen 1993.

I 1993 ble det gjennomført en undersøkelse om ungdoms rusmiddelforbruk i Tana kommune. Informanter var elever fra 8 og 9 klasse. Deltagelsen var på 92 %.

Undersøkelsen viste at 74 % av de spurte hadde prøvd/ smakt rusmidler i løpet av sitt liv. Dette var ca. 10 % under det som viste seg å være vanlig for resten av Finnmark og landet for øvrig. På lik linje med andre undersøkelser var det typiske rusmiddelet alkohol, men undersøkelsen viste også at 9 % hadde brukt piller, 12 % hadde sniffet og 9 % hadde brukt hasjis.

Resultatet av undersøkelsen viste også at en ganske stor del (43%) av ungdommen brukte rusmidler jevnlig. Dette behøver nødvendigvis ikke bety at den enkelte ungdom brukte rusmidler hver helg. Forbruket var ganske situasjonsbestemt, hovedsakelig på hytteturer, diskotek eller "hjemme alene fester". Videre viste undersøkelsen at det er en sammenheng mellom foreldrenes holdninger og ungdommens rusmiddelbruk. Der foreldre syntes det var " greit" at ungdommen ruset seg, var forekomsten av rusmiddelbruk hyppigere enn der foreldre hadde en restriktiv holdning.

2.4.1.2 Kartlegging av alkoholbruk blant ungdom i Tana 2000.

Undersøkelsen som ble gjennomført høsten 2000 i Tana tok utgangspunkt i skoleungdom fra 7. til 10. klasse ved kommunens seks skoler. Dette representerer en aldersgruppe fra 12 – 15

år. Det deltok 143 av 160 elever, noe som utgjorde 89 % av ungdommen i denne aldersgruppen.

Videre ble det også kartlagt rusbruk blant elever ved Tana videregående skole der 28 av 45 elever deltok, noe som utgjorde 62 % av det totale elevtall. Elevene her var mellom 16 og 31 år.

Bruken av alkohol på mellom- og ungdomstrinnet var noe ujevn mellom klassene, men høyere enn det som er akseptabelt. Det som kommer fram i tabell 1 gir grunn til bekymring. Den viser at 44 % av elevene på mellom- og ungdomstrinnet har hatt sin alkoholdebut. Av det totale elevtallet i 7. klasse har 36 % smakt/drukket mellom 1–3 ganger, 4 % mellom 4–10 ganger, 2 % ukentlig og 2 % månedlig. Av det totale antallet av brukere utgjør dette 82 % mellom 1–3 ganger, 9 % mellom 1- 4 ganger og henholdsvis 4,5 % ukentlig og månedlig.

Tabell 1. Ungdom som har smakt/drukket/ eller drikker alkohol.

Klasse trinn	Gutter		Jenter		Sum	Antall ganger drukket / frekvens				
	Ja	Nei	Ja	Nei		1-3	4-10	ukentlig	månedlig	sjelden
7 klasse	7	17	15	11	50	18	2	1	1	0
8 klasse	10	5	4	7	26	9	2	0	0	3
9 klasse	14	2	12	3	31	7	5	1	4	9
10 klasse	12	6	14	4	36	5	3	1	8	9
Sum alle elever	43	30	45	25	143	39	12	3	13	21

Kilde: "Kartlegging – rusbruk hos ungdom i Tana 2000"

Sammenlignet med andre undersøkelser i Finnmark viser ikke undersøkelsen fra Tana et høyere antall, men at 44 % av elevene i 7. klasse har drukket alkohol, 53 % i 8. klasse, 84 % i 9. klasse og 72 % i 10. klasse, gir et bekymringsfullt bilde av rusbruksituasjonen i Tana.

Undersøkelsen viste også at 53 % av elevene fikk alkohol av andre, mens 6 % kjøpte selv og 7 % sa at de fikk alkohol hjemme. Det var 34 % som avsto fra å svare.

Ser man skolekretsene hver for seg, var det noen som skilte seg ut. I en 7. klasse hadde 100 % av jentene smakt/ drukket alkohol; av dem hadde 60 % brukt alkohol 1-5 ganger og 40 % mellom 6-10 ganger. I de fleste klassene var jentene i overtall og totalt sett var det flere jenter (51 %) enn gutter (49 %) i utvalget som brukte alkohol.

Undersøkelsen fra Tana videregående skole for aldersgruppen 16 – 31 år ga et dystert bilde. Tabell 2 viser at totalt sett er 100 % av guttene brukere av alkohol, mens jentene ligger på 94 %. Disse utgjør 96,5 % av elevene som har svart på spørreskjemaet.

Tabell 2. Ungdom i videregående skole som har smakt / drukket / drikker alkohol"

	Bruker ja	Bruker nei	SUM	Gj.snitt start	Aldersgruppe
Gutter	12	0	12	12,5 år	16 – 22 år
Jenter	15	1	16	15,5 år	16 – 31 år
Av alle elever	27 (96,5%)	1 (3,5%)	28 (100%)		

Kilde: "Kartlegging - rusbruk av ungdom i Tana 2000".

Aldersgruppa for guttene ligger mellom 16 – 22 år (median 17 år), hovedtyngden drikker hver måned og når de drikker, så drikker flere seg full. Jentene er likestilt med guttene.

På spørsmålet om hvordan det er å få tak i alkohol svarer 60 % at det er lett, kun 4 % mener at det er vanskelig.

I tillegg svarer 75 % at de kjøper alkohol selv, mens 25 % svarer at de får andre til å kjøpe for seg. De som selv kjøper ligger i aldersgruppe 17 – 17,3 år, mens de som får andre til å kjøpe for seg er i aldersgruppe 16 – 16,5 år. Aldersgrense for å kjøpe øl og vin er 18 år, og brennevin 20 år. Dette understreker behovet for bedre kontroll av salgs- og skjenkesteder (se kapittel 3 om tiltak).

Ungdommene oppgir at det er vanlig innenfor vennekretsen å bruke alkohol (96 % av utvalget).

På spørsmålet om hvilken legalitet det er i alkoholen som konsumeres, så oppgir de unge at det hovedsakelig er lovlige drikkevarer som nytes (54 %). Guttene tyr mest til begge deler (lovlige varer og hjemmebrent), mens jentene (75 %) for det meste bruker lovlige varer.

2.4.2 Ungdom i Tana og narkotikaforbruk.

Undersøkelsen fra 2003 blant ungdom på landsbasis bekrefter ellers tendensen fra de senere år om at andelen som uttrykker en positiv holdning til narkotika ikke lenger øker. Men undersøkelsen er rettet mot ungdom i sin alminnelighet, og det er grunn til å tro at ungdom som regelmessig bruker narkotiske stoffer (enten det dreier seg om cannabis og/eller sterkere stoffer) vil være underrepresentert i undersøkelsen. Noe tilsvarende kan gjelde undersøkelsene fra Deanu gielda - Tana kommune.

Slik det tidligere er nevnt under punkt 2.3, viser ulike datakilder og undersøkelser at narkotiske stoffer i stadig større omfang brukes og omsettes utenfor Oslo. Det er en generell trend de siste årene at bruken av illegale stoffer er blitt mer desentralisert. Det er ikke lenger et storbyfenomen at det brukes narkotiske stoffer, og tilgjengeligheten er blitt lettere i lokalmiljøene. Dersom markedet i kommunen er ”støvsugd”, er det ikke mange mil til nabokommuner hvor det omsettes narkotika.

2.4.2.1 Kartlegging av narkotikabruk blant ungdom i Tana gjort 1993 og 2000.

Undersøkelsen gjort i 1993 viser at ungdommen hadde prøvd andre stoffer enn alkohol. Tallene viste at 9 % hadde brukt piller, 12 % hadde sniffet og 9 % hadde prøvd hasjis.

Ser vi på undersøkelsen høsten 2000 (tabell 9), så ser vi at det ikke har vært utvikling utover de tall som kom fram i 1993. Forholdsvis mange (25 %) visste og mente at det var et utstrakt bruk av narkotika i Tana kommune, men ingen visste om brukere på mellom- og ungdomstrinnet i skolene.

Tabell 9 "Har du prøvd narkotika?"

Klasse – trinn	Gutter		Jenter		SUM	Kjenner til brukere i / på			
	Ja	Nei	Ja	Nei		Skolen	Kommunen	Er utbredt i kommunen ja nei	
7 klasse	1	24	0	25	50	0	5	3	32
8 klasse	0	15	0	11	26	0	3	0	24
9 klasse	0	16	1	14	31	0	5	2	29
10 klasse	0	18	0	18	36	0	10	8	27
Sum av alle elever	1 0,7 %	73	1 0,7 %	68	143 100 %	0	23 16 %	13 9 %	

Kilde: "Kartlegging - rusbruk av ungdom i Tana 2000".

Den samme tilbakemeldingen fikk vi i undersøkelsen på Tana videregående skole. Noen (26 %) visste om noen i kommunen som brukte narkotika, men overraskende var det at alle som svarte mente at narkotika ikke var utbredt i kommunen (tabell 11).

Tabell 10 "Har du prøvd narkotika?"

	Ja	Nei	SUM	Kjøper selv
Gutter	1	10	11	1
Jenter	0	15	15	
Av alle elever	1 (4%)	25 (96%)	26 (100%)	

Kilde: "Kartlegging - rusbruk av ungdom i Tana 2000".

Tabell 11 "Kjenner du ungdommer som bruker narkotika?"

	Ja, på skolen	Ja, i kommunen	Kjenner ikke til noen i kommunen	SUM	Er narko utbredt i kommunen		
					Ja	nei	Sum
Gutter	0	2	7	9	0	9	9
Jenter	0	3	7	10	0	9	9
Av alle elever	0	5 (26%)	14 (74%)	19 (100%)	0	18	18

Kilde: "Kartlegging - rusbruk av ungdom i Tana 2000".

Kap. 3 Rusforebygging og behandling.

3.1 Generelt om rusforebygging

Når det oppstår et rusmiddelproblem er dette ofte et samspill mellom individ, rusmiddel og forhold i samfunnet. Mange av de problemene rusmisbruk medfører kan forebygges slik at skadeomfanget i størst mulig grad blir redusert. Det rusforebyggende arbeidet kan skje i alle de ulike arenaene som befolkningen deltar i, som hjem, skole, fritidsarenaen, arbeidsplassen m.v. Med et slikt utgangspunkt kan ethvert tiltak som styrker foreldrekompetansen være av betydning i det rusforebyggende arbeidet. Dette kan være tiltak som: Økonomisk trygghet,

gode fritidstiltak, trygge arbeidsplasser, helseforebygging, ansvarlige skjenkemyndigheter/bevillingshavere, styrking av sosialt nettverk og tilhørighet. Dette er tiltak som også vil være forebyggende i forhold til psykiske lidelser, ensomhet, fattigdom, kriminalitet m.v. Alle gode tiltak vi i prinsippet være forebyggende rusmiddeltiltak.

Forebyggende arbeid kan tredeles slik:

- primærforebyggende arbeid, dvs. forhindre at skader eller uønsket utvikling oppstår
- sekundærforebyggende tiltak, dvs. forhindre at uønskede forhold utvikles videre
- tertiærforebyggende tiltak, dvs. å sette i verk tiltak for ytterligere å hjelpe mennesker som allerede har problemer.

3.2 Generelt om behandling av rusrelaterte problemer.

Behandling i rusmiddelsektoren er et vidt begrep. Men behandlingsbegrepet i sosialtjenesteloven kan sammenfattes slik:

En lang rekke tiltak som inkluderer identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, behandling (terapeutisk), omsorg, og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Målsettingen med disse tiltakene er å kontrollere eller stoppe rusmiddelbruken, samt forhindre videre utvikling av medisinske, psykologiske og/eller sosiale problemer.

Det er i hovedsak kapittel 6 i *Lov om sosiale tjenester* som hjemler det kommunale ansvaret for behandling av rusmiddelmissbrukere. Kommunitjenesteloven, barnevernsloven, sykehusloven og lov om psykisk helsevern gir også visse rettigheter til behandling for rusmiddelmissbrukere.

Sosialtjenesten skal i følge kapittel 6:

- a) hjelpe den enkelte til å komme bort fra sitt misbruk.
- b) Gi råd/veiledning samt hjelp til misbrukerens familie.
- c) Sørge for behandlingsopplegg i nærmiljøet eller egnet institusjon.

Det legges spesielt vekt på nærmiljøtiltak, samt at sosialtjenesten har et ansvar for å følge opp klienten under behandling i institusjon og sørge for et ettervern etter endt institusjonsopphold. Kapittel 6 omhandler også anledningen til å bruke tvang ved innleggelse for en kortere periode. Loven stiller strenge krav til hvilke forhold som må ligge til grunn for tvangsinnleggelse, og krav til institusjonen om egnethet til dette formålet.

Ved innføring av Rusreform II ble ansvaret for behandlingen av rusmiddelmissbruk overført til staten ved de regionale helseforetakene, ved det ble tjenestene omdefinert til helsetjenester. Tjenestene reguleres nå av samme regler som den øvrige spesialisthelsetjenesten. Rusmiddelbrukerne er å anse som pasienter og vil ha rettigheter etter pasientrettighetsloven på samme måte som andre pasientgrupper. Pasientrettighetsloven har regler om:

- rett til nødvendig helsehjelp
- rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisning er mottatt
- rett til å få en fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten
- rett til informasjon og til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen, blant annet rett til å medvirke ved valg mellom ulike tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder

- samtykke til helsehjelp
- rett til journalinnsyn
- rett til å få utarbeidet en individuell plan
- klage og pasientombud

Brukeren kan henvende seg både til lege og sosialtjeneste med ønske om innleggelse i behandlingsinstitusjon. På samme måte som for pasienter i den øvrige spesialisthelsetjenesten vil det ikke være krav om egenandel for pasienter som er innlagt til behandling. Med innføring av denne reformen, faller de kommunale egenandelene bort i institusjoner som har samarbeidsavtale med staten.

Personer som på grunn av rusproblemer har behov for langvarige koordinerte tjenester, kan ha krav på å få utarbeidet en individuell plan (IP). Hensikten med en individuell plan er å sikre at iverksatte tiltak følges opp, og at udekkede behov synliggjøres. Målene må være realistiske og inneholde ulike elementer som bolig, tiltak dagtid (attføring, arbeidstrening, skole), nettverk (meningsfulle relasjoner), meningsfylt fritid, poliklinisk behandling/ døgnbehandling (ettervern) og annet klienten ønsker å vektlegge i planen. I alt behandlingsarbeid er det viktig å legge opp til individuelle tiltak som passer den enkelte. Dette arbeidet må skje i samarbeid mellom ulike aktører som f.eks AKAN, AA, helsestasjonen, hjemmesykepleien, legestasjonen, trygdekontoret, Aetat, skole, spesialisthelsetjenesten osv. Det er sosialtjenesten som har det koordinerende ansvaret for behandling og oppfølging. Personer som er utskrevet til tvunget ettervern etter lov om psykisk helsevern har allerede nedfelt rett til individuell plan. Regelverket pålegger spesialisthelsetjeneste og sosialtjeneste å samarbeide. Dette gjelder både i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan og ved forberedelse av utskrivning fra institusjon.

3.3 Behandlingstilbud i Helse Nord.

Rusreform II innebærer blant annet at primærlegene, i tillegg til sosialtjenesten, har henvisningsrett til behandling for rusproblemer. Videre har staten ved de 5 regionale helseforetakene (HF) overtatt drift eller inngått samarbeidsavtaler med 74 institusjoner. Et korttidsopphold i rusinstitusjon er på 4-6 uker, med mulighet for helgeopphold eller gruppedeltagelse i etterkant. Helseregionen avgjør om søknaden omfattes av lov om pasientrettigheter, som blant annet gir rett til fritt sykehusvalg.

Institusjoner innenfor Helse Nord som er eid eller har avtale med staten:

- Finnmarksklinikken i Karasjok
- Finnmarkskollektivet i Langfjordbotn i Alta
- Klinikk Nord i Tana
- Tromsklinikken og Færingen terapeutiske samfunn i Tromsø
- Nordlandsklinikken på Ankenesstrand i Narvik
- Sigma Nord på Evenskjer i Skånland kommune

Øvrige tilbud innen spesialisthelsetjenesten i Helse Nord:

- Samisk psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i Karasjok
- Rus-/ psykiatriposten, UNN HF (i hovedsak utredning og oppstart av behandling)

- Ruspoliklinikken drevet av Tromsklinikken og lokalisert på Sosialmedisinsk Senter (SMS) i Tromsø. Dette omfatter også medikamentassistert rehabilitering (MAR).
- Det er i tillegg tilført 19 rusrelaterte stillinger i perioden 1987-1990 til Hålogalandssykehuset HF i Narvik, Nordlandssykehuset HF i Bodø og Helgelandssykehuset HF i Brønnøysund.
- Distriktpsikiatrisk senter (DPS)

Poliklinisk behandling er aktuelt for sosialt stabile personer uten for store forekomst av psykisk eller fysisk sykdom. Behandling i institusjon kan være nødvendig for personer med store belastninger, og ikke minst for å redusere misbrukerens lidelser og fare for dødsfall.

Kap. 4 Mål og strategier.

4.1 Nasjonale hovedmål og strategier for rusmiddelpolitikken.

I Norge opereres det ikke med skarpe skiller mellom alkohol, medikamenter og narkotika på forebyggings- og behandlingsfeltet. Noe som gjenspeiler seg i regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005) som har følgende **hovedmål** for rusmiddelpolitikken:

- En betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk.

I handlingsplanen er det skissert **tre viktige strategiske mål** for rusmiddelpolitikken:

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

Handlingsplanen legger opp til at det skal være en lav terskel for å få hjelp, mens terskelen for å miste hjelpen skal være høy. Det skal legges vekt på tiltak hvor behovene og nøden er størst, og på de områder hvor tiltakene kan dokumentere best effekt. Innsatsen på feltet må utgjøre en sammenhengende tiltakskjede hvor foreldre, nærmiljø, frivillige organisasjoner, kommunale, fylkeskommunale og statlige instanser danner en kjede av tiltak som utfyller hverandre. Tiltakskjeden må være dynamisk, dvs at dersom et problem ikke lar seg løse på ett trinn skal det være mulighet for hjelp på neste trinn.

4.2 Noen hovedmål i kommuneplanen for Deanu gielda - Tana kommune.

Kommuneplanen for Deanu gielda - Tana kommune (1995-2006) inneholder 7 hovedmål, hvorav hovedmål 3, 5 og 7 med underliggende delmål har særlig relevans for rusplanarbeidet. I kommuneplanen følger det retningslinjer for hvordan det søkes å løse delmålene, men disse retningslinjene vil ikke bli beskrevet her.

Hovedmål 3

Skape gode, trygge og utfordrende oppvekstvilkår for barn og unge.

Delmål:

- 1) Bidra til at de enkelte familier selv skal kunne gi sine barn et bedre tilbud.
- 2) Sikre førskolebarn gode utviklings- og aktivitetsmuligheter i nær forståelse og samarbeid med barnas hjem, samt hjelpe til å gi en oppdragelse i samsvar med kristne grunnverdier.
- 3) Videreutvikle en skole hvor barn og unge får et godt tilrettelagt tilbud som gir dem lyst til å lære og som gir dem omsorg og trygghet i samsvar med kristne og demokratiske grunnverdier.
- 4) Kommunen må bidra til å skape en meningsfull og trygg fritid for barn og unge.
- 5) Barn og unge må gis mulighet til å delta aktivt i utformingen av sitt eget nærmiljø og av samfunnet.
- 6) Bidra til at vår ungdom skaffer seg videregående og høyere utdanning.

Hovedmål 5

Skape bedre fysisk og psykisk helse.

Delmål:

- 1) Stimulere til en livsførsel som forebygger helseskader og sosiale problemer.
- 2) Skape trygghet i alderdommen.

Hovedmål 7

Kommunen skal på best mulig måte ivareta lokalsamfunnets interesser, og kommunen skal ha en effektiv tjenesteproduksjon.

Delmål:

- 1) Tana skal ha et aktivt folkestyre med bred deltakelse fra alle grupper.
- 2) Tana skal ivareta den enkelte innbyggers behov for rettssikkerhet slik at innbyggerne kan føle trygghet i forhold til det offentlige.

4.3 Lokale hovedmål og strategier for rusmiddelpolitikken.

Den rusmiddelpolitiske handlingsplanen (2005-2009) for Deanu gielda - Tana kommune har følgende hovedmål for rusmiddelpolitikken:

Hovedmål

Søke å redusere rusmiddelbruken i befolkningen gjennom rusforebyggende arbeid, og gjennom tiltak som begrenser tilgangen av rusmidler. Videre søke å bedre ettervernet/rehabiliteringstiltak for personer med et rusproblem.

Strategi 1

Fokus på viktige forebyggingsarenaer i kommunen.

Det å sette fokus på foreldre, skole, fritids- og kultursektoren, helse- og sosialsektoren, sysselsetting/arbeidsplassen, lensmannsetaten, og frivillige organisasjoner som forebyggingsarenaer bidrar til bevisstgjøring og ansvarliggjøring av de berørte parter i rusarbeidet. Det er viktig at alle voksne i kommunen oppfatter seg selv som forbilder og erkjenner et ansvar for dette, det vil ha en holdningsskapende effekt. De voksnes handlinger, meninger, og refleksjoner er det som absolutt har størst gjennomslagskraft i forhold til den oppvoksende generasjon.

I arbeidslivet bør man i større grad tenke forebyggende når det gjelder rus blant kommunens ansatte gjennom styrking av AKAN-arbeidet. Dette kan bidra til å senke sykefraværet i de tilfeller hvor den reelle fraværsgrunnen er et rusrelatert fravær (bakrus, skader, vold, sykdom grunnet langvaring rusbruk m.v).

Strategi 2

Fokus på rus som faglig utfordring i kommunens tjenesteyting.

En viktig del av det forebyggende arbeidet er å bedre kontrollen på salgs- og skjenkesteder. Det er viktig å sanksjonere ved brudd på bestemmelsene for bedre å synliggjøre denne delen av kommunens alkoholpolitikk overfor de næringsdrivende innen salgs- og serveringsbransjen. Og ikke minst en synliggjøring av gjeldende alkoholpolitikk overfor kommunens innbyggere. For mange innbyggere oppfattes kommunens kontrollfunksjon mot salgs- og skjenkesteder som den viktigste delen av kommunens alkoholpolitikk. Denne kontrollfunksjonen blir da et viktig redskap for å vise kommunens holdning til økende alkoholbruk og til drikkekulturen.

Gjennom å sette rusarbeid og utfordringer rundt dette arbeidet på dagsorden i tverrfaglige fora, vil man kunne synliggjøre behovene og nye trender ute blant befolkningen, og opprette tiltak tilpasset behovene. Særlig er behovet for ettervern/ rehabiliteringstiltak noe som i større grad må prioriteres nå som enkelte rusmisbrukere vil få lovfestet rett på individuelle planer. Det er viktig at det kommunale behandlingstilbudet representerer en bredde. Det skal i praksis favne alle grupper rusmiddelbrukere, fra de som fungerer forholdsvis greit til den helt utslåtte misbruker som nesten trenger heldøgns hjelp for å fungere. Dette betyr at en del misbrukere kan benytte seg av det statlige tilbudet, men at kommunen også må bygge opp enkelte egne tiltak der sosialtjenesteloven pålegger det.

Strategi 3

Kompetanseheving innen rusarbeid og økte stillingsressurser til rusarbeid.

I en organisasjon som stadig er i utvikling i sin tjenesteproduksjon vil det til enhver tid være behov for mer kompetanse innen de forskjellige tjenesteområdene. Endringer i samfunnet og endringer innad i rusmiljøet krever en oppdatering og ny kompetanse innen all tjenesteyting overfor denne befolkningsgruppen. Men det er også viktig med mer kompetanse i det forebyggende arbeidet.

Retten til individuelle planer for enkelte rusmisbrukere vil utløse et økt behov for ressurser til oppfølgingsarbeid, da særlig ressurser til stillingshjempler innen miljøarbeid og støttekontaktvirksomhet.

Kap. 5 Prioriterte tiltak.

For å nå hovedmålsetningene i det rusmiddelpolitiske arbeidet er følgende tiltak prioritert for planperioden 2005-2009:

Tiltak 5.1: Foreldre som forebyggingsaktører:

Foreldre er helt klart de viktigste forebyggingsaktørene for barn og ungdom. Det er først og fremst foreldrene som skal ivareta oppdragelsen, sette grenser, bygge holdninger og gi trygghet og identitet i oppveksten. Det er viktig å bevisstgjøre hver enkelt forelder deres ansvar for barna "fra vugge til myndig alder".

En måte å bevisstgjøre foreldrene dette ansvaret kan være et tettere samarbeid/ oppfølging i viktige faser i barnets liv, som eksempelvis fra førskole til barnetrinnet, videre til ungdomstrinnet og videregående skole. En form for "overføringsmøter" mellom PPT, skolen, helsestasjonen og foreldrene hvor det fokuseres på de spesielle utfordringer i hver fase av barnets liv. Dette kan videreutvikles ved å legge dette til Familiesenteret og de profesjonelle aktørene som har tilknytning der.

I et samfunn som har flere og sterke kulturformidlere ved siden av foreldrene, er det viktig med tiltak som styrker foreldrekompetansen. Forelderveiledningsprogrammet er et statlig satsningsområde der Barne- og familiedepartementet, tidligere Sosial- og helsedepartementet og tidligere Kirke, undervisnings- og forskningsdepartementet, har gått sammen med det formål å støtte og styrke foreldrene i deres oppdragerrolle som foreldre. I dette ligger en anerkjennelse og en holdning om foreldre og hjemmet som den viktigste arena for barn og unges identitetsutvikling.

Målsettingen for Barne- og familiedepartementets satsing på forelderveiledning er at den skal "støtte og styrke foreldrene i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner for egne barn. Det kan forebygge psykososiale vansker hos barn og unge og fastlåste samhandlingsmønstre" (Rundskriv Q-5/97, BFD). Videre heter det at ansvaret for barna og de unge først og fremst er foreldrenes. Det offentliges ansvar er å legge forholdene til rette slik at foreldrene får mulighet til å utøve foreldrerollen på en så god måte som mulig. Programmet for forelderveiledning skal bidra til å skape gode møteplasser der foreldrene kan utveksle erfaringer og ta opp spørsmål om oppdragelse av egne barn. Det er mange eksempler på problemer som kan ramme barn, eller som barnet selv er involvert i. Det kan være manglende foreldresamarbeid eller samlivsbrudd, omsorgssvikt, mobbing og vold, kriminalitet og rusmisbruk hos foreldre eller barnet selv.

Til nå har forelderveiledningsarbeidet i Deanu gielda - Tana kommune fokusert på foreldre til barn i førskolealder, hvor helsestasjonen og barnehagene har vært ansvarlige for dette arbeidet. Med oppstart av Familiesenteret i kommunen er det en mulighet for å utvide og videreutvikle dette arbeidet til å omfatte foreldre til barn og unge i hele grunnskolealderen, og muligens til ungdommen har nådd myndighetsalder slik vi tidligere har vært inne på.

Etableringen av Familiesenteret er beskrevet som eget tiltak i "Plan for psykisk helse 2000-2006. Rullering 2004". Da dette tiltaket er under etablering, vil en i denne planen bare vise til at gjennom Familiesenteret vil en ytterligere fokusere på foreldre som viktige i forebyggingsarbeidet. Dette er et lavterskeltilbud og en møteplass, med kommunale tjenester som svangerskapsomsorg, helsestasjon, åpen barnehage, forebyggende barne- og familievern,

forebyggende pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) og diverse kulturaktiviteter. I tillegg kan andre grupper knyttes til familiesenteret som f.eks frivillige organisasjoner, kulturetat, politi og kirke.

Målet for virksomheten er å ha et helhetlig perspektiv for å fremme god helse hos barn og foreldre, og ikke minst styrke barn og unges oppvekstmiljø.

Tiltak:	Beskrivelse:	Tidsplan	Ansvarlig
5.1	Bevisstgjøre foreldre i deres rolle som forebyggingsaktører gjennom samarbeid og veiledning.	Hele planperioden	Avd.Hjelpetjen. Avd for Helse Andre

Tiltak 5.2: Skolene som forebyggingsarena:

Barn og ungdom tilbringer mye av sin oppveksttid i skolen. Skolen er ikke lenger bare en arena for teoretisk kunnskapsformidling. I innledningen til ny læreplan for grunnskolen, videregående opplæring og voksenopplæringen påpekes det:

Opplæringens mål er å ruste barn, unge og voksne til å møte livets oppgaver og mestre utfordringer sammen med andre. Den skal gi hver elev kyndighet til å ta hånd om seg selv og sitt liv, og samtidig overskudd og vilje til å stå andre bi.

I dette perspektivet har skolen et klart ansvar for holdningsbygging og forebyggende arbeid. I Deanu gieldda - Tana kommune har skolene utarbeidet et opplegg for holdningsskapende undervisning i forhold til alkohol, narkotika og tobakk. Men det vil stadig vær rom for å bedre og videreutvikle eksisterende undervisningsopplegg i forhold til dette temaet.

Fordi skolen er en viktig del av barns og unges oppvekst, er det svært viktig med et godt samarbeid med foreldrene i forhold til det holdningsskapende arbeidet. Noe de nye skoleplaner/ læreplaner legger stor vekt på som en del av skolens arbeid

Det siste året på ungdomstrinnet bør det settes fokus på foreldrenes ansvar for å følge opp ungdommen når hun/ han har flyttet hjemmefra for å gå på videregående skole. Dette kan være et tema elevene skal jobbe med og presentere på foreldremøter, informasjonskriv til hjemmet osv. Et delmål vil være å forebygge og redusere tallet på ungdom som dropper ut av videregående skole.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.2	Videreutvikle og fortsette eksisterende undervisningsopplegg som ANT, prosjektarbeid om rus m.v.	Hele planperioden	Skolene

Tiltak 5.3: Fritids- og kultursektoren som forebyggingsarena:

Deanu gielda - Tana kommune har ulike aktiviteter og tilbud for barn og ungdom. De fleste av disse tilbudene vil kunne virke rusforebyggende i et primærforebyggende perspektiv i forhold til at en meningsfylt fritid er viktig for alle mennesker. Det er likevel ingen garanti at ungdom som benytter seg av kulturaktiviteter ruser seg mindre enn annen ungdom. Det er derfor viktig at alle fritidstilbud, både de i offentlig regi og i frivillige regi, arbeider holdningsskapende i forhold til rusmiddelbruk.

Det vil ikke bli gitt noen omtale av kommunens eksisterende fritidstilbud i sin helhet. Men et viktig tiltak i kommunen er Ungdommens hus i Fosseveien. Her er det også nylig blitt satt opp skateramp. Videre har kommunen andre viktige tiltak som kulturskolen, hvor man kan utfolde seg innen sang og musikk, idrett og teater; SFO og de aktivitetene som legges til der; idrettstilbud som fotball, langrenn, skiskyting, orientering, motorcross, klatring; Skiipagurrafestivalen med ungdomsutveksling; biblioteket m.m.

Gjennom kommunens rusmiddelbudsjett kan det være mulig for frivillige organisasjoner og/eller offentlige tiltak å søke midler til holdningsskapende arbeid. Denne formen for stimulering av fritidssektoren bør fortsette. Andre støtteordninger finner man på Internett, deriblant www.frifond.no som er en statlig tilskuddsordning rettet mot barn og unge der overskuddet av statlige spillemidler fordeles til lokale aktiviteter. Idébanken er en støtteordning for flerkulturelle tiltak blant barn og unge. Denne administreres av Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (www.lnu.no). Videre har Sametinget satt av midler til tiltak for samiske barn og unge (www.samediggi.no), og staten ved Barne- og familiedepartementet (<http://odin.dep.no/bfd>).

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.3 a)	Fortsatt årlig bevilgning av økonomiske midler for gjennomføring av aktivitetstilbud i tilknytning til Ungdommens hus. Bevilgning til rusfrie arrangementer, aktiviteter, m.v.	Hele plan perioden	Kom.styret Utviklings- avdelingen
b)	Nødvendig oppussing på ungdommens hus - Viktig at ungdommen har et rusfritt sted å være, en møteplass.	Hele plan perioden	Utviklings- avdelingen
c)	Handlingsplan for idrett legges til grunn for forebyggende tiltak som krever anlegg/ lokaler knyttet opp mot rusmiddelplanen.	Hele plan perioden	Utviklings- avdelingen
d)	Ungdomskonserter/diskotek - Dette er spesielt viktig i tilknytning til dager/begivenheter der det er erfaring for at det nyttes rusmidler.	Hele plan perioden	Utviklings- avdelingen
e)	Temakvelder på Ungdommens hus - Mulighet for å ta opp aktuelle tema med ungdommene	Hele plan perioden	Utviklings- avdelingen
f)	Videreutvikling av samarbeidet med MOT - Rusforebyggende arrangement i samarbeid med MOT. - Vi trekker inn ambassadører/toppidrettsutøvere fra stiftelsen MOT til ungdomsrettet rusforebyggende seminar.	Hele plan perioden	Utviklings- avdelingen
g)	Ungdomsråd - Barne- og ungdomsrepresentanten fra det politiske miljøet bør sitte som sekretær.	Hele plan perioden	Utviklings- avdelingen
h)	Jenteaktiviteter	Hele plan	Utviklings-

	- Danseprosjekt med eksterne instruktører. Bør gå over en 3-års periode med 4 kurs per år for å sikre kontinuitet og rekruttering. - Utvikle hestemiljøet i Tana.	perioden	avdelingen
i)	Skape kitemiljø i Tana.	Hele plan perioden	Utviklingsavdelingen
j)	Trappe opp arbeidet med å etablere en ungdomsklubb i Austertana (i dagens SFO-bygg	Hele plan perioden	

Tiltak 5.4: Helse- og sosialsektoren som forebyggingsarena:

Legetjenesten er trolig den yrkesgruppen innenfor helse- og sosialsektoren som treffer den største andelen av befolkningen, og som dermed har en spesielt god posisjon i forhold til forebygging av rusmiddelbruk. Legene i Tana gir pasientene god tid i konsultasjonen. De har stort fokus på rusmiddelproblematikken og innehar spesialkompetanse innenfor området. Tana har hatt fastlegedekning i 7 år. Legene har faste morgenmøter hver dag der alle deltar. Der drøftes problemstillinger tilknyttet pasienter og helsemessige forhold. Legetjenesten innehar spesialistkompetanse i samfunnsmedisin. Det er etablert et tett og godt samarbeid med den kommunale psykiatritjenesten, bl.a. med et fast møte med alle legene en gang pr uke.

Det foreligger omfattende dokumentasjon på at systematiske samtaler i helsetjenesten fører til at pasienter med et risikofylt alkoholforbruk reduserer sitt forbruk. Det anslås at slik "**mini-intervensjon**" fra leger og annet helsepersonell medfører opp til 24 prosent reduksjon i alkoholforbruket det første året. Dette er et av tiltakene som regjeringen trekker fram som et særskilt satsingsområde i handlingsplanen mot rusmiddelproblemer (2003-2005). Se også pressemelding nr.5/03 fra Sosialdepartementet.

Helsestasjonen har et unikt utgangspunkt ved at den når alle barn og deres familier gjennom årlige helsekontroller. Den har en viktig rolle i å fremme helse og å forebygge psykiske og fysiske plager hos gravide, barn og unge. Helsesøstre gjennomfører også hjemmebesøk hos alle barnefamilier, og har dermed en mulighet til å få innsyn i hjemmesituasjonen. Det må arbeides med økt bevissthet hos helsesøstre i forhold til observasjoner og kartlegging av uheldig rusbruk.

I Tana kommune har man også Helsestasjon for ungdom. Målet er å gi ungdom en økt helsebevissthet, bedre det psykososiale miljøet og motivere ungdom til å utvikle en helsemessig gunstig livsstil. Dette er et lavterskeltilbud, noe som er viktig i et rusmiddelperspektiv. Helsestasjonen har mulighet til å fange opp ungdom som er ukjente i det øvrige hjelpeapparatet, og som har utviklet et gryende rusmiddelbruk.

Psykiatritjenesten i kommunen driver med oppsøkende arbeid hos sine brukere. Gjennom å oppsøke brukerne i deres miljø får tjenesten et innblikk i miljøet rundt den enkelte. Brukerne av tjenesten har ofte selv dobbeldiagnose psykiatri/ rus, eller oppholder seg/ blir oppsøkt av personer i rusmiljøet. Psykiatritjenesten har gjennom sin posisjon en mulighet til å kartlegge "kjernen" i kommunens rusmiljø.

Hjemmesykepleien har i likhet med psykiatritjenesten sin virksomhet ute blant kommunens innbyggere i deres hjem. Ansatte i hjemmesykepleien får etter hvert et godt innblikk i de forskjellige bygdemiljøene og familiene gjennom sitt arbeid i hjemmet.

Sosialtjenesten i kommunen driver ikke med oppsøkende virksomhet, og kommer av den grunn ikke i kontakt med personer med rusmiddelproblemer før de selv oppsøker tjenesten eller blir henvist av andre instanser. De som selv oppsøker tjenesten kommer ofte i forbindelse med søknad om økonomisk sosialhjelp.

Noen sosialkontor på landsbasis praktiserer metoden ”kort intervensjon” i forbindelse med kartlegging av rusbruk hos klientene. Denne metoden er antakelig identisk eller tilnærmet lik ”mini- intervensjon” som regjeringen i sin handlingsplan foreslår at den tas i bruk blant helsepersonell.

Barnevernstjenesten er den tjenesten i kommunen som andre instanser er lovpålagt å melde til dersom det er mistenke om at barn lever under bekymringsverdige forhold. På denne måten kan barnevernstjenesten komme i kontakt med familier hvor enten foreldrene (en eller begge) eller barnet selv har et rusmiddelproblem.

Barnevernstjenesten skal i sitt kartleggingsarbeid ta opp temaet rusbruk under samtaler med familiene. Det er varierende praksis blant saksbehandlere *når* og *om* temaet rus i familier blir tatt opp i en kartleggingen av en barnevernssak.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.4 a)	Bevisstgjøring på rus gjennom bruken av ”mini-intervensjon” (AUDIT) som arbeidsredskap innen helse- og sosialsektoren	Plan perioden	Avd. Helse Avd.Hjelptj.
b)	Foreta en ny kartlegging blant ungdoms rusbruk og kartlegge det etablerte rusmiljøet. *kartlegging blant ungdom kan være en studentoppgave i regi av HIF. *kartleggingen av det etablerte rusmiljøet utføres av psykiatritjenesten og sosialtjenesten.	Plan perioden	Avd. Hjelptj

Tiltak 5.5: Andre forebyggingsarenaer.

Lensmannsetaten har i flere år jobbet med holdningsskapende - og opplysningsarbeid rundt rusbruk og rusmidler for elever i de forskjellige skolene, og for foreldre. Dette arbeidet er et viktig bidrag i et forebyggingsperspektiv, og bør fortsatt være en del av arbeidet ved Lensmannskontoret.

Lensmannskontoret jobber også forebyggende ved uniformert å besøke utestedene i åpningstiden.

Syssetting bidrar til å øke kompetanse og skape struktur i tilværelsen i den enkeltes liv. Ved siden av økt selvfølelse gjennom læring og mestring gir det også en følelse av å være samfunnsnyttig. Det er ikke eget arbeidskontor i kommunen. Tana kommune hører til under Aetat i Vadsø. Dette forutsetter at arbeidssøkere i stor grad må bruke Internett for jobbsøk, og det er ikke alle som er like kyndige i søk på data. Spesielt ikke eldre arbeidssøkere. Samtaler med aetats konsulenter foregår hovedsaklig pr. telefon, men ved registrering som arbeidssøker

bør det være personlig oppmøte i Vadsø. **Info Nuorra/ ung info** er et tilbud rettet mot ungdom i kommunen, og er et viktig sysselsettingstiltak for denne gruppen. Her er det mulighet til å bruke to PC'er som er tilkoblet Internett hvor det er muligheter for jobbsøk, skrive jobbsøknader eller skoleoppgaver. Her får ungdom også informasjon om skole-/ studieplasser og om jobbtilbud i kommunen.

AKAN står for Arbeidslivets Komité mot Alkoholisme og Narkomani. Formålet med AKAN er å forebygge rusmiddelproblemer i arbeidslivet, samt bidra til at ansatte med rusproblemer får hjelp tidligst mulig. Ansatte som på grunn av rusmisbruk får problemer med arbeidsutførelsen, skal ha et tilbud om bistand før evt forføyninger vurderes. AKAN blir et viktig bindeledd mellom arbeidsgiver og ansatte i en slik prosess, og det bør derfor være en AKAN-kontakt i kommunen med kompetanse og interesse for arbeid med rus.

Klinikk Nord i Rustefjelbma innehar unik kompetanse innenfor rusmiddelproblematikk. De tilbyr, i tillegg til behandlingsplasser, deltakelse i undervisningsopplegg i skolene i Tana hvor rusmiddelbruk er tema. De har ukentlige AA-møter (anonyme alkoholikere) som er åpne for mennesker med rusmiddelproblemer.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.5	Lensmannsetaten fortsetter sitt opplysnings- og holdningsskapende arbeid overfor foreldre og elever.	Plan perioden	Lensmannsetaten
a)	Info Nuorra/ Ung Info opprettholder sitt eksisterende tilbud som et minimumstilbud.	Plan perioden	Utv.avd Kom.styret
b)	Videreutvikle AKAN-arbeidet i kommunen.	Plan perioden	Pers.avd AMU
c)	Etablere samarbeid med Klinikk Nord for deltakelse i undervisningsopplegg med rusmiddelbruk som tema	2005	Hjelpetjenst. Rusteam
d)	Stille møtelokale ved Familiesenteret til disposisjon for Klinikk Nord's ukentlige AA-møter	Plan perioden	Hjelpetjenst.

Tiltak 5.6: Fokus på rusarbeid i rusteam og tverrfaglig team.

I forrige planperiode ble det vedtatt at det i løpet av våren 2001 skulle etableres et fast, tverrfaglig rusteam. Rusteamet ble ikke etablert, mye grunnet lite personalressurser. Dette tiltaket prioriteres igangsatt i løpet av vårhalvåret 2005. Teamet skal bevirke økt bevissthet og holdninger hos voksenpersoner som kan være med å utvikle en sunn og rusfri livsstil hos ungdom i Tana. Teamet skal være bredt sammensatt med representanter fra: Hjelpetjenesten, utviklingsavdelingen, skolen, helsestasjonen, lensmannsetaten, foreldre, kirken og ungdomsrepresentant(er). Teamet skal ha regelmessige møter, minimum 4 i året. Videre skal det ha en kontrollfunksjon ved å påse at den rusmiddelpolitiske handlingsplanen blir fulgt opp, og at forebyggende arbeid/tiltak blir utført på riktig sted til riktig tid. Teamet skal evaluere tiltakene fortløpende. Koordineringsansvaret er satt til Hjelpetjenesten, da dette er en oppgave som hører inn under ruskonsulentens arbeidsoppgaver.

Det ble etablert en tverrfaglig gruppe våren 2003 etter et kurs i regi av Fylkesmannen i Finnmark. Formålet var å danne tverrfaglige grupper i alle kommuner i Finnmark med tanke på beredskaps- og forebyggingsarbeid i forhold til overgrep mot barn. I Tana kommune

hadde det lenge vært et ønske om å etablere en kommunal tverrfaglig gruppe hvor kunnskap om barn i kommunen og deres behov ble satt på dagsorden. Formålet med gruppen var å gi råd og veiledning rettet mot barnehager og skoler, samt kursing innen arbeid med barn. Denne gruppen er nå etablert, og det er tenkt at gruppen skal bruke Familiesenteret når det arrangeres møter og kurs. Etableringen av denne gruppen gjør det mulig å sikre at det settes jevnlig fokus på rusproblematikk i et tverrfaglig forum.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.6 a)	Etablering av rusteam	Vårhalvåret 2005	Avd. hjelpetj.
b)	Tverrfaglig gruppe har rus som tema minimum 1 gang i året	Hele plan perioden	Tverrfaglig gruppe

Tiltak 5.7: Salgs- og skjenkepolitikk.

Rusmiddeldirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet har utviklet prosjektet *Ansvarlig vertskap*. Dette er prøvd ut i forskjellige kommuner i Norge. Hovedmålet er å redusere rusrelatert vold i og utenfor serveringssteder. Ansvarlig vertskap-programmet kan gjennomføres som prosjekt mellom serveringsbransjen, kommunen og politiet.

Tana kommune ønsker å ha en helhetlig, ansvarlig og forebyggende rusmiddelpolitikk. Når det gjelder salgs- og skjenkepolitikken bør det ikke settes noen grense for antall bevillinger, men opplæringen til bevillingshaverne må styrkes. I dag må bevillingshaverne kun opp til en skriftlig prøve før de får den tildelte bevilling. Dette er ikke tilfredsstillende.

For å bedre dette må Tana kommune etablere prosjektet *Ansvarlig vertskap*. Dette er et prosjekt som skal være et samarbeid mellom Tana kommune, skjenkestedene, det lokale politiet og andre aktuelle parter. Prosjektet skal være rettet mot (1) opplæring i ansvarlig alkoholservering for personell ved serveringssteder og mot (2) rutiner for å følge opp at lovverk og regler for ansvarlig alkoholservering blir fulgt i praksis. Opplæringen skal omfatte serveringspersonell, dørvakter og eiere av serveringssteder og skal fokusere på virkninger av alkohol, alkoholrelaterte problemer (skader og vold), alkohollovgiving og konflikthåndtering.

Hovedmålet med dette prosjektet må være:

Ansvarlig vertskap er å forebygge og redusere rusrelatert vold i tilknytning til skjenkesteder.

Som ledd i å nå hovedmålet må disse delmål gis i prosjektplanen:

- 1) Øke bevissthet hos bevillingshavere, ledere og ansatte på serveringssteder om deres ansvar i spørsmål om alkohol og vold.
 - a) Øke kjennskap til lovverket/ skjenkebestemmelsene.
 - b) Spre kjennskap til prosjektet Ansvarlig vertskap blant ansatte ved serveringssteder
- 2) Øke de ansattes kunnskaper og gi dem opplæring i å identifisere og håndtere risikosituasjoner for vold.
- 3) Servere alkohol i tråd med gjeldende lovverk og kommunale bestemmelser.
 - a) Redusere overskjenking
 - b) Forhindre skjenking til midreårige.

- 4) Gjennomføre informasjonskampanje overfor restaurantgjester.
- 5) Få med alle skjenkestedene i kommunen
- 6) Gjøre bevilingshaverne klar over kommunens rusmiddelpolitikk ved å informere dem om kommunens rusmiddelplan.
- 7) Gi serveringsstedene et "eierskap" til prosjektet, ved å la dem være med på å utforme den lokale tilpasningen av *Ansvarlig vertskap*.
- 8) Øke samarbeidet mellom politiet og bransjen.

Det må nedsettes en prosjektgruppe som skal jobbe videre med den lokale tilpasningen av prosjektet *Ansvarlig vertskap*. Det må også nedsettes en styringsgruppe ledet av hjelpetjenesten ved rusmiddelkonsulenten som skal sørge for gjennomføring av prosjektet.

Dette kommer i tillegg til at kontrollfunksjonen i kommunen skal økes. Samlet vil dette være et godt tiltak for å redusere problemer som følger av alkoholserving.

Tana kommune kan i liten grad innvirke i forhold til begrensning av tilgangen på rusmidler. Dette arbeidet hviler i hovedsak på lovgivende myndigheter, politi og tollmyndighetene. Det kommunen har innvirkning på er den kommunale salgs- og skjenkepolitikken. Dette har likevel sin begrensning fordi lovlig framstilt alkohol er legal salgsvare i Norge. Kommunen kan imidlertid ha innvirkning på hvem, hvor og når alkoholvarer kan selges, og utarbeide et kontrollsystem som ivaretar alkohollovens intensjoner. Dagens antall er 5 salgssteder fordelt med 1 i Sirma, 3 ved Tana bru, 1 i Austertana. Det er 6 skjenkesteder fordelt med 1 i Levajok, 1 i Polmak, 1 i Austertana og 3 ved Tana bru. Det har vært praktisert maksimal åpningstid, det vil si at skjenkestedene skal være stengt senest kl 03.00. Begrunnelse for dette har vært at det kan bli oppsamling rundt utestedene, noe som kan medføre økte uroligheter og at det er større sjanser for etterpåfester og dermed lengre drikketid. Politikere som deltok på russeminaret 16.03.05 stilte spørsmål om någjeldende maksimaltid fungerer etter hensikten. Nå kommer hovedtyngden av gjestene etter kl 24.00, åpningstiden kan fremme en kultur på å forskyve besøket på utestedene til et senere tidspunkt. Lensmannen har observert mye fyll på utestedene, noe som relateres til drikkekulturen i Tana; folk drikker seg opp hjemme til rundt midnatt før de går ut. De kan være overstadig beruset og likevel slippe inn på utestedene.

Et viktig virkemiddel er regelmessige kontroller av salgs- og skjenkesteder for å sikre at det ikke foregår salg og skjenking til mindreårige og åpenbart berusede personer. I tillegg er dette kontroll av at åpningstiden blir overholdt. Tromsøfirmaet Alkokontroll A/S utfører kontrollen av salgs- og skjenkesteder i Tana kommune. Kontrollene blir gjennomført tre ganger årlig, noe som er lovens minimum. Det ble i den forrige rusmiddelpolitiske handlingsplanen påpekt at denne kontrollen ikke var tilfredsstillende. Her ble det stilt spørsmål ved om kommunen fikk "valuta for pengebruken" da prisen pr. kontroll lå på ca. 12.000,- kroner, og utførelsen av arbeidet ikke syntes å holde tilfredsstillende kvalitet. Kontrollene skjedde ved at alle salgs- og skjenkestedene i kommunen ble oppsøkt i løpet av en dag. Som oftest hadde ikke serveringsstedene kunder på kontrolltidspunktet. I tillegg ble det påpekt at skjemaene var manglende utfylt. I planen ble det foreslått at kontrakten med Alkokontroll A/S ble sagt opp, og at det ble foretatt en nytlysning. Evt at kommunens eget kontrollutvalg kunne gjennomføre kontrollene i kommunen (i det nye lovforslaget er det imidlertid foreslått å fjerne pålegget om kontrollutvalg). Kontrollene er fortsatt ikke tilfredsstillende, og det bør vurderes andre alternativ som for eksempel nytlysning, kontrollfunksjonen plasseres i en eller flere etater (rullering av kontrolloppgaven), interkommunalt samarbeid vedrørende kontrollfunksjonen m.v.

I Odelstingsproposisjon nr. 86 (2003-2004) *Om lov om endring i lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. og enkelte andre lover*, er det foreslått lovendringer som vil gi kommunen større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid ut fra en vurderingen av lokale forhold. Det er foreslått å fjerne begrensningene i kommunenes adgang til å delegerer myndighet etter alkoholloven, samt fjerne pålegget om kommunale kontrollutvalg. Det antas at endringen vil bidra til å legge bedre til rette for interkommunalt samarbeid i forvaltningen. Ot.prp. ønsker å presisere at forbudet mot salg og skjenking av alkohol til åpenbart berusede personer også gjelder personer som er påvirket av andre rusmidler enn alkohol. Det ble videre foreslått å åpne for at det i forskrift kan fastsettes nærmere regler om at kommunen under sin kontroll kan kreve legitimasjon av styrer og stedfortreder. Dette for å sikre at de som har den reelle kontrollen med salg og skjenking faktisk er de personer som kommunen har godkjent. Ot.prp. foreslår også blant annet å benytte forskriftshjemmelen til å fastsette krav om at bevillingshaver skal føre intern-kontroll med virksomheten. Det foreslås å sikre at kommunens kontroll med bevillingen inkluderer adgang til virksomhetens lokaler og regnskap.

Flere forslag til endringer i alkoholloven er lagt som vedlegg til denne planen. Intensjonen med forslagene er at det skal gi kommunen økte muligheter til å føre effektiv kontroll, mens det samtidig blir ryddet opp i regelverket og gjort forenklinger ved at unødvendige bestemmelser blir fjernet fra lovverket.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.7a)	Tidligere vedtak vedr utsalgsbevillinger endres ikke. Det settes ingen øvre grense for antall salgsbevillinger.	Hele planperioden	Kommunestyret
b)	Tidligere vedtak vedr. skjenkebevillinger endres ikke. Det settes ingen øvre grense for antall skjenkebevillinger.	Hele planperioden	Kommunestyret
c)	Tiden for salgsbevillinger beholdes slik den praktiseres i dag: kl 09.00 – 20.00	Hele planperioden	Kommunestyret
d)	Tiden for skjenkebevillinger beholdes slik den praktiseres i dag: vin og øl kl 06.00 – 02.30, brennevin kl 13.00 – 01.00	Hele planperioden	Kommunestyret
e)	Det utstedes 2 ambulerende bevillinger og bevillinger til sluttede selskap. De ambulerende bevillinger delegeres til administrasjonen. Det må presiseres at 2 ambulerende bevillinger er for arrangementer på samme dag. Skjenkebevillingene gis fortrinnsvis til allerede eksisterende bevillingshavere der dette er mulig (slik at næringsutøvere i yrket ikke blir presset ut av for eksempel kommunale arrangement).	Fra 15.04.2005	Kommunestyret
f)	Søke en bedre løsning på kontrollen på salgs- og skjenkesteder, og på sikt si opp avtalen med Alkokontroll AS.	I løpet av planperioden	Kommunestyret
g)	Vurdere interkommunalt samarbeid vedrørende kontrollfunksjonen.	I løpet av planperioden	Kommunestyret
h)	Etablere prosjektet Ansvarlig vertskap	I løpet av planperioden	Kommunestyret
i)	Starte dialog med dagligvarebransjen om plassering av alkoholholdige drikker.	I løpet av planperioden	Kommunestyret

Tiltak 5.8: Vernede bo- og omsorgstiltak (Boligprosjektet).

Deler av dette tiltaket er beskrevet i Deanu gielda - Tana kommunes *Plan for psykisk Helsevern 2000-2006, Rullering 2004*.

I sosialtjenesten gjør man erfaringer med at noen av rusklientellet stadig blir ”tyngre” og disse får mer sammensatte problemer. Noen har betydelige psykiske problemer eller andre problemer kombinert med et rusmiddelproblem. For enkelte er de psykiske problemene det primære og rusen mer et symptom. Dette gir spesielle behandlingsutfordringer, og denne gruppen har en tendens til å falle mellom to stoler. Psykiatrien vil ikke behandle disse pasientene fordi de ruser seg, noe som vanskeliggjør samarbeidet med pasienten og gir lite fremdrift i behandlingen. Russektoren på sin side har problemer med disse klientene fordi de har så lavt fungeringsnivå at de ikke fungerer innenfor russektorens tiltaksapparat.

En helt nødvendig forutsetning for å bli rusfri er å ha et sted å bo, noe arbeidet med lovpålagte individuelle planer vil påpeke. Boligssituasjonen for denne gruppen har over lengre tid vært prekær. Det er ikke lett å skaffe verken kommunale boliger eller boliger på det private leiemarkedet. Boligssituasjonen for rusmiddelmisbrukere må løses både på kort og lengre sikt. Dette kan bety at kommunen må vurdere å bygge eller leie boliger til denne gruppen i den selveide boligmassen i kommunen. En løsning kan være boliger tilknyttet miljøarbeidertjeneste. En slik tjeneste vil hindre at boligene får ren hospitseffekt, hvor de som ønsker å komme ut av rusmisbruket eller reduserer det, stadig får uønsket besøk fra rusmiljøet. Dette ville være en vernet boform med botrening i en overgangsperiode før de flytter videre i vanlige leiligheter/ boliger med mindre omfattende oppfølging.

I *Boligsosial Handlingsplan* ble det foretatt en helhetlig kartlegging av boligbehovet hos personer som av ulike årsaker selv ikke klarer å skaffe seg bolig. Kommunes boligmasse har vært tildelt mennesker som av ulike årsaker ikke er i stand til å skaffe seg bolig på egen hånd. Brukere med ulike problemer bor i samme boområde, noe som har medført en del uro. Kartleggingen viser at det er behov for å bygge flere boliger til mennesker med psykiske lidelser. Noen av disse bør ligge noe skjermet til slik at det er noe avstand til, og at det er mulig å skille fra, de mest urolige miljøene. Det er videre behov for boliger til personer med rusproblemer som i perioder kan karakteriseres som bostedsløse.

I St.meld. nr.23 (2003-2004) *Om boligpolitikken* ses det på hvordan statlige og lokale aktører kan samarbeide for å bekjempe bostedsløshet. I meldingens kapittel 5 ses det på de vanskelighetsstilte på boligmarkedet, innbefattet rusmiddelbrukere. Kartlegginger utført i forbindelse med de lokale boligsosiale handlingsplaner viser at mange av de som står i fare for å miste boligen sin, dersom kommunene ikke går inn med tiltak, har et rusproblem. I slike tilfeller kan oppfølging i boligen være en del av den individuelle planen.

Tana kommune har fått tilskudd fra Husbanken til bygging av åtte skjermede boliger. Kommunen er i gang med planleggingen seks av disse boligene. I løpet av 2005 skal det avgjøres hvor de to siste boligene skal lokaliseres. Disse to boligene bør vurderes til bruk for personer med rusproblemer, evt kombinasjon rus/ psykiatri. Dette kan være boliger som anses som vernede bo- og omsorgstiltak spesielt for rusmisbrukere som ikke passer i det ordinære boligmarkedet.

Tiltak:	Beskrivelse:	Tidsplan:	Ansvarlig:
5.8	Planlegge to boliger spesielt for rusmisbrukere med byggestart 2005.	I løpet av 2005	Avd. Hjelpetj. Avd. Bolig

Tiltak 5.9: Videreutvikle Tana Arbeidsservice AS som en del av ettervernet/ rehabiliteringstiltak.

Sysselsettingstiltak kan være en del av habiliteringen/ rehabiliteringen. Men det viser seg imidlertid i praksis at de som ruser seg ikke er spesielt ønsket i sysselsettingstiltak verken i arbeidskontorets eller kommunal regi. Grunnen til dette er at deres rusmisbruk kan virke uheldig inn på andre i slike tiltak.

Tana Arbeidsservice AS er et interkommunalt aksjeselskap som eies av Tana kommune og Berlevåg kommune. Dette er et sysselsettingstiltak for yrkeshemmede, hvor målet er å bringe folk tilbake til arbeidslivet. Her blir det foretatt en arbeidsutprøving med henblikk på å kartlegge restarbeidsevne, den enkeltes mulighet for annet arbeid, attføring eller uføretrygd. Tana Arbeidsservice består av et snekkerverksted på Tanahus med 15 tiltaksplasser, hvor det produseres ulike produkter for hjem og hytte, både nytte- og suvenirprodukter. I tillegg er det en avdeling ved Tanabru med 11 vernede arbeidsplasser og en avdeling i Berlevåg med en systue for 5 personer.

Muligheten til deltakelse i et attføringstiltak som Tana Arbeidsservice, kan ha en viktig funksjon i stabiliseringen av de resultater som er oppnådd etter avrusning, poliklinisk behandling eller andre tiltak. Men dette krever at forholdene er tilrettelagt i bedriften som en del av ettervernet/ rehabiliteringen.

I Tana kommune kan vi som i mange andre kommuner i tiden fremover forvente å ha en del ungdommer som bruker illegale rusmidler i helgene, men som ikke er så belastet at de vil profitere på institusjonsopphold. Det er derfor viktig at kommunen bygger opp et tiltak for denne typen ungdom for å snu en negativ utvikling. Tiltaket må settes inn så tidlig som mulig i en påbegynt ruskarriere for å hindre varig utstøtning av arbeidsmarkedet og forsterket rusmisbruk.

Det bør vurderes å opprette en arbeidstreningsgruppe underlagt Tana Arbeidsservice hvor disse ungdommers arbeidstreningsbehov kartlegges. Alternativet er at det søkes om prosjektmidler til oppstart av et slikt kvalifiseringstiltak. I et kvalifiseringstiltak som dette vil ungdom gjennom arbeidsutprøving få styrket sin kompetanse og arbeidsevne, og få en arbeidspraksis å vise til. I tillegg til at det kan bidra til å snu en negativ utvikling med lediggang og rus som hovedsysselsetting. En skjermet virksomhet vil for mange av disse ungdommene være mer hensiktsmessig enn et ordinært arbeidsforhold hvor sanksjonene følger en normal arbeidstakers fungering og forståelse av arbeidslivet. Disse unge vil gjennom sin yrkeshemming, jf. definisjon i *Forskrift om arbeidsmarkedstiltak*, (AAD 2001), stå i fare for å falle ut av arbeidslivet, men hvor det er mulig å hindre en varig utstøtning.

Sosialtjenesten har også opplevd at unge på sin 18-årsdag møter opp på sosialtjenesten med en forventning om at sosial stønad skal være en inntektskilde, uten at det skal stilles vilkår. Et kvalifiseringstiltak ville være et effektivt og egnet vilkår for videre stønad.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.9 a)	Videreutvikle Tana Arbeidsservice AS som en del av ettervernet /rehabiliteringen.	I løpet av plan perioden	Kom.styret i Tana og Berlevåg
b)	Få til et formalisert samarbeid mellom Tana Arbeidsservice og Klinik Nord for å få dagtilbud til bedriftens rusmiddelbrukere	I løpet av plan perioden	Avd. hjelpetj. i samarb. m/ Tana Arbeidsservice
c)	Opprette kvalifiseringstiltak for unge, underlagt Tana Arbeidsservice AS. Evt søke om prosjektmidler til dette formålet.	Plan perioden	Kom.styret Avd. hjelpetj.

Tiltak 5.10: Bruk av stillingsressurser til rusarbeid.

I kapittel 2 har de forskjellige tjenesteområdene fra deres ståsted gitt en beskrivelse av rusmiddelbruken i kommunen, og denne viser at rusmiddelbruken ikke er minkende. Avdeling for hjelpetjenester i Tana kommune møter store utfordringer innenfor alle sine tjenesteområder. Det er viktig at tjenesteområdene har kompetanse innenfor problemfeltet, da alle medarbeiderne vil måtte forholde seg til rusmiddelbrukere enten direkte eller som klienters familiemedlemmer, nærpersoner eller nettverk. Det er viktig at hvert tjenesteområde tar sin del av ansvaret. I det kommunale systemet har det vært forventninger om at en ruskonsulent skal ta seg av alt rusarbeide. Det kan lett føre til at eget ansvar for oppfølging av rusmiddelbrukere blir nedprioritert. Avdeling for hjelpetjenester har, etter avvikspåtale fra Fylkesmannen, utarbeidet rutiner for oppfølging av rusmiddelbrukere. Det legges vekt på kartlegging av nye klienters rusmiddelbruk og livssituasjon. Behov for individuell plan blir vurdert. Det blir gitt tilbud om henvisning til behandling, hjemmehjelp, støttekontakt og miljøarbeidertjeneste. Sosialkonsulent er koordinator i sakene. Det dannes ansvarsgrupper der flere etater er inne i saken. Ruskonsulent bidrar i kartleggingsprosessen og i utarbeidelse av individuell plan. Ruskonsulenten jobber også forebyggende ved å kartlegge rusmiljø, sikre at skoler jobber med temaet, koordinerer en tverrfaglig gruppe som skal jobbe med russpørsmål. Retten til individuelle planer for enkelte rusmiddelbrukere vil utløse et behov for økte ressurser til oppfølgingsarbeid, da særlig ressurser innen miljøarbeid og støttekontaktvirksomhet.

Det er fra tidligere sosial- og helsedepartementet, gjennom St.meld.16 *Narkotikameldingen* og Rundskriv I-21/97 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 1997/98*, fremmet et ønske om å stimulere kommuner til å lage ulike former for spesialisering av russektoren. Departementet har ønsket å stimulere større kommuner til spesialisering av sosialtjenesten for rusmiddelmisbrukere, mens mindre kommuner oppfordres til interkommunale samarbeidsordninger for utnytting av spesialkompetanse. Dette åpner for muligheten til å vurdere et interkommunalt samarbeid innen russektoren med tanke på forebyggende arbeid og behandlingsarbeid.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.10a)	Tilsette ruskonsulent i 30%-stilling	1. halvår 2005	Avd. for hjelpetjenster
b)	Øke stillingsressurser til oppfølgingsarbeid.	Plan perioden	Kom.styret
c)	Vurdere interkommunalt samarbeid innen rusarbeid.	Plan perioden	Kom.styret

Tiltak 5.11: Forbedre og videreutvikle ruskompetansen blant tjenesteytere i kommunen.

Det blir flere steder i denne rusmiddelpolitiske planen vist til behovet for, og viktigheten av, å heve kompetansen innen rusarbeid (både den formelle og uformelle kompetansen) for de ansatte i Deanu gielda - Tana kommune. Det er et konstant behov for å opprettholde og utvide

kompetansen hos de som arbeider direkte med rusmiddelmissbrukere, men også for ansatte innen andre tjenesteområder.

Det er viktig å fortsette kompetansehevingen for de som arbeider forebyggende og behandlende med rusmiddelmissbrukere. Spesielt er det viktig å gi ansatte som arbeider i barne- og ungdomsmiljøer i kommunen et godt faglig grunnlag for å oppdage og å forebygge ungdommenes bruk av rusmidler.

Opplæring innen rusarbeid kan gjennomføres uten store kostnader med interne foredragsholdere fra forskjellige tjenesteområder som helse, sosial, skole, attføringstiltak, kultur osv. Denne opplæringen bør også de folkevalgte i kommunen få tilbud om å delta på.

For lettere å finne den kompetansen det søkes etter, bør det lages en kompetanseoversikt innen rusarbeid.

Tiltak	Beskrivelse	Tidsplan	Ansvarlig
5.11a)	Kursing/ etterutdanning innen rusarbeid.	I løpet av plan perioden	Avd. personal
b)	Lage kompetanseoversikt over eksisterende kompetanse i kommunen.	I løpet av plan perioden	Avd. personal

VEDLEGG:

Gjeldende bevillingspolitikk i Deanu gielda - Tana kommune.

Salgsbevillinger for øl – gjennomført praksis

På grunnlag av innkomne søknader om salg av øl i skatteklasser 2 i forbindelse med dagligvareforretninger, har det vært gitt bevilling til de som har søkt. Høringsinstans er politiet og sosialtjenesten.

Skjenkebevillinger – gjennomført praksis

Overnattings- og spisesteder /pub / kro /fjellstue med hotell / restaurantstatus har etter søknad fått bevilling for skjenking av øl, vin og brennevin med de samme obligatoriske høringsinstanser som over.

Det er ikke vedtatt noe øvre grense på antallet salgs- og skjenkebevillinger i Tana kommune.

Det har ikke vært praktisert bevillinger til sluttet selskap og ambulerende bevillinger.

Kontrolltiltak

Tana kommune har engasjert Alkokontroll fra Tromsø som eksterne kontrollører etter kontrakt datert 01.01.98. Kontrakten gjelder for 1-ett- år ad gangen med 3- tre- måneders oppsigelse. Det skal utføres 3 kontroller pr. år, kr. 12.000,- pr. kontroll, totalt kr. 36.000,- pr år.

Skjenkeavgifter

Gebyrer for salg og skjenking av alkoholholdige drikker reguleres av forskrift til alkoholoven av 11.12.97.

Kap. 11 Gebyr på kommunal salgsbevilling for øl og på kommunal og statlig bevilling for skjenking av alkoholholdig drikk. Gitt med hjemmel i § 7-1 annet ledd.

§ 11.1 Bevillingsgebyret fastsettes for ett år av gangen for hver enkelt bevilling på grunnlag av forventet omsatt alkoholholdig drikk.

§ 11.2 Gebyret skal betales etter følgende satser:

Salg av øl:

kr. 0,31 pr. vareliter øl

Skjenking av alkoholholdig drikk:

kr. 0,31 pr. vareliter øl

kr. 0,73 pr. vareliter vin

kr. 2,71 pr. vareliter brennevin

Bevillingsgebyret utgjør pr år minimum kr. 1.000,- for salg og kr. 3.000,- for skjenking.

Ved årets utløp skal bevillingshaver sende inn oppgave over faktisk omsatt alkohol i vareliter. Dersom det forligger avvik mellom tidligere oppgitt forventet omsetning og faktisk omsetning, kan bevillingsmyndigheten foreta en etterberegning og et etteroppgjør.

Kort om noen foreslått lovendringer i Ot.prp. nr. 86:

I Odelstingsproposisjon nr. 86 (2003-2004) ”Om lov om endring i lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. og enkelte andre lover”, er det foreslått lovendringer som vil gi kommunen større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid ut fra en vurderingen av lokale forhold.

Det ble derfor foreslått å fjerne begrensningene i kommunenes adgang til å delegerer myndighet etter alkoholloven og pålegget om kommunale kontrollutvalg. Det antas at endringen vil bidra til å legge bedre til rette for interkommunalt samarbeid i forvaltningen. Og for å sikre politisk styring med forvaltningen av alkoholloven i kommunene, ble det foreslått å opprettholde bestemmelsen om kommunal alkoholpolitisk handlingsplan.

For å bedre kommunenes muligheter til å avdekke stråmannsvirksomhet med videre, ble det foreslått at hjemmelen til å vurdere vandelen til aktører i virksomheten utvides noe, samtidig som vandelskravet skal harmonisert med vandelskravet i serveringsloven. Videre ble det foreslått at kommunen skal kunne kreve at bevillings søker fremlegger finansieringsplan mv. før bevilling kan gis. Det ble foreslått også å åpne for at det i forskrift kan fastsettes nærmere regler om at kommunen under sin kontroll kan kreve legitimasjon av styrer og stedfortreder – dette for å sikre at de som har den reelle kontrollen med salg og skjenking faktisk er de personer som kommunen har godkjent. Videre ble det foreslått å benytte forskriftshjemmelen til å fastsette krav om at bevillingshaver skal føre intern-kontroll med virksomheten. Det foreslås også å sikre at kommunens kontroll med bevillingen inkluderer adgang til virksomhetens lokaler og regnskap.

Det ble foreslått å utvide ny eiers adgang til å drive på gammel eiers bevilling i de tilfeller hvor ny eiers søknad om bevilling ikke er behandlet i løpet av de tre måneder som ny eier i dag kan drive på gammel eiers bevilling. Det ble videre foreslått å presisere at forbudet mot salg og skjenking av alkohol til åpenbart berusede personer også gjelder personer som er påvirket av andre rusmidler enn alkohol. Videre en presisering av at det kun skal kunne gis flere skjenkebevillinger til samme lokale til én bevillingshaver.

For å følge opp regjeringens Handlingsplan mot rasisme og diskriminering (2002-2006), ble det foreslått å innføre hjemmel til å inndra bevilling på grunn av diskriminering ved skjenkestedet, såkalt utestedsdiskriminering.

Intensjonen med forslagene var at det skulle gi økte muligheter for kommunen til å føre effektiv kontroll, mens det samtidig ble ryddet opp i regelverket og gjort forenklinger ved at unødvendige bestemmelser ble fjernet fra lovverket.

En del av de forenklinger og presiseringer som departementet omtaler i notatet, innebærer forslag til endringer i forskrift 11. desember 1997 nr. 1292 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (heretter kalt alkoholforskriften). Blant annet varsles det at departementet tar sikte på å øke bevillingsgebyrene for salgs- og skjenkebevillinger. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette og behovet for ytterligere forskriftsendringer i forbindelse med den forskriftsrevisjon som vil etterfølge lovrevisjonen.

Ansvarlig vertskap

Pilotprosjekt i Kristiansand

Pilotprosjektet i Kristiansand 1997-1998 ble gjennomført med gode erfaringer. I prosjektet deltok Kristiansand kommune, politiet, Hotell- og restaurantarbeiderforbundet (HRAF), Reiselivsbedriftenes landsforening (RBL) og flertallet av serveringssteder i Kristiansand.

Evalueringen viste at prosjektet hadde medført:

- større bevissthet om problematikken overskjenking / vold
- økte kunnskaper om lover og regler
- bedre dialog og forståelse mellom bransjen, politiet og kommunens kontrollører, politikere og administrasjon.

I løpet av prosjektet fikk ansatte og ledere på serveringssteder tilbud om en undersøkelse, opplæring og temamøter. Serveringsstedene delte ut informasjons- og pr-materiell for sine ansatte og gjester, og hadde felles kampanje "Ansvarlig vertskap". Det var flere innslag i lokal media om prosjektets temaer.

Et sammendrag av prosjektet er utgitt i NAD-publikasjon 38/2000 Lokalt alkohol- og drogförebyggende arbete i Norden.

Kartleggingen av restaurantbransjens erfaringer i Bergen

I rapporten "Hvordan motvirke alkohol-, narkotika- og voldsproblemer i forbindelse med alkoholserving? En kartlegging av restaurantbransjens erfaringer i Bergen" er problemene kartlagt. Tre av fire utesteder i Bergen har svart på undersøkelsen, som blant annet viser følgende:

Vold

- * 73% av dansestedene og halvparten av barene har tilkalt politi de siste 12 mnd.
- * Halvparten av utestedene, og ni av ti dansesteder har opplevd episoder meg vold eller aggresivitet de siste 12 månedene.

Overskjenking

- * Over 90% mener overskjenking har betydning for omdømme
- * 87 % er enig i at høyt inntak av alkohol øker risikoen for voldshandlinger
- * 80% er helt eller delvis uenig i at gjestene drikker mest like før stengetid
- * 63% mener det er vanskelig å bedømme hvor beruset gjestene er
- * Bare 6% mener det skjer ofte at gjester blir aggressive når de nektes mer å drikke, men det skjer ofte eller av og til på 60% av stedene med yngre gjester.
- * Over halvparten kommer aldri eller sjelden med anbefaling om alkoholfrie drikker når det nærmer seg stengetid.

Narkotika

Åtte av ti dansesteder, sju av ti puber og halvparten av spisestedene og kaféne har hatt mistanke om narkotikapåvirkede gjester det siste året. Mistanken er tre ganger så høy på steder med gjester under 24 år, enn på steder med klientell over 35 år.

Alle oppgir at narkotikapåvirkede gjester blir bortvist. Noen utesteder kontakter politiet, noen nekter vedkommende adgang for all tid. De skiller seg mellom "narkomane", som ingen utesteder ønsker som gjester og "vanlig folk" som røyker hasj eller andre stoffer som kokain, amfetamin og piller. De fleste utestedene ønsker heller ikke sistnevnte gruppe som gjester. Utestedene er redd for "dealere" som kan følge i kjølevannet av narkotikabrukere, og bruke utestedet til omsetning.

For å forbedre problemene, foreslår utestedene blant annet dette:

Stengetid:

Varierte lukketider der markedet bestemmer åpningtidene, kortere åpningstider (for kortere fyll) eller lengre åpningstid, men stans i alkoholservingen, anbefalinger om alkoholfrie drikker.

Dørvakter:

Vaktene bør informere køen om framdriften i køen , og gjester som skal slippes foran køen bør gå egen inngang. Bruke faglærte, godt synlige vakter med plettfri vandel, som ikke provoserer til bråk. Dørvaktsplikt for utesteder mye mange gjester. Flere kvinnelige dørvakter.

Opplæring:

Bedre opplæring i lovverk, gjestebehandling, rusmidler, livredding og konflikthåndtering. Et problem er den store turnoveren i utelivsbransjen, med mange deltidsansatt, gjerne studenter som ser på jobben som midlertidig.

Reagere raskt:

Høflige signaler til overberusede gjester og gratis kaffe til dem som begynner å nå grensen. Være streng for å unngå overskjenking. Ikke slippe inn gjester som erfaringsmessig oppfører seg voldelig. Raske reaksjoner fra personalet.

Straff og kontroll:

Strengere straffer fra politiets side, flere kontroller av skjenkesteder, øke samarbeidet med politi og myndigheter og sette inn krefter på de mest problematiske stedene.

Slikt prosjektsamarbeid mellom myndigheter og restaurantbransjen er nytt i Norge. I stedet for å fokusere på kontrollen, kan samhandlingen forbedres gjennom tiltak som synliggjør serveringsstedenes ansvar, kunnskaper og seriøsitet på en positiv måte. Det er utarbeidet materiell om temaet "Ansvarlig vertskap" / ansvarlig alkoholhåndtering.

Direktoratet vil starte nye lokale "Ansvarlig vertskap" -prosjekter også i andre kommuner.

Er du interessert, kontakt Marianne Virtanen i Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for rusmidler tlf: 22 24 63 87.