

Redusert bruk av
rusmidler skaper økt
trygghet og trivesel



Rusmiddelpolitisk handlingsplan

2012-2015



KARMØY
KOMMUNE

Kommunen som vil at du skal lykkes!

1 INNLEDNING

1.1 Om planlegging av edruskap

Det vil være en drøy påstand at en gjennom eksempelvis kommunale planer kunne forutbestemme hvor omfattende rusmiddelbruk og –problemer en skulle få. Det er likevel viktig å holde fast på at et planmessig systematisk og langsiktig arbeid med de rette virkemidlene og optimalt samspill mellom tilgjengelighet og andre forebyggende aktiviteter vil ha sterk innvirkning på problemenes art og omfang. En fungerende rusmiddelpolitisk handlingsplan vil derfor være et viktig redskap i arbeidet for å skape trygghet og trivsel i kommunen.

1.2 Forankring av planen

1.2.1 ALKOHOLLOVEN

Alkoholloven slår fast at alle kommuner skal utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner. I sin veileder for slike planer, argumenterer Sosial- og helsedirektoratet for å at det bør være en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan.

1.2.2 TIDLIGERE RUSMIDDELPOLITISKE PLANER

Karmøy kommune har siden 1990 hatt ei tverretattlig styringsgruppe for arbeid med barn og unge, og fra 2002 også etablert SLT-modell (Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak).

Den tverretattlige styringsgruppa hadde ansvar for utarbeiding av aksjonsplan mot rusmiddelbruk mot år 2000, som ble vedtatt i kommunestyret i februar 1997.

I forlengelsen av denne aksjonsplanen, utarbeidet den tverretattlige styringsgruppa i samarbeid med leder for sosialtjenesten forslag til en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan for 2000-2002 som ble vedtatt i kommunestyret i oktober 2000.

Da denne planen, i henhold til vedtak fra oktober 2000 skulle vurderes i 2002, var SLT-modellen etablert i kommunen. SLT-systemet omfatter ei styringsgruppe bestående av ordføreren, rådmannen, oppvekst- og kultursjef, helse- og omsorgssjef, teknisk sjef og lensmann og ei arbeidsgruppe med representanter fra oppvekst og kultur, PPT, barnevern, helsetjeneste, teknisk etat, lensmannskontoret, samt SLT-koordinatoren som er sekretariat for ordningen.

I mai 2004 ble det, i tråd med vedtak i sak 0090/02, behandlet en ny plan for perioden 2004-2007.

Planen ble avløst av helt ny plan for perioden 2008-2011 som kommunestyret behandlet 6. mai 2008 som sak 40/08. Der heter det også at planen rulleres innen 1. halvår 2012.

1.3 Lovgivning

At kommunen skal engasjere seg på rusfeltet, er slått fast i flere lover. Det gjelder først og fremst Alkoholloven (Lov om omsetning av alkoholholdig drikk mv.) og den nye folkehelseloven (Lov om folkehelsearbeid).

1.3.1 ALKOHOLLOVEN

I henhold til paragraf 1-1 er formålet med Alkoholloven å regulere innførsel og omsetning av alkoholholdig drikk for å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skadene som alkoholbruk kan innebære. Loven slår fast at begrensning av alkoholforbruket er et ledd i dette.

Kommunen pålegges i henhold til denne loven ansvaret for tildeling av og kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger, samt ta inn gebyr for slike bevillinger. Kommunen skal også avholde kunnskapsprøver, slik at styrere og stedfortredere i virksomheter som har salgs- eller skjenkebevilling kan dokumentere tilfredsstillende kunnskap om alkoholloven og bestemmelser gitt i medhold av den.

I paragraf 1-7d, pålegges kommunen å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Det foreligger imidlertid ingen formelle krav til innholdet i en slik plan.

1.3.2 FOLKEHELSELOVEN

Den nye folkehelseloven har til formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner helseforskjeller. Kommunen har etter denne loven plikt til å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal i henhold til denne blant annet ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene. Det kan være tiltak knyttet til oppvekst- og levekår, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker og bruken av alkohol og andre rusmidler og tobakk. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

1.3.3 ANDRE LOVER

Også i andre lover/forskrifter pålegges kommunen å løse oppgaver på rusmiddelfeltet. De viktigste er

- ◆ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- ◆ Lov om sosiale tjenester i NAV.
- ◆ Lov om barneverntjenester.
- ◆ Lov om vern mot smittsomme sykdommer.
- ◆ Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- ◆ Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringsloven).
- ◆ Læreplanverket for Kunnskapsløftet og Læreplanverket for videregående opplæring.
- ◆ Plan- og bygningsloven.

Videre forutsetter både plan- og økonomilovgivningen for kommunene helhet og sammenheng i planverket, hvilket tilsier at den rusmiddelpolitiske handlingsplanen må samvirke med andre planer kommunen har.

Det omfattende ansvaret kommunene er pålagt i lovs form, viser tydelig at rusmiddelbruk berører mange sider av livet i det moderne samfunnet. Det er ikke entydig et helse- eller sosialtema, men berører eksempelvis også næringspolitikken.

1.4 Kommunens arbeid med planen

Denne planen er i hovedsak en rullering av Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008-2011. Arbeidsgruppa for SLT har fungert som plangruppe og Politirådet som styringsgruppe for planarbeidet. SLT-koordinatoren har ført planen i pennen. Arbeidet med planen har foregått fra august 2011 fram til framleggelse til politisk behandling. Det er lagt vekt på å skape en bred og åpen planprosess der alle aktører på feltet er invitert til å bidra med ideer, erfaringer, ønsker og behov. Dette er forsøkt å få til gjennom blant annet kommunens nettside og tilstedeværelse på sosiale medier, særlig Facebook.

Det er ikke foretatt noen systematisk og gjennomgripende evaluering av Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008-2011. En gjennomgang tilsier at svært mye av planen er mer eller mindre gjennomført. Det er selvsagt helt umulig å si noe om i hvilken grad planen har bidratt til utviklingen på feltet.

Karmøy kommune har nå gjennomført omfattende ungdomsundersøkelser i 2001, 2003, 2005, 2007 og 2009. Det gir oss en unik anledning til å følge ungdomsskolekulla over tid og se utviklingen. Ut fra ungdomsundersøkelsen kan vi slå fast at mye går den rette veien innenfor områder som omfattes av rusmiddelpolitisk handlingsplan. For å ikke miste kontinuiteten i materialet, ble det av økonomiske grunner gjennomført en miniundersøkelse tidlig i 2011. Denne er ikke fullt ut sammenliknbar med de tidligere undersøkelsene. Undersøkelsen tyder på at ungdomsskoleelevenes omgang med tobakk og rusmidler ligger nokså stabilt, men at det snarere har vært en positiv enn en negativ utvikling fra 2009 til 2011.

1.5 Andre relevante planer for Karmøy kommune

1.5.1 KOMMUNEPLANEN

Karmøy kommune har i kommuneplan for 2008-2019 vedtatt å gjøre folkehelse til et satsingsområde. Målsettingen er at det skal arbeides for å oppnå en best mulig fysisk og psykisk helse og god livskvalitet i befolkningen. Arbeidet må omfatte alle grupper, men særlig de som er definert inn under risiko- og utsatte grupper. Reduksjon i bruken av rusmidler er en av utfordringene som er nevnt. Gjennom naturlige kanaler som helsestasjoner, barnehager og skoler, kan en gi foreldre og barn motivasjon til å ha et bevisst forhold til hva kosthold, fysisk aktivitet og rus kan bety for helsa på kort og lang sikt.

En ny kommuneplan som sannsynligvis vil gjelde perioden 2014-25 er under forberedelse.

1.5.2 PSYKIATRIPLANEN

Plan for psykisk helsearbeid 2008-2011 har som visjon at personer med psykiske lidelser skal ha mulighet til full deltaking og likestilling i samfunnet og ha muligheter til å etablere en tilfredsstillende livssituasjon uavhengig av funksjonshemmingen. Barn og unge skal være sikret oppvekstvilkår som forebygger/hindrer utvikling av psykisk lidelse. Barn og unge som er i faresonen skal gis tilbud om tidlig støtte og forebyggende hjelp. Barn og unge med psykiske/psykososiale vansker skal sikres gode oppvekst- og opplæringsbetingelser med mulighet for utnyttelse av sitt utviklingspotensial. Kommunen skal bidra aktivt til å forebygge at psykiske lidelser oppstår.

I planen er brukere med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer blant de prioriterte målgruppene. I planperioden er det særlig behov for tiltak som gjør det mulig å integrere dem i lokalmiljø.

En ny plan for rus og psykisk helse er under utarbeidelse.

1.5.3 BOLIGSOSIAL HANDLINGSPLAN

Karmøy kommune har en boligsosial handlingsplan for 2009-2012. Den har følgende hovedmål:

- Å sørge for god utnyttelse av boligmassen kommunen eier eller disponerer
- Å få aktiv og samordnet bruk av tilskudd/låneordninger og andre virkemidler
- Å skaffe tilstrekkelig antall ulike boliger
- Å ha tilstrekkelig personalressurser til booppfølging
- Å få til effektiv ansvars- og oppgavefordeling innen kommunens boligsosiale arbeid.

Kostra-tall skulle i 2007 tilsi at det var behov for et par hundre flere boenheter for personer med et boligbehov som de ikke selv greier å løse. Husbankens generelle anslag på at 1 prosent av befolkningen trenger bistand for å dekke sitt boligbehov, skulle tilsi at behovet i kommunen var dekket med 489 boliger som kommunen den gang disponerte. En mer konkret kartlegging, tydet imidlertid på et behov for en del flere.

I planperioden er blant annet Pilehagen bygget ut med åtte boenheter for personer med både rusproblemer og psykiske vansker.

En rullering av planen er under forberedelse.

Karmøy kommune har i samarbeid med Haugesund kommune og Husbanken et pågående prosjekt for boligsosialt arbeid. Dette er nærmere omtalt i tiltaksdelen under målområde 5.

2 BESKRIVELSE AV RUSMIDDELSITUASJONEN

2.1 Rusmiddelsituasjonen internasjonalt og nasjonalt

Alkohol og narkotika er blant de største handelsvarene internasjonalt. Det innebærer at det gir lønn, overskudd og skatteinntekter som betyr mye både for enkeltmennesker, næringsaktører og nasjoner. Samtidig er de betydelige problemskapere, som gjør at omsetning og bruk må reguleres. Alkohol alene er av Verdens helseorganisasjon (WHO) beregnet til å forårsake 2,5 millioner tilfeller av for tidlig død og være ansvarlig for 6,7 prosent av tapte friske leveår i verden, etter at en viss beskyttende effekt av moderat alkoholbruk er regnet inn. Det gjør alkohol til den 3. viktigste helserisikofaktoren globalt, etter underernæring hos barn og usikker sex. I vår del av verden er det den nest største risikofaktoren for dårlig helse. Narkotika kommer langt lavere på listene over både dødsfall og risiko for dårlig helse, mest fordi utbredelsen er langt mindre.

WHO anslår at 320.000 ungdommer (15-29 år) dør årlig av alkoholrelaterte skader.

For første gang ble det i 2011 oppnådd enighet blant alle de 193 medlemsstatene i WHO om en global strategi mot skadelig alkoholbruk.

EU-rapporten «Alkohol i Europa» anslår at alkoholbruk i EU-landene koster 1000 milliarder kroner (1,3 prosent av bruttonasjonalproduktene). Nesten halvparten utgjøres av tapt produktivitet i næringslivet. Alkohol tar livet av 195.000 europeere årlig.

Cannabis (hasj/marihuana) er det desidert mest brukte ulovlige narkotiske stoffet også internasjonalt. FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) anslår i World Drug Report for 2011 at mellom 149 og 272 millioner mennesker bruker ulovlige narkotika. Av disse bruker mer en ¼ cannabis. Deretter kommer sentralstimulerende stoffer (metamfetamin, amfetamin og ecstasy), opiater og kokain.

Den harde kjernen som bedriver "problematisk narkotikabruk" utgjør mellom 15 og 39 millioner. Til sammenlikning anslår WHO antall alkoholbrukere til to milliarder.

I Norge var bruk av rusmidler fram til midten av 1960-tallet stort sett knyttet til alkohol. Bruk av alkohol kan føres tilbake til de tidligste tider i historien.

Brennevinsomsetningen i Norge har vist sterk nedgang siden 1980, mens vinomsetningen har steget. Vinomsetningen var i 1995 for første gang siden forbudstida høyere enn brennevinsomsetningen. Etter århundreskiftet har både brennevins- og vinforbruket økt. Omsetningen av vin er nær doblet i løpet av de siste ti åra. Ølomsetningen har steget kontinuerlig fra krigen og fram til midten av 70-tallet – for deretter å flate ut. Denne omsetningen har vært relativt stabil det siste tiåret.

Fra 1987 til 1993 gikk den registrerte omsetningen av alkohol ned for hvert år. Siden har den, med unntak av i 2001, gått opp for hvert år fram til et toppunkt i 2008 med 6,75 liter ren alkohol per innbygger over 15 år. I 2009 og 2010 har omsetningen gått ørlite grann tilbake.

I tillegg til dette kommer et uregistrert forbruk i form av taxfreehandel, grensehandel, hjemmeproduksjon og smuglervarer. Dette antas å øke forbruket med ca. 1,5 liter ren alkohol.

Økt forbruk av vin kan gi inntrykk av at nordmenn er på vei over fra fylledrikking til alkoholbruk i forbindelse med måltider. Flere undersøkelser dokumenterer imidlertid at et mer jevnlig alkoholbruk gjennom uka kommer i tillegg til intensivt inntak i helgene.

De undersøkelsene som Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) foretar, tyder på at alkoholforbruket blant ungdom økte dramatisk i annen halvdel av 1990-tallet og fram til 2003. Etter dette ser forbruket ut til å ha gått noe ned. Det er ikke noe som tyder på at debutalderen for alkohol har gått ned de seinere åra. Den har i mange år ligget nokså stabilt mellom 14 og 15 år. I 2008 var debutalderen målt til over 15 år for både øl, vin og brennevin.

Alkohol er fortsatt det helt dominerende rusmiddelet og representerer hovedtyngden av rusproblemene i Norge, selv om det er kommet inn et utall nye stoffer med misbrukspotensial. Men den typiske «alkoholisten» er ikke lenger så framtrædende. I dag preges rusbildet i langt større grad av blandingsmisbruk.

De store trekka synes å være at det stadig blir flere cannabisbrukere, at bruken av sentralstimulerende stoffer er økende, mens rekrutteringen til heroinbruk har avtatt sterkt.

Rapporten «Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21-30 år» utgitt av SIRUS i 2007, tyder på at bruken av ulovlige narkotika er mer vanlig enn vi kanskje har trodd. Mens det fra 1998 til 2006 ble færre i alderen 15-20 år som oppga å ha brukt cannabis noen gang, økte andelen av de litt eldre ungdommene forholdsvis kraftig – fra 22 prosent i 1998 til 34 prosent i 2006. Blant de unge voksne mennene har fire av ti brukt cannabis en eller flere ganger.

Den årlige ungdomsundersøkelsen som SIRUS gjennomførte blant 15-20-åringene fram til 2008, tyder på at cannabisbruken økte jevnt gjennom hele 1990-tallet – fra 8 til 19 prosent som oppga at de noen gang hadde prøvd stoffet. De siste åra har imidlertid trenden vært tilbakegang, og andelen var i 2008 nede i 10,5 prosent.

Andelen som oppgir å ha prøvd andre narkotiske stoffer har vært stabil de siste åra og snarere gått litt ned enn opp. I 2008 oppga 2,2 prosent av ungdommene at de hadde brukt amfetamin, drøyt 1,9 prosent kokain og knapt 1,4 prosent ecstasy. For heroin, LSD og GHB var andelen under 1 prosent.

Omkring århundreskiftet økte fokuset på overdoseproblematikk. I toppåret 2001 opplevde vi 338 narkotikadødsfall, ifølge Kripes. I 2003 hadde antallet sunket til det halve og ser siden ut til å ha stabilisert seg på ca. 200 tilfeller i året. Nedgangen forklares med at flere tunge misbrukere mottar legemiddelassistert rehabilitering (metadon), at lavterskel helsetilbud er styrket og at det er mindre rent heroin i omløp. Statistisk sentralbyrås oversikt viser noe høyere tall (fra 70 til mer enn 400 dødsfall fra 1990 til 2001), men noenlunde lik tendens.

2.2 Rusmiddelsituasjonen i Karmøy kommune

Som en stor landkommune, har Karmøy betydelige utfordringer på rusfeltet. Enten vi ser på tall for omsetning av alkohol, undersøkelsene av ungdoms rusvaner eller vurderingene fra kommunale tjenester og politi, er det åpenbart at mange mennesker i kommunen sliter med egne eller nærstående rusproblemer.

Det er mange måter å måle rusproblemer på. Det kommer av at rus er knyttet til så mye av det folk strir med i det moderne livet. Det hadde vært rimelig enkelt om rusproblemene begrenset seg til «notoriske misbrukere. Men det gjør ikke det, det handler kanskje ikke engang først og fremst om dem. Men de som individuelt har størst problemer med rusmidler er naturlig nok de rusmiddelavhengige og deres pårørende.

Fra et samfunnsperspektiv utgjøres hovedtyngden av rusproblemene av personer som verken selv vil betegne seg eller av andre bli betegnet som misbrukere. Dessuten er det i høyeste grad glidende overganger mellom det en kan kalle normalbrukere/måteholdne og de som betrakter seg selv eller betraktes av andre som misbrukere. Hva et misbruk er, vil selvsagt også avhenge noe av kontekst og av øynene som ser.

Siden størrelsen på totalforbruket i befolkningen synes å være nært knyttet til størrelsen på de totale skadene og problemene knyttet til rusmidler, vil vi først se på bruken av ulike rusmidler. Deretter vil vi se på hvor mange personer i kommunen som kommer inn under andre indikatorer på rusproblemer. Til slutt vil vi forsøke å vurdere hva rusproblemene koster kommunen.

2.2.1 UTVIKLINGEN AV ALKOHOLBRUKEN

Når det gjelder bruken av alkohol, er det mulig å få ganske god oversikt av det som omsettes lovlig. Det er tre kilder for registrerbart omsatt alkohol: Salg av øl (og rusbrus) i butikk, salg av sterkøl, vin og brennevin på Vinmonopolet og skjenking av alle slags alkoholsorter på restaurant mv.

2.2.1.1 Salg av øl (og rusbrus) i dagligvareforeninger i Karmøy kommuner

	Antall 1000 liter												
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sum:	767	777	774	814	863	951	943	988	1.043	1.158	1.164	1.082	
Ant. bev.	29	27	27	29	28	27	29	29	30	29	29	30	29

2.2.1.2 Salg av sterkt øl, vin og brennevin på Vinmonopolet i Karmøy

	Antall 1000 liter											
	2000 *	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sterkt øl	1,3	1,9	1,72	1,78	1,8	2,0	1,96	2,2	2,2	2,8	3,0	
Vin	65	124	134	138	156	169	180	190	203	218	220	
Sterkvin	1,8	2,7	2,7	2,5	2,7	3	2,8	2,6	2,5	2,4	2,3	
Brennevin	19,9	35,2	44,5	43,1	44,5	45,8	50,2	55,5	59,6	61,6	58,7	

* Vinmonopolet åpnet sitt utsalg i Karmøy (Kopervik) i juni 2000.

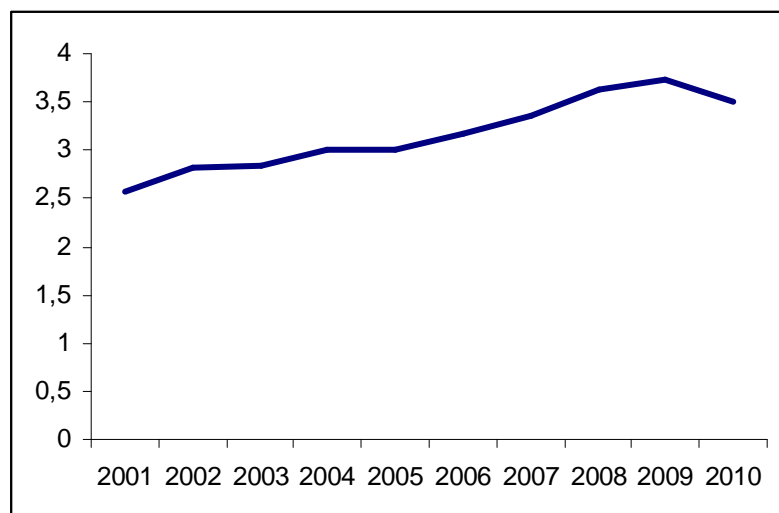
2.2.1.3 Skjenking av alkohol på skjenkesteder i Karmøy kommune

	Antall 1000 liter													
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Øl	188	155	147	134	134	130	99	80	114	107	107	103	67 *	
Vin	13,2	12,6	18,1	13,2	10,8	5,4	7,3	7,3	5,8	7,3	5,8	8,1	7,3	
Brennevin	1,2	1,2	2,6	2,3	4,7	2,4	2,0	0,9	1,7	1,3	1,4	1,4	1,0	
Ant. bev.	12	14	12	12	14	15	18	18	18	13	14	17	12	

(*) Omsetningen i 2010 omfatter ikke skjenkestedene Posh/Naboen og Kaien kulturkro Borgen.

2.2.1.4 Registrert alkoholforbruk

Ut fra tall for omsatt alkohol, kan vi regne ut registrert alkoholforbruk i kommunen. For åra 2001-2009 har vi brukbare tall til å gjøre en slik utregning. Tall for 2010 preges av at to vesentlige aktører i skjenkebransjen (Posh/Naboen og Kaien kulturkro Borgen) ikke har levert omsetningstall. Derfor er nedgangen fra 2009 til 2010 diskuterbar:



Som vi ser, har forbruket økt ganske mye fra 2001 til 2009. Men bak tallene skjuler det seg en ganske betydelig strukturell endring: Andelen alkohol som er konsumert på skjenkested har gått kraftig ned – fra knapt 12 prosent til 4 prosent av det som er registrert omsatt. Det betyr at en langt større andel av konsumet skjer i private sammenhenger på varer som er kjøpt inn i butikk eller på Vinmonopol. En av forklaringene kan være en forskyvning av utelivet utover natta, noe som kan ha ført til at en økende del av forbruket skjer på «voerspiel» privat før en går ut på restaurant mv.

Det registrerte forbruket for Karmøy er lavt sett i forhold til for eksempel landsgjennomsnittet. Det kan blant annet komme av at en betydelig del av forbruket skjer på skjenkesteder i Haugesund.

I disse talla er ikke forbruk knyttet til «ambulerende» bevillinger (festivaler mv.) tatt med, dersom ikke skjenkingen er forestått av etablerte skjenkesteder.

2.2.2 NARKOTIKABRUK

Hva som brukes av narkotika er naturlig nok langt vanskeligere å beregne. Her må vi bruke andre kilder enn omsetningsstatistikk for å få en idé om omfanget.

Ungdomsundersøkelsen som kommunen har gjennomført hvert annet år siden 2001 omfatter i hovedsak bare elever i ungdomsskolen. I denne aldersgruppa er det små endringer fra år til år, men også så liten andel som oppgir at de har erfaringer med ulovlige stoffer at endringene forsvinner i sikkerhetsmarginene i undersøkelsen. Og vi vet altså enda mindre om de som er over 16 år.

Under 2.2.6. Lovbrudd har vi summert opp antall narkotikasaker (overtredelse av legemiddeloven, straffeloven og dopingbestemmelsene). Antallet narkotikasaker tilsier godt og vel en dobling siden århundreskiftet. Det er vanskelig å tenke seg at det har kunnet skje uten at det også har vært en økning i narkotikabruken. Men det er problematisk at antallet er innsatsstyrt – det vil si at det går opp i år med mye kontrollvirksomhet og ned i år da innsatsen av ulike grunner er redusert. Ifølge lensmannskontoret er situasjonen slik at jo mer de er ute, desto mer avdekkes det av lovbrudd knyttet til narkotikaomsetning og -bruk.

Ser vi på større narkotikaaksjoner Karmøy lensmannskontor har gjennomført de siste åra, ser bildet slik ut:

2008	13 tatt
2010	36 tatt
2011	30 tatt

Av de ungdommene som ble tatt i 2008 og 2009, hadde omkring halvparten begynt med stoff mens de gikk på ungdomsskolen. De som ble tatt i 2011 var i alderen 15-25 år, hvorav halvparten hadde begynt med stoff mens de gikk på videregående skole.

Tilgangen på ulike stoffer synes "god". Det gjelder i første omgang hasj og amfetamin, men også bruk av stoffer som ghb og heroin er i økende grad avdekket.

2.2.3 UNGDOMSUNDERSØKELSER

Karmøy har siden 2001 gjennomført en stor ungdomsundersøkelse hvert 2. år blant alle ungdomsskoleelevene og tidvis en del av elevene på videregående skole. I hele perioden er det registrert en positiv utvikling når det gjelder bruk av alkohol og tobakk i ungdomsskoleelevmassen. I 2011 kunne en konstatere at andel elever som aldri hadde røkt var doblet siden 2001.

I 2011 ble det, av økonomiske grunner, gjennomført en enklere undersøkelse som gjør at en del spørsmål ikke er sammenliknbare.

Andelen som har drukket hjemmebrent mer enn fem ganger er redusert til under en tredel fra 2001 til 2009. I samme perioden var andel som aldri hadde vært fulle nesten tredoblet.

Cannabisbruken synes å ha gått ned etter 2001, men andelene med erfaring fra bruk av ulovlige rusmidler er så lav at det er uforsvarlig å bruke resultatene statistisk. Det er hele tida ungdommer som oppgir å ha brukt de fleste former for rusmidler i de fleste av ungdomsskolekretsene.

Debutalderen ser ut til å være stabil og har snarere gått noe opp enn ned.

Andel ungdomsskoleelever som aldri har røkt (prosent)						
	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Totalt	38	46	56	64	65	79
Gutter	39	49	56	61	65	
Jenter	36	43	56	67	65	

Nedgangen i røyking er i noen grad kompensert av økt tendens til snusing: I 2009 var det 4,3 prosent av ungdomsskoleelevene som oppga at de snuser daglig, mens denne andelen hadde økt til 6,4 prosent i 2011. Andel som røykte daglig var den samme i 2009 og 2011 (5 prosent). Andelen som aldri hadde snust gikk også opp fra 2009 til 2011 – fra 67 til 79 prosent.

Andel ungdomsskoleelever som har drukket HB mer enn fem ganger (prosent)					
	2001	2003	2005	2007	2009
Totalt	16	13	9	8	5
Gutter	14	10	7	6	5
Jenter	17	15	11	9	6

Andel ungdomsskoleelever som aldri har vært fulle (prosent)					
	2001	2003	2005	2007	2009
Totalt	20	28	54	51	59
Gutter	22	32	56	54	64
Jenter	19	24	52	49	54

Selv om det er positive utviklingstrekk, er det også betydelige utfordringer på feltet:

Det er fortsatt slik at et stort antall elever i ungdomsskolen har prøvd ett eller flere rusmidler, i hovedsak alkohol. I 2011 oppga tre av ti respondenter at de en eller flere ganger hadde drukket så mye at de ikke kunne stå oppreist. Nesten hver 4. respondent krysset av at de hadde vært så fulle at de hadde befunnet seg på et sted uten å huske hvordan de hadde kommet dit. 27 prosent hadde krangla med eller skjelt ut noen i fylla. Hver 6. ungdomsskoleelev hadde hatt sex i fylla og angret på det etterpå.

8 prosent av ungdomsskoleelevene oppga i 2012 at de i løpet av det siste året hadde blitt tilbudt hasj, mens nesten hver 4. elev mente at det ville være lett å skaffe slikt stoff hvis de ønsket det.

Det er fortsatt grunn til å legge vekt på at jentene er i ferd med å ta igjen guttene når det gjelder rusmiddelbruk og røyking. Tradisjonelt har guttene ruset seg oftere og mer enn jentene. At jentene har gjort seg sterkere gjeldende på statistikken er ikke bare et lokalt fenomen, men en utvikling vi ser både nasjonalt og til dels internasjonalt. Det er uheldig av flere grunner, spesielt fordi jentene objektivt sett tåler langt mindre rusmidler for å pådra seg både kroppslige og sosiale problemer. At det er større andel av jentene som oppgir at de har drukket rusbrus er forventet.

2.2.4 KONTROLL MED SALG OG SKJENKING AV ALKOHOL

Bevillingskontrollen i Karmøy forestås av Securitas. Kontrollnemnda for skjenkesaker var inntil 2007 det politiske organet for denne virksomheten. Fra 2008 er imidlertid kontrollnemnda lagt ned og ansvaret for planlegging, gjennomføring og oppfølging av kontrollvirksomheten er overført til rådmannen med informasjon til hovedutvalg helse og omsorg.

Kontrollstatistikken for de siste åtte åra viser:

	Salg av øl og rusbrus i dagligvarehandelen										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antall kontroller	41	115	84	68	82	79	84	85	87	92	91
Antall merknader	0	8	0	0	0	0	0	0	1	0	1

Anmerkningene i 2001, 2008 og 2010 gjaldt manglende tildekking av øl utenom salgstida.

	Skjenking										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antall kontroller	24	49	37	45	51	50	47	49	59	65	53
Antall merknader	7	8	2	2	2	1	1	2	3	0	4

Denne oversikten gjelder bare ordinære bevillinger. I tillegg kommer 6-9 kontroller av ambulerende bevillinger med 0-2 anmerkninger hvert år.

Et par av anmerkningene i 2008-2010 gjaldt reklame, en person tok med seg drikke ut og et skjenkested manglet målebeger for brennevin. To av anmerkningene gjaldt åpenbart påvirkede personer i skjenkelokalet.

Tidligere har anmerkningene i stor grad dreid seg om forhold relatert til røyking. Ved noen anledninger har opplysninger om alkoholfrie og alkohollette drikker manglet på prislista. I andre tilfeller har manglende internkontrollsystemer vært påpekt. Ved et fåtall tilfeller har en påtalt at personer har tatt med seg drikkevarer ut av skjenkeområdet.

De mest alvorlige av disse merknadene har ført til utsending av brev med 14 dagers svarfrist. De øvrige merknadene har vært av mindre alvorlig karakter og bare medført brev om at overtredelsen var registrert. Merknadene har ikke ført til andre reaksjoner (eksempelvis inndragning). Det er ingen av merknadene i det aktuelle tidsrommet som gjelder salg/skjenking til mindreårige.

I tillegg til bevillingskontrollen som Securitas utfører, får kommunen også meldinger fra politiet. Politiet har de siste åra intensivert og systematisert sin kontrollvirksomhet noe. Et par skjenkesteder er blitt avslørt for alkoholbruk utenom ordinær åpningstid.

De siste åra har også ungdomsorganisasjonen Juvente gjennomført innkjøpskontroller i Karmøy. Disse foregår ved at mindreårige prøver å få kjøpe øl eller rusbrus i butikk. Disse kontrollene har gitt følgende resultat:

	2007	2008	2009	2010
Antall forsøk	14	20	13	56
Antall salg til mindreårige	8	10	1	9
Antall butikker besøkt	8	11	9	21
Antall butikker solgt til mindreårige	6	8	1	9
Andel butikker solgt til mindreårige (prosent)	75	72	11	42

2.2.4.1 Fungerer kontrollen?

Salgs- og skjenkekontrollen i Karmøy tyder på at nesten alt foregår i lovlige former. Det er ikke avslørt brudd på regelverket i mer alvorlige kategorier (salg/skjenking til mindreårige eller overskjenking) på mange år. Det er avslørt et par tilfeller av at åpenbart påvirkede personer har oppholdt seg i lokalene, i ett tilfelle i påvente av taxi. Det er heller ikke registrert overtredelser som kunne medføre inndragning av bevilling. Politiets kontrollvirksomhet har avdekket mer alvorlige forhold. Kaien Kulturkro Borgen fikk 14 dagers inndragning av bevillingen i 2011.

SIRUS-forskere publiserte i 2007 ny norsk forskning om omsetning av alkohol til mindreårige og overskjenking.

«Håndheves aldersgrensen for å få kjøpt alkohol?» av Ingeborg Rossow, Elisabet Esbjerg Storvoll og Hilde Pape, ble publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforsking. Dette forskningsarbeidet viser at i mer enn halvparten av tilfellene hvor mindreårige prøver å kjøpe øl eller rusbrus, får de kjøpt. Det viste seg altså at det er mer regelen enn unntaket at mindreårige ungdommer får kjøpe alkohol selv. Verst er det på skjenkestedene hvor bare hvert 5. forsøk var mislykket.

Totalt viser det seg at 8 prosent av ungdoms alkoholbruk er anskaffet av den unge selv i butikk. 12 prosent av det de drakk var anskaffet på diskotek, pub, bar eller liknende. Også på Vinmonopolet får noen kjøpe, men disse anskaffelsene utgjorde mindre enn en prosent av det totale konsumerte volumet.

Litt over hver 5. ungdom oppga at de hadde prøvd å kjøpe øl eller rusbrus i butikk. Omtrent like mange hadde prøvd på skjenkested, mens bare fire prosent hadde gjort tilsvarende forsøk på Vinmonopolet.

Ved alle tre kildene ble forsøket altså kronet med hell i mer enn halvparten av tilfellene. For butikkenes vedkommende ved 58 prosent, skjenkestedene 80 prosent og vinmonopolutsalga 66 prosent. Jentene lyktes i noe større grad enn guttene.

«Overskjenking i Bergen» (SIRUS-rapport nr. 5 2007) av Bergljot Baklien og Hege Cecilie Lauritzen viser at det skjer mye mer overskjenking enn vi har vært klar over og at en betydelig del av det som oppfattes som normal alkoholbruk på skjenkesteder sannsynligvis er i strid med alkoholloven. Ved den konkrete kontrollen som ble utført med skuespillere som spilte berusede gjester ved skjenkesteder, fikk den «fulle» gjesten servering i 84 prosent av tilfellene. Slår en sammen fire studier SIRUS har gjort, ser en at åpenbart berusede personer blir servert alkohol i mer enn tre av fire tilfeller. Forskerne antar at overskjenking skjer fordi beruselse er forventet og akseptert atferd på utelivsarenaen, selv om det altså er forbudt å skjenke noen slik at de blir eller kan antas å bli åpenbart påvirket. Dessuten antyder forskerne at økt konkurranse om kundene kan være en del av forklaringen på tendensen til mer liberal skjenking av berusede personer.

Verken brudd på aldersbestemmelsene eller forbudet mot overskjenking blir fanget opp av bevillingskontrollen i kommunene. I hele Norge er det for tida ca. 7.400 skjenkesteder og 4.200 salgssteder. Av disse ble 21 salgsbevillinger i 15 kommuner og 110 skjenkebevillinger i 41 kommuner inndratt i kortere eller lengre tid i 2010. 57 av disse 131 inndragningene er oppgitt å være forårsaket av omsetning til mindreårige eller skjenking av åpenbart påvirket person. Bare 25 kommuner inndro noen bevilling det året på et slikt grunnlag.

Ungdomsorganisasjonen Juvente gjennomfører årlig en landsomfattende innkjøpskontroll for å teste håndhevingen av aldersgrensene i dagligvarebutikker. Høsten 2010 ble 295 butikker i 34 kommuner besøkt av ungdommer mellom 12 og 16 år. De fikk kjøpe i 141 av dem (knappt halvparten av butikkene). Salgsstedene i Karmøy kom relativt godt ut av kontrollen dette året og året før, mens resultatet var heller svakt i 2007 og 2008 (se ovenfor)

Det er følgelig vanskelig å konkludere med at siden det ikke avdekkes regelbrudd ved salgs- og skjenkekontrollene, så er omsetningen tilforlatelig.

Det er svært viktig at vi greier å etablere en kontrollvirksomhet som avslører i alle fall noe av det som ikke skulle ha skjedd. At kontrollen stort sett ikke avslører noe som helst, er i seg selv et faresignal som må tas alvorlig – når både forskning og mer «provokative» tester tyder på at det er mer regelen enn unntaket at mindreårige og åpenbart påvirkede personer får kjøpe alkohol.

2.2.5 PROBLEMER MED OG SKADER AV RUSMIDDELBRUK

Det finnes ikke noe klart tall på hvor mange personer i Karmøy kommune som har rusproblemer. Men det finnes ulike indikasjoner på hvor mange det kan være og hvordan det har utviklet seg over tid.

2.2.5.1 Pasienter til utredning

Fra 2004 kan både sosialtjenesten og fastlegene henvise pasienter til utredning for behandling (spesialisert tverrfaglig rusbehandling). Helseforetaket avgjør om pasienten har krav på behandling og hvilket nivå en har krav på (poliklinisk/korttids/langtids døgntilrettelagt behandling etc). Denne vurderingen foregår for Karmøys del i hovedsak ved utredningsenheten i Helse Fonna, på Haugaland og Karmøy DPS og Haugaland A-senter.

Siden det er mange som henviser og mange steder å henvise til, er det ikke mulig å få noen eksakt oversikt over hvor mange personer fra kommunen som blir utredet eller kommer i behandling. Helse Fonna oppgir at det i 2010 var et trettittall pasienter som ble henvist dit til utredning.

2.2.5.2 Klienter i sosialtjenesten

En vesentlig andel av klientene i sosialtjenesten har rusproblemer. NAV i Karmøy hadde i 2010 totalt 940 aktive klienter. Av disse mottok 663 økonomisk sosialhjelp.

Hvordan antallet personer i sosialtjenesten og antall som mottok økonomisk sosialhjelp har utviklet seg de siste åra, framgår av disse to tabellene:

Klienter i sosialtjenesten/NAV								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aktive klienter	1004	948	923	890	779	722	795	940
Nyregistrerte	299	252	284	234	195	200	232	294
Antall vedtak	5905	5333	4745	4012	3331	3384	3708	3517

Antall sosialhjelpsmottakere														
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
768	695	740	688	768	741	780	749	691	660	539	541	589	663	622

Som vi ser, har det vært nedgang både i antall aktive klienter og antall som mottar økonomisk sosialhjelp siden toppåra rundt århundreskiftet. Nedgangen skyldes først og fremst systematisk tiltaksarbeid og et særdeles godt arbeidsmarked.

Nasjonale studier fra 2003 tyder på at hver 4. sosialhjelpsmottaker hadde rusproblemer. I mellomtida har antall sosialhjelpsmottakere gått kraftig ned blant annet som følge av et ekstremt godt arbeidsmarked. Men antallet sosialmottakere med rusproblemer er ikke redusert i samme grad, ettersom dette vil være blant de siste som det er mulig å finne plass til i et ordinært arbeidsmarked.

2.2.5.3 BrukerPlan

Rusmiddelavhengige som sosialtjenesten og NAV har kontakt med blir kartlagt gjennom pilotprosjektet BrukerPlan som Helse Fonna i seks år har utviklet i samarbeid med IRIS (Rogalandsforskning/Universitetet i Stavanger) og KORFOR (Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest). BrukerPlan er et kartleggings- og planleggingsverktøy for kommuner i Helse Fonnas inntaksområde og skal bidra til bedre planlegging og prioriteringer både i 1. og 2. linjetjenestene. Håpet er å få med også andre som har kontakt med personer med rusproblemer og psykiske vansker, særlig fastlegene.

Sammenliknet med de øvrige kommunene (Bømlo, Haugesund, Kvinnherad, Odda, Sauda, Stord, Tysvær, Suldal, Sveio, Vindafjord, Tysnes, Ullensvang og Fitjar), kommer Karmøy nær gjennomsnittet når det gjelder andel rusmiddelbrukere i andel av befolkningen (0,9 prosent). Karmøy har en forholdsvis stor andel brukere under 25 år. Andelen har gått litt opp og ned fra 2006 og var i 2011 på 13 prosent. Fordelingen mellom menn og kvinner er 3:1.

I BrukerPlan deles misbrukerne inn i tre grupper: «grønn» (de det går etter forholdene bra med), «rød» (de det går ganske dårlig med) og «gul» (de et sted imellom). I noen oppsummeringer opererer en også med kategorien «blodrød» som er de som har det aller verst.

I 2010 hadde Karmøy 223 brukere i BrukerPlan. I 2011 kom også psykiatrien med i kartleggingen, dermed økte antall brukere til 269. Økningen fra 2010 til 2011 skyldes trolig bredere rapporteringsgrunnlag snarere enn en reell økning i antall personer med rusproblemer.

Av Karmøys 269 brukere var det bare 10 personer som ikke samtidig hadde psykiske vansker (mindre enn 4 prosent). I inndeling etter funksjonsnivå, kommer halvparten ut på grønt når det gjelder rusing. Det betyr at mindre enn halvparten av de med registrerte rusproblemer ikke ruser seg så mye at det skaper store problemer. Det er et hakk over snittet og sånn sett en positiv melding. Andel gult ligger også over snittet. Følgelig er andelen på rødt langt under gjennomsnittet for de 14 kommunene. En skal

imidlertid være klar over at BrukerPlan bygger på vurdering av ulike personer i de ulike kommunene, ikke på objektive kriterier. Det betyr at en skal legge mindre vekt på sammenlikning med andre kommuner enn på sammenlikninger i samme kommune over tid.

Samler vi alle parametrene til en størrelse, ser vi at Karmøy har langt flere brukere på grønt og gult og betydelig færre på rødt og blodrødt enn snittet. Det skulle tilsi at rusmiddelavhengige her i snitt har en noe bedre situasjon enn snittet for alle kommunene.

Et særlig fokus gjelder rusmiddelmissbrukeres samvær med og omsorg for barn. Andelen som har omsorg for barn har økt i Karmøy fra 6 prosent i 2008 til 10 prosent i 2011. Andelen som har samvær med barn har gått litt opp og ned i disse fire åra, mellom 25 og 35 prosent og var i 2011 på 31 prosent.

Karmøy kommer ut godt under gjennomsnittet når det gjelder andel klienter med individuell plan eller tiltaksplan og godt over snittet når det gjelder ansvarsgrupper.

2.2.5.4 Fastlegene

BrukerPlan omfatter foreløpig de som er i sosialtjenestens og psykiatriens systemer. Det innebærer at kartleggingsverktøyet i hovedsak fanger opp de tyngste brukerne. Etter rusreformen (2004) har fastlegene mer kontakt med personer med rusproblemer, ettersom legene kan henvise til utredning for spesialisert tverrfaglig rusbehandling.

Det er imidlertid ingen som har oversikt over fastlegenes praksis på området (Karmøy har pr. januar 2012 22 fastleger i virksomhet). Det er en ambisjon å utvide BrukerPlan til også å omfatte fastlegene etter hvert. Uavhengig av dette er det behov for et rapporteringssystem som kan fortelle noe om fastlegenes henvisning av rusmiddelavhengige personer. En enkel rundspørring blant legene tyder på at de har henvist 0-9 personer til rusbehandling på spesialistnivå. Bare en av tre leger har svart på henvendelsen, men hvis disse er representative for fastlegene i kommunen, skulle totaltallet på henviste pasienter være 70-80.

2.2.5.5 Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) innebærer at personer med langvarig opiatmisbruk medisineres med metadon, Subutex eller Subuxone for å blokkere virkningen av opiater. Ettersom LAR for de fleste er et varig tiltak, er det rimelig at antallet brukere akkumuleres. Karmøy har hatt LAR-tilbud siden 1998, og pasientgruppa i kommunen har utviklet seg slik de siste åra:

Antall personer i LAR-behandling											
år	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
antall	7	10	23	33	49	58	67	73	70	78	89

Økningen antall LAR-pasienter avspeiler trolig i større grad endringer av tilbud og retningslinjer enn økning i antall opiatavhengige. Se ellers punkt 5.5.2.2.

2.2.6 LOVBRUDD

En stor andel av et antall typer lovbrudd har tilknytning til rusmidler. Dette gjelder mest direkte promillekjøring, narkotikaforbrytelser og hjemmebrenning. Men rusmidler er også sterkt knyttet til en andel av vinningsforbrytelsene (begått i fylla eller for å skaffe midler til rus), vold, sedelighetsforbrytelser mv.

Siden Karmøy lensmannskontor bare betjener øydelen av kommunen, mens fastlands-Karmøy hører til politistasjonen i Haugesund, må vi slå sammen antall saker. Antall promillesaker de siste åra:

Promillesaker	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Karmøy lensmannskontor	72	67	62	68	66	69	66	58	59	64
Haugesund politistasjon	12	15	9	11	14	14	15	12	13	11
Totalt	84	82	71	79	80	83	81	70	72	75

Når det gjelder narkotikalovbrudd (brudd på legemiddeloven og straffeloven), ser talla slik ut:

Narkotikasaker	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Karmøy lensmannskontor	211	226	217	278	319	328	348	244	489	408
Haugesund politistasjon	16	11	35	23	55	18	19	27	63	41
Totalt	237	237	252	301	374	346	367	271	552	426

Tall for Haugesund politistasjon gjelder her altså bare fastlandsdelen av Karmøy kommune.

Andre lovbrudd som gjelder rusmidler framgår av denne oppsummeringen fra Karmøy lensmannskontor:

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Salg uten bevilling	0	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0
Ulovlig produksjon	1	5	5	0	1	2	2	2	0	2	1	5	3	1	2	2
Ulovlig servering og drikking	0	0	0	9	4	6	3	5	4	6	1	6	4	2	2	1
Innførsel uten bevilling	0	0	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ulovlig forvaring og lagring	0	0	0	0	0	1	0	4	0	4	2	1	1	0	0	0
Ulovlig kjøp til mindreårige	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Ulovlig alkoholreklame	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alkoholloven diverse	0	7	4	7	13	5	0	2	1	7	7	7	1	2	2	3
TOTALT	1	14	15	16	18	15	7	14	5	19	13	20	11	5	7	6

Antall promillesaker, narkotikasaker eller andre lovbrudd knyttet til produksjon eller bruk av rusmidler sier ikke nødvendigvis noe om omfanget av virksomheten. Sakene avspeiler snarere politiets kapasitet og prioritering i de enkelte åra, antall tips og så videre. Men økt innsats fra politiet kan ha to virkninger: 1) At antall pågripelser øker fordi det rett og slett er flere som avsløres og 2) at antall pågripelser går ned fordi en del slutter på grunn av mer eller mindre åpenbart økt risiko for å bli oppdaget.

2.2.6.1 Rusrelaterte lovbrudd totalt

Som nevnt ovenfor, er det mye kriminalitet som er knyttet til rus på en eller annen måte. I tillegg til lovbrudd som er direkte knyttet til rusmidler (promillekjøring, narkotikalovbrudd, hjemmebrenning mv.), er det en rekke kriminalitetsformer hvor rus utgjør en vesentlig del av forekomsten. Det gjelder i første rekke vinningskriminalitet, skadeverk og vold. På grunn av måten å presentere statistikk på i Statistisk Sentralbyrå, er det vanskelig å følge de ulike kriminalitetstypene over tid. Vi kan imidlertid grovt slå fast at det er 750-1000 tilfeller av disse i Karmøy årlig. Det skulle tilsi minst 300-500 rusrelaterte tilfeller i året.

Totalt ender vi altså opp med 700-1000 politisaker i Karmøy som er årsaksforbundet med rusmiddelbruk. Det betyr at «fyll» og narkotikalovbrudd utgjør en stor del av kapasitetsbelastningen på lensmannskontoret i Karmøy og politiet i Haugesund (for fastlandssida). Hva dette koster i form av lidelse og kroner og øre både for det offentlige og for dem som rammes, kan en bare spekulere på.

2.2.7 FOLKEHELSEPROFIL

Folkehelseinstituttet har samlet statistikk om alle landets kommuner til en folkehelseprofil. Profilen sier noe om levekår miljø, skole, levevaner og helse/sykdom i sammenliknbare størrelser, slik at kommunen kan sammenlikne seg med hverandre, fylke- og landsgjennomsnitt og med seg selv over tid. Det er ingen parametere i folkehelsebarometeret som er direkte rusrelaterte.

2.2.8 BARN I BARNEVERNET

Både lokale og nasjonale erfaringer tilsier at det er rus i tilknytning til en betydelig andel av barnevernssakene. Nasjonale tall tilsier at hovedårsaken til barnevernets kontakt med familien i minst hvert 7. tilfelle er knyttet til rus. Men denne andelen skjuler de tilfellene der det er rusproblemer, men hvor hovedårsaken til kontakt er en annen (omsorgssvikt, psykiske vansker og så videre). Hovedtyngden av tilfellene som har rus som hovedårsak, dreier seg om foreldrenes rusproblemer, bare unntaksvis er årsaken til kontakt mellom familien og barnevernet ungdommens egen rusmiddelbruk.

Ser vi på alle barn i barnevernstiltak, får vi dette bildet:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Barn i tiltak	289	249	278	273	248	232	250	256	280	260	281	291	236	276

Talla gjelder barn i tiltak (det vil si barn som fikk hjelp av barnevernet) pr. 31. desember hvert år. Trenden bak disse tallene er at det er blitt flere i de laveste aldersgruppene og færre av de eldste som får hjelp fra barnevernet. Andelen ungdommer som henvises til behandling for egne rusmiddelproblemer har økt. En annen trend har vært at kostnadene på omsorgstilbud har økt fordi barn er mer skadet enn tidligere. Ifølge rapporten «Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren» utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2007, lever ett av ti barn og unge sammen med foreldre som er avhengige av alkohol.

Karmøy kommune har over tid hatt lite stillingsressurser i barnevernet. Kapasitetsproblemer er hovedårsaken til at antall barn i barnevernet gikk ned fra 2009 til 2010 i tabellen ovenfor. Antall tilmeldinger som gjelder barn som har det vanskelig, har økt vesentlig:

2007	2008	2009	2010	2011
199	264	260	291	352

Denne økningen avspeiler sannsynligvis snarere at offentlige instanser som skoler, barnehager og politi er blitt flinkere til å melde enn at det er blitt så mange flere barn som trenger hjelp. I 2011 fordelte meldingene seg slik: Politiet: 104 barn; skoler: 33; leger/sykehus: 28; psykisk helsevern: 18; helsestasjon og skolehelsestjeneste: 14 og barnehager 7. Andre familiemedlemmer og nærstående har sendt 46 meldinger, og ellers meldes det fra krisesentre, barnevern i andre kommuner og så videre.

2.2.9 HVA KOSTER RUSMIDDELBRUKEN I KARMØY KOMMUNE?

	Totalkostnad	Andel rus	Kostnad rus
Øk. Sosialhjelp	19 millioner *	23%	4 millioner
Barnevern	49 millioner **	14%	7 millioner
Behandling, omsorg	14 millioner **	100%	14 millioner
Forebygging, kontroll mv	2 millioner **	100%	2 millioner
Totalt			27 millioner kroner 6-700 kroner pr innbygger/år

* = Kostratall 2010

**= Regnskapstall 2011

*** = Anslag

«Andel rus» for økonomisk sosialhjelp og barnevern bygger på nasjonale beregninger av hvor stor andel av bruttobeløpa i kommunene som er relatert til rus. Prosenttalla er hentet fra SIRUS-rapport nr 3, 2003 - «Rus og psykiatri i inntektssystemet for kommunene». Dette er å betrakte som forsiktige anslag. Vi vet at eksempelvis de som mottar sosialhjelp på grunn av rus både har større ytelser og ytelser over lengre tid enn de gjennomsnittlige sosialhjelpsmottakerne. Dermed vil en utregning på grunnlag av prosentvis antall klienter gi et for lavt beløp under «kostnad rus». Erfaringene tilsier dessuten at «andel rus» i barnevernet er høyere i Karmøy enn det som framkommer her.

I totaltallet ovenfor er ikke kostnader under teknisk sektor tatt med. Det gjelder blant annet utgifter til vedlikehold av kommunale boliger. Kostnader i NAV utover økonomisk sosialhjelp er heller ikke regnet inn. Det er heller ikke mulig å gi noe anslag av hvor stor andel av kostnadene til pleie- og omsorgstjenestene (for eksempel hjemmesykepleie, praktisk hjelp i hjemmet, psykiatrisk sykepleie, bistand og opplæring) som er relatert til rusproblemer. Disse beregningene må følgelig anses som et absolutt minimum.

2.2.10 VURDERING AV RUSMIDDELBRUK OG PROBLEMER I KOMMUNEN

Karmøy kommune har, som en stor landkommune, betydelige utfordringer på rusfeltet. Ungdomsundersøkelsene tyder på at det i hovedsak har gått den rette veien når det gjelder ungdomsskoleelevene fra 2001, men at det kan ha blitt noe mer bruk av hasj og amfetamin fra 2005. Politiet på sin side føler at situasjonen i hovedsak har gått i gal retning, både når det gjelder tilgjengelighet og bruk. Det er imidlertid muligheter for at begge virkelighetsbeskrivelsene er riktige, blant annet fordi politiet ikke skiller mellom ungdomsskoleelever og andre ungdommer.

Politiet kan dokumentere at det finnes narkotika-miljøer over hele øya.

Det er i alle fall ingen tvil om at rusmidlene påfører Karmøy-samfunnet skader og problemer.

Med forholdsvis lave arbeidsledighetstall følger at forholdsvis få personer mottar økonomisk sosialhjelp. De som sliter med rusproblemer (og kanskje i kombinasjon med psykiske vansker) er imidlertid blant de siste som lar seg inkludere i det ordinære arbeidslivet. Totalt har sosialtjenesten og psykiatrien kontakt med i overkant av 260 personer med kjente rusproblemer. Dette omfatter bare de tyngste brukerne.

Politiet må hvert år ta seg av minst 1.000 saker hvert år som er årsaksforbundet til rusmiddelbruk. Det dreier seg først og fremst om promillekjøring, narkotikalovbrudd, vinningsforbrytelser, skadeverk og vold.

Av de som i 2011 hadde kontakt med sosialtjeneste eller psykisk helsevern i Karmøy kommune, er 269 personer antatt å ha rusproblemer. Barnevernet hjelper hvert år 250-300 barn, og minst hvert 7. av disse har rus som hovedårsak til kontakten med barnevernet. Det handler imidlertid stort sett om rus hos omsorgspersoner og bare helt unntaksvis om barnas egen rusmiddelbruk.

Et anslag tyder på at Karmøy kommune hvert år bruker minst 27 millioner kroner på å hindre eller lindre problemer knyttet til rus. Det utgjør 6-700 kroner pr. innbygger.

3 RUSMIDDELPOLITISKE MÅL

3.1 Nasjonale føringer

De viktigste nasjonale føringene framkommer i den såkalte opptrappingsplan for rusfeltet som er presentert som en del av statsbudsjettet for 2008 (St.prp.nr. 1 2007-2008) for Helse- og omsorgsdepartementet.

I opptrappingsplanen har regjeringa pekt på følgende hovedmål:

- Tydelig folkehelseperspektiv.
- Bedre kvalitet og økt kompetanse.
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering.
- Forpliktende samhandling.
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende.

Opptrappingsplanen prøver se hele rusfeltet i sammenheng, med brukeren i sentrum. Det betyr at en på den ene sida må holde fast på de brede strategiene som en vet virker (eksempelvis narkotikaforbud, alkoholavgifter og regulering av tilgjengelighet), samtidig som en bygger tjenester rundt enkeltmennesker med behov for hjelp. Pårørendeperspektivet er veldig tydelig i opptrappingsplanen, det nytter ikke lenger å overse at også barn, søsken, foreldre og partnere rammes når en person sliter med rusproblemer.

På alkoholsida er det lagt vekt på at "selv om alkohol er en lovlig vare som flertallet av den voksne befolkningen bruker kontrollert, er det viktig å holde fast ved at alkohol ikke er en ordinær handelsvare". Regjeringa peker på at bransjehensyn ofte veier tyngre enn hensynet til folkehelsa, og at det både globalt, nasjonalt og lokalt bør tilstrebes at tyngdepunktet forskyves til fordel for folkehelsa.

3.1.1 SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen startet 1. januar 2012 med flere nye lover og virkemidler. Målet med reformen er å forebygge bedre, behandle tidligere og samhandle bedre. Norge er et land som bruker forholdsvis mye penger på offentlig helsestell pr innbygger, uten at vi får tilsvarende mye god helse ut av det.

Livsstilssykdommene gjør at antall som trenger behandling øker forttere enn bevilgningene. Dessuten øker levealderen, slik at antall eldre øker.

Rusmiddelavhengige har alltid tapt i konkurransen med mer akutte og spektakulære diagnoser.

En større del av veksten i helsebudsjettene framover skal komme i kommunene. Det betyr at de kommunene som utfører et godt folkehelsearbeid kan tjene på reformen, mens de som ikke lykkes bedre med å forebygge sykdom i vid forstand kan måtte bruke mer penger enn det som overføres.

I første omgang vil reformen dreie seg om oppfølging av pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten (sykehus), i stor grad eldre personer. De skal ha etterbehandling og rehabilitering i kommunene.

Men de store utfordringene for at reformen skal lykkes må ligge i motsatt ende – i å sørge for at det er færre som trenger behandling på ulike nivåer. De viktigste forebyggingsarenaene er da ikke i helsesektoren, men i arbeidslivet, i kommunestyresalene, i utdanningssektoren og så videre.

Mye tyder på at det vil gå noen år før rusfeltet og psykiatrien er viktige deler av samhandlingsreformen. Det ligger imidlertid store gevinster både økonomisk og menneskelig i å lykkes bedre med forebyggingsarbeidet på disse sektorene.

3.2 Lokale målformuleringer og indikatorer på framgang

Karmøy kommune vil innenfor de nasjonale måla på rusfeltet som regjeringa har trukket opp spesielt vektlegge følgende:

3.2.1 VISJON

Redusert bruk av rusmidler skaper økt trygghet og trivsel

Det er godt dokumentert at økt forbruk av rusmidler øker både de samfunnsmessige og individuelle skadene. En kan derfor slå fast for både lovlige og ulovlige rusmidler at en mest mulig begrenset bruk vil skape et triveligere og tryggere samfunn for flest mulig.

I perioden vil Karmøy kommune fokusere spesielt på følgende mål:

3.2.2 MÅLOMRÅDE 1: HEVET DEBUTALDER FOR ALKOHOL, NARKOTIKA OG TOBAKK

Det er ikke ønskelig at ungdom under 18 år bruker alkohol. Det er et viktig strategisk mål å heve debuten for bruk av alkohol. Vi vet at jo tidligere unge begynner å drikke, desto større er risikoen for problemer både der og da og seinere i livet. Det vil også være gunstig for rusmiddelbruken dersom en greier å heve debutalderen for røyking, siden røyking og bruk av alkohol og andre rusmidler synes å henge sammen.

Suksesskriterier:

- Bedre kontroll med aldersgrensene for salg og skjenking.
- Motvirke majoritetsmisforståelsen (flertallet tror at alle de andre drikker mye mer enn dem selv).
- Motvirke at eldre kjøper alkohol til mindreårige.

Suksessindikatorer:

- Andel som oppgir i ungdomsundersøkelsen at de drakk før 15 år reduseres til under 20 prosent (28 prosent i 2011).
- Andel ungdomsskoleelever som oppgir i ungdomsundersøkelsen at de ikke drikker alkohol økes til 60 prosent (53 prosent i 2011).
- At mindre enn 33 prosent av butikkene selger alkohol til mindreårige i Juventes "skjenkekontrollen" (42 prosent i 2010).

3.2.3 MÅLOMRÅDE 2: ØKT FOKUS PÅ RUSMIDDELBRUK BLANT ELDRE UNGDOMMER

Mens det ser ut til at andelen rusmiddelbrukere i ungdomsskolealder går ned, er det mye som tyder på at de som ruser seg gjør det i sterkere grad enn tidligere. Vi har derfor ikke så langt sett de forventede positive effektene i de eldre aldersklassene. Derfor ønsker kommunen å øke fokuset på de noe eldre ungdommene, altså de over ungdomsskolealder. En stor andel av dem treffer vi i den videregående skolen, men det er også mange som faller utenfor. For en del av de som kommer til kort på videregående er rusmiddelbruk en del av problembildet.

Suksess-kriterier:

- Styrket forebyggingsfokus i den videregående skolen.
- Fokus også på eldre ungdommer som ikke går på skole.
- Motvirke økt aksept for og tilgjengelighet på ulovlige rusmidler, spesielt cannabis.
- Økt oppslutning om natteravnvirksomhet.

Suksessindikatorer:

- Redusert fravær i videregående skole.
- Økt andel av ungdom i videregående skole som i ungdomsundersøkelsene oppgir at de ikke drikker, røyker eller bruker ulovlige stoffer.
- Redusert andel av ungdommene som opplever at det er lett å få tak i cannabis og amfetamin/ecstasy (ungdomsundersøkelsen).
- Redusert forekomst av uheldige episoder i forbindelse med russefeiringen.

3.2.4 MÅLOMRÅDE 3: GJØRE FORELDRE MER BEVISSTE PÅ EGEN ROLLE

Det framstår stadig tydeligere hvor avgjørende det er å ha oppegående foreldre for å lykkes i det rusforebyggende arbeidet. Mange foreldre har følelsen av at de ikke lenger har noen påvirkningskraft på sine barn når disse når tenåra. Dessuten bringer mediene et bilde av en ruskultur som foreldrene vanskelig greier å relatere til. Det er derfor viktig å styrke foreldrenes oppmerksomhet, kompetanse og tro på seg selv som forebyggere.

Suksess-kriterier:

- Egnede arenaer for støtte og samtale for foreldre/foresatte, så som foreldremøter på skolene.
- Bevisstgjøring og styrking av foreldrerollen gjennom blant annet rådgiving.
- Lav terskel på relevante kommunale tjenester ved at de i større grad gjøres tilgjengelig utenfor ordinær kontortid.
- Styrking av alkoholfrie soner, særlig idrett og friluftsliv og samvær med barn og unge.

Suksessindikatorer:

- Andel ungdomsskoleelever som i ungdomsundersøkelsen oppgir at de ikke får lov til å drikke alkohol før de er 18 år økes til to av tre (51 prosent i 2011).
- Økt oppslutning om foreldremøter i alle klassetrinn.

3.2.5 MÅLOMRÅDE 4: TIDLIG INTERVENSJON MOT RUSPROBLEMER

Sjansene for å lykkes på rusfeltet, øker hvis vi kommer tidlig inn med tiltak, både i forhold til personer som selv har utviklet eller er i ferd med å utvikle egne rusproblemer og blant pårørende, særlig barn.

Suksesskriterier:

- Styrket aksept for viktigheten av å gripe inn tidlig og økt tillit til tjenesteapparatet.
- Økt oppdagelse av barn som lever i familier med rusproblemer, spesielt i barneskole og barnehage.
- Økt oppdagelse av rusproblemer på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.
- Økt oppdagelse hos fastleger og i bedriftshelsetjeneste av begynnende rusproblemer.

Suksessindikatorer:

- Økt antall bekymringsmeldinger knyttet til rus til barnevernet.
- Økt antall barn og unge som er involvert i familie- og pårørenderettede tilbud.

3.2.6 MÅLOMRÅDE 5: ØKT LIVSKVALITET OG VERDIG BEHANDLING AV MENNESKER MED RUSRELATERTE PROBLEMER

Rusmiddelavhengige skal behandles med samme verdighet som andre pasientgrupper i somatisk og psykisk helsevern. Mennesker med rusproblemer skal likestilles med andre når det gjelder status og ressursbruk, uavhengig av om de er rusfrie.

Suksesskriterier:

- Økt kompetanse om og bedre tjenester til personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser.
- Bedre tilbud om bolig og oppfølging for personer med rusproblemer.
- Mer fleksibelt tilbud om aktivitet og hjelp til å utvikle nettverk for personer med rusproblemer.
- Økt bruk av individuell plan og koordinerte tiltak i oppfølgingsarbeidet.
- Sammenheng mellom tjenester både horisontalt (mellom 1.-linjetjenestene) og vertikalt (mellom 1.- og 2.-linjetjenestene).
- Styrking av lavterskeltilbud.
- Samarbeidsarenaer og styrket samhandling tverrfaglig og med frivillig sektor.

Suksessindikatorer:

- Bedring av funksjonsnivået til rusmiddelavhengige som inngår i BrukerPlan (færre på rødt og "blodrødt").
- Økning i andel av pasientene som har individuell plan, tiltaksplan og ansvarsgruppe (BrukerPlan).
- Flere personer med videreutdanning i rus, psykiatri og boligoppfølging.

3.2.7 UTVIKLING AV BEDRE LOKALE MÅLE- OG ANALYSEREDSKAPER

For bedre å kunne målrette innsatsen på rusfeltet, er det nødvendig å utvikle metoder for å kunne gi mer presis vurdering av rusmiddelbruken i kommunen, spesielt blant ungdom og unge voksne. Det er behov for å utvikle redskaper som bidrar til en pålitelig og troverdig virkelighetsbeskrivelse av bruk og skader i ulike deler av befolkningen.

Karmøy kommune vil fortsette å gjennomføre ungdomsundersøkelser hvert annet år. Tanken er at de utvides til også å gjelde deler av videregående skole. Undersøkelsene gir imidlertid ikke noe godt bilde av det som rører seg i høyere alderstrinn.

Bergen og Stord har et system som kalles "Føre var", der informasjon om utviklinger på rusfeltet samles inn to ganger i året fra paneler av personer med nær kontakt til feltet i tillegg til en lang rekke kilder (helseinstitusjoner, produsenter/salgsteder for alkohol, apoteker, politiet, tollvesenet og så videre). Hensikten er å kunne gi et systematisk og kvalifisert bilde av endringer i tilgjengelighet, bruk, skadevirkninger, funn av brukerstyr, priser mv. Informasjonen gjøres tilgjengelig i form av to årlige rapporter, en for våren og en for høsten.

4 GRUNNHOLDNINGER I KAMPEN MOT RUSPROBLEMER

Karmøy kommunes verdier - kvalitet, ansvar og respekt - skal prege arbeidet på rusfeltet. Kommunen ønsker at følgende holdninger, erkjennelser og vurderinger legges til grunn for innsatsen for redusert bruk av rusmidler og reduserte skader:

4.1 Systematikk og kontinuitet

Karmøy kommune ønsker å etablere et tiltaksapparat mot rusproblemer som omfatter primærforebygging (rettet mot alle), sekundærforebygging (rettet mot risikogrupper) og et bredt behandlings-, rehabiliterings-, omsorgs- og ettervernstilbud. Karmøy kommune tror en når lengst på dette feltet med systematikk og langsiktig innsats. Det innebærer at en vil sette inn stabile tiltak på alle relevante arenaer og mot alle relevante målgrupper over lang tid. Erkjennelsen er at de «daglige drypp» har større betydning enn skippertak.

4.2 Kunnskapsbasert

Karmøy kommune ønsker at arbeidet på rusfeltet skal ta hensyn til internasjonal og nasjonal forskning, men også lokale og individuelle erfaringer i valg av så vel metoder som budskap.

4.3 Kjønnsperspektiv

Det er forskjell på jenter og gutter både når det gjelder motiver for bruk av rusmidler, hva slags skader og problemer det fører med seg og mulighetene for å komme ut av problemene. I så vel rusforebygging som i behandling/omsorg må det derfor ligge et kjønnsperspektiv – en vurdering av behovet for egne tilnærminger til gutter og jenter.

4.4 Alkoholfrie soner

Det er viktig at det finnes områder i samfunnet der rusmidlene ikke har noen plass. Det er innenfor Av-og-til-samarbeidet pekt på åtte såkalte alkoholfrie soner, særlig samfunnsområder hvor alkoholbruk medfører spesielt stor risiko for skade eller fare: Trafikk, graviditet, båt- og badeliv, idrett/friluftsliv, samvær med barn og unge, konflikter, arbeidsliv og sorg/depresejoner. Karmøy kommune vil arbeide for økt aksept av alkoholfrie soner. Enkelte av disse sonene er under press. Karmøy kommune ønsker derfor spesielt å hegne om idrett, friluftsliv og samvær med barn og unge som alkoholfrie soner.

4.5 Troverdigg kontroll med salg og skjenking

Kontrollstatistikken for Karmøy kommune for de siste åra tyder på at ingen bevillingshavere har fått anmerkninger for salg eller skjenking til mindreårige. En rekke undersøkelser tyder imidlertid på at ungdom får kjøpe alkohol i butikkene. Skal kommunens alkoholpolitikk ha troverdighet, er det avgjørende at kontrollordningen avdekker eventuelle brudd på regelverket, spesielt brudd på aldersbestemmelsene og skjenking til åpenbart påvirkede personer.

4.6 Likeverd

Rusmiddelavhengige skal sidestilles med andre grupper av somatisk og psykisk syke. De har selvsagt også rett til et godt sted å bo. Det gjenstår mye holdningsarbeid i samfunnet for at mennesker med rusproblemer skal sidestilles med andre vanskeligstilte grupper, både når det gjelder status og ressurser. Dette holdningsarbeidet må starte blant kommunens egne (og andre offentlig) ansatte.

Rusmiddelmissbrukere skal integreres i det ordinære hjelpeapparatet så langt det er mulig.

I tillegg til «total rusfrihet», skal også redusert bruk, økt livskvalitet og et mer verdig liv for brukeren kunne oppfattes som mål og indikasjon på vellykkede tiltak.

5 TILTAK OG SATSINGSOMRÅDER

Vi har valgt å dele tiltaksdelen inn etter de samme fem målrområdene. Det gjør at tiltaka i større grad kan knyttes til det vi håper å oppnå med planen. Tiltak er i hovedsak oppført bare under ett av målområdene. Det er likevel viktig å huske på at en del tiltak kan være virksomme for å bidra til måloppnåelse på flere områder.

5.1 Målområde 1 - Hevet debutalder

Ofta er det primærforebyggende arbeid det siktes til når en snakker om forebygging. Det er det arbeidet som tar sikte på å motvirke at bruk oppstår i større befolkningsgrupper, eksempelvis blant skoleungdom. Skolen framstår da også som en naturlig arena for primærforebyggende virksomhet, men det er også andre som må ta sin del av ansvaret.

5.1.1 SKOLEN SOM FOREBYGGINGSARENA

Skolen vil alltid være en viktig arena for forebyggende arbeid. Selv om det er vanskelig å tenke seg at en forsøkte å forebygge rusmiddelbruk uten å involvere skolen i betydelig grad, har skolen klare begrensninger. Forskningslitteraturen inneholder mange advarsler mot å tro at en kan endre ungdoms rusatferd gjennom isolert innsats i skolen. Det er få eksempler på skolebaserte programmer som demonstrerer mulighet for holdnings- og handlingsendring over tid. Dessuten skal de rusforebyggende programmene konkurrere med forebygging av en lang rekke andre problemer og fenomener i det moderne samfunnet (traffikkulykker, mobbing, tidlig seksuell debut, negative konsekvenser av mobiltelefon- og internettbruk og så videre), samtidig som det er sterkt press i retning av å styrke det faglige innholdet i skolen.

Læreplanverket for kunnskapsløftet slår fast at rusmiddelkunnskap skal inngå i undervisningen blant annet i samfunnsfag og naturfag både på mellomtrinnet og ungdomstrinnet. I tillegg til den kunnskapsmessige biten, blir det forventet at skolen også bidrar til «rusforebygging» i videre forstand, blant annet gjennom et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring.

Det foregår mye godt forebyggingsarbeid i de ulike skoleslaga i Karmøy, men det ligger trolig fortsatt muligheter for bedre effekt av innsatsen ved at denne blir gjort mer målrettet, planmessig, systematisk og langsiktig.

Fra skoleåret 2008-09 er alle ungdomsskolene i Karmøy pålagt å gjennomføre «Unge & rus» som felles rusforebyggende program i alle de fem ungdomsskolene. Det gir muligheter for felles kompetansebygging og utveksling av erfaringer.

Antimobbeprogrammet Zero er i bruk i varierende grad i alle Karmøy-skolene. Programmet er utviklet av forskere ved Senter for atferdsforskning ved Universitetet i Stavanger og bygger på nulltoleranse for mobbing, aktiv involvering i hele skolemiljøet og forpliktelse.

PALS (Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling) er en skoleomfattende innsatsmodell som brukes i seks skoler i Karmøy for å redusere antall elever med atferdssproblemer og fremme god sosial og skolefaglig læring. Modellen består av systematiske og effektive forebyggingstiltak som retter positiv oppmerksomhet mot alle skolens elever. Alle ansatte legger vekt på positiv involvering og oppmuntring, og de gir forutsigbare reaksjoner på negativ atferd.

Ny giv er et prosjekt som tar sikte på å lette overgangen fra ungdomsskole til videregående skole. Prosjektet muliggjør tettere oppfølging av ca 60 utvalgte elever for å sikre at flere fullfører videregående skole. Hovedgrepet er bedre ferdigheter i skriving, lesing og regning. Opplegget starter med intensivopplæring i 10. klasse og sommerskole. Kunnskapsdepartementet står bak Ny giv.

Karmøy lensmannskontor bidrar i «Unge & rus» og er dessuten årlig inne i alle 8.-klassene med relevant informasjon. Lensmannskontoret tilbyr også skolene å være med i Bry deg!-prosjektet mot narkotika i regi av Norsk narkotikapolitiforening.

Undervisning i psykisk helse foregår i alle klassetrinn på ungdomsskolen.

Helsesøstre gjennomfører hvert år målrettede samtaler med elever på 8. klassetrinn som trenger det.

De ungdomsskolene som ønsker det, kan delta i Juventes Fristil-opplegg. Antirøykeprogrammet Fri er også implementert i alle skolene.

5.1.2 MER ANSVARLIG OMSETNING OG BEDRING AV KONTROLLVIRKSOMHETEN

Et viktig bidrag til utsatt alkoholdebut, er å sørge for at færrest mulig mindreårige får tak i alkohol, og at de møter et entydig signal fra voksensamfunnet om at ungdom under 18 år ikke skal drikke alkohol. Dette budskapet undermineres spesielt dersom mindreårige får kjøpe eller blir skjenket. Erfaringene med at ungdom helt ned i 14-15-årsalderen får kjøpe alkohol i butikker i kommunen står i kontrast til resultatene av kontrollapparatet som i siden tusenårsskiftet ikke har avdekket et eneste tilfelle av salg til mindreårige. Det er derfor nødvendig å vurdere om kontrollene fungerer etter forutsetningen.

For å bidra til et mindre problemskapende uteliv og en mer ansvarlig omsetning av alkohol, har Karmøy kommune innført Ansvarlig vertskap.

Ansvarlig vertskap består av:

- Obligatorisk kurs for alle ansatte som håndterer alkohol og ordensvakter på utestedene
- Obligatorisk årlig møte mellom skjenkestedene og kommunen

Ansvarlig vertskap-kurs arrangeres årlig i samarbeid med Karmøy lensmannskontor over to dager/kvelder. Kravet gjelder serveringspersonale, bartendere, dørvakter og annet personale som unntaksvis kan bli satt inn i slike funksjoner. Kursa er en videreføring av såkalte dørvaktkurs der dørvakter og andre ansatte på skjenkesteder har fått tilført kompetanse på rusrelevante temaer (rus og vold, plikter overfor bevillingsmyndighet og politi, tegn og symptomer på narkotikabruk, aggresjonsdempende atferd, brannvern og så videre). Hensikten med kursa har vært å forebygge forekomst av vold i tilknytning til skjenkesteder og å gjøre alkoholomsetningen i kommunen tryggere.

5.1.3 HELSESTASJON FOR UNGDOM

Helsestasjon for ungdom fungerer som et lavterskeltilbud der ungdom kan komme uten timeavtale. Slike helsestasjoner er etablert i Åkra, Kopervik og på Norheim. Psykolog, lege og helsesøster er tilgjengelig, og gir mulighet for ungdom til å ta opp psykososiale problemstillinger. Samtaler om rus er ofte aktuelt blant annet i forbindelse med prevensjon.

5.2 Målområde 2 – Økt fokus på rusmiddelbruk blant eldre ungdommer

Tradisjonelt har det først og fremst vært i ungdomsskolen en har utført rusforebyggende arbeid. Etter at kommunens ungdomsundersøkelser gjennom en årrekke viser en forholdsvis positiv utvikling av rusmiddelbruken blant ungdom i ungdomsskolealder, er det mye som tyder på at det vil være hensiktsmessig å øke innsatsen blant eldre ungdommer. Det er så langt ikke noe som tyder på at den positive utviklingen blant ungdomsskoleelevene gjenspeiler seg i eldre aldersgrupper.

Et ønske om økt innsats blant eldre ungdommer innebærer intensivert innsats i videregående skole. I tillegg er det en vesentlig utfordring å finne virkemidler for å få de som ikke går på videregående skole i tale.

5.2.1 RUSFOREBYGGENDE ARBEID I VIDEREGÅENDE SKOLE

I Karmøy er det to videregående skoler – Kopervik og Åkrehamn. Om lag halvparten av ungdommene i kommunen benytter seg imidlertid av videregående skoler i Haugesund eller Rogaland for øvrig. Det er dermed vanskelig å gi en systematisk beskrivelse og vurdering av det som gjøres.

I bunnen for den videregående skolens innsats mot rusmiddelbruk, ligger en klar nulltoleranse for distribusjon av rusmidler. Det er også avgjørende at alle ansatte i skoleslaget er oppmerksomme på temaet – hvordan rusmidler spres, hvilke elver som sliter og så videre.

Skoleslaget har de siste åra økt sitt samarbeid med foreldre/foresatte. Her er det trolig enda mer å hente. Alle elever og foresatte må delta i en utviklingssamtale der det er gode muligheter til å drøfte bekymringer for eksempel omkring rus.

Karmøy vil fra 2013 gjennomføre sin ungdomsundersøkelse også i videregående skole.

På begge de videregående skolene i kommunen er det innarbeidet et undervisningsopplegg om psykisk helse (VIP) på første trinn.

Karmøy lensmannskontor har nær kontakt med de to videregående skolene i kommunen og følger tett opp skolens og omgivelsenes bekymringer omkring rusmiddelomsetning og -bruk, vold og så videre. Lensmannskontoret er også inne i skolene med rusforebyggende informasjon for elevene og personalet. Politiet deltar sammen med helsesøster om spesiell innsats i tilknytning til russetida.

Oppfølgingstjenesten er fylkeskommunens veiledningstjeneste overfor ungdommer opp til 21 år – de som har rett til videregående opplæring, men av ulike grunner ikke er i videregående skole. Oppfølgingstjenesten gir råd og veiledning til målgruppa og driver også oppsøkende arbeid for å sikre at alle disse ungdommene kjenner rettighetene sine. Oppfølgingstjenesten er et fylkeskommunalt ansvar, men samarbeider med ulike instanser som også har ansvar for målgruppa.

Siden de videregående skolene eies av fylkeskommunen, har ikke kommunens organer noen styringsrett her. For å styrke kontakten mellom skoleslaget og kommunen, er sosialrådgiverne for de to skolene gitt plass i SLT-arbeidsgruppa.

5.2.2 MØTEPLASSEN

Møteplassen er Karmøys tilbud til eldre ungdom som sliter. Møteplassen skal gi et lukket tilbud for personer som ikke er syke nok til å trenge behandling for rusproblemer eller psykiske lidelser, men har for store problemer til at de kan nyttiggjøre seg det generelle kulturtilbudet gjennom frivillige organisasjoner, kulturhus mv. Det handler om å ikke finne seg til rette, ikke greie å komme i gang med noe, ikke føle tilhørighet, litt mangelfullt utviklet nettverk og problemer med å finne og tilpasse seg struktur og rammer i tilværelsen. Tilbud kan gis i gruppe eller individuelt. Møteplassen drives av IOGT på vegne av Karmøy kommune.

5.2.3 OPPFØLGINGSTEAM FOR UNGE LOVBRYTERE

Fra 2011 er det opprettet ordning med oppfølgingsteam for unge lovbrøyttere for Karmøy kommune i regi av Konfliktrådet i Haugaland og Sunnhordland. Ordningen innebærer at utvalgte lovbrøyttere mellom 15 og 18 år følges opp tett av ei gruppe (oppfølgingsteamet) over tid, i tråd med en avtale som fungerer som alternativ til straff. Ordningen er prøvd ut flere andre steder i landet og resultatene har gjennomgående vært gode. Det er erfaringene med tiltaket så langt på Haugalandet også.

5.2.4 KVALIFISERINGSPROGRAMMET

Kvalifiseringsprogrammet er NAVs tilbud til personer som ønsker å komme i arbeid eller aktivitet, men som ønsker tilpasning og tilrettelegging. Programmet skal være individuelt tilpasset og inneholde arbeidsrettede tiltak og aktiviteter. Det kan også inneholde tiltak som forbereder overgang til arbeid, så som opplæringstiltak og motivasjonstrening. NAV Karmøy har erfart at helserettede tiltak og rusmestringstiltak er av stor betydning for betydning i arbeidet med Kvalifiseringsprogrammet.

I tillegg til statlige virkemidler bruker NAV Karmøy tiltak som Møteplassen og TIO. NAV kjøper også arbeidstreningsplasser på Kystkultursenteret på Mannes. Anslagsvis 60-70 personer er inne i programmet til en hver tid i 2012.

5.2.5 RUSFRIE MILJØTILBUD

Kommunens kulturavdeling bidrar gjennom støtte til blant andre frivillige organisasjoner og kulturhus til å skape rusfrie miljøtilbud.

I kommunen er det i dag i underkant av 700 frivillige lag og foreninger. En del av disse arbeider spesifikt mot rusproblemer, mens ytterligere svært mange tilbyr et rusfritt fritidstilbud. Frivillige organisasjoner har også mulighet til å søke om økonomisk støtte til rusfrie helgearrangement for ungdom.

Gjennom en økonomisk satsing er det gjort mulig å holde åpent på kulturhusa i helgene. Dette tilbudet er stedvis tatt svært godt imot. Enkelte steder har en unnlatt å etablere et slikt tilbud for å unngå å komme i konkurranse med andre tilbud. Det er en utfordring å skaffe bemanning til helgeåpne ungdomstilbud i kulturhusa.

De ni største fleridrettslaga får økonomisk støtte til å ansette daglige ledere. Noe av bakgrunnen for dette er ønsket om å stimulere idrettslaga til å legge til rette for forebyggende og miljøskapende arbeid.

5.3 Målområde 3 - Gjøre foreldre mer bevisste på egen rolle

Foreldrene er det viktigste forebyggerne. Derfor er det viktig at de er bevisste på sin rolle som oppdragere og at de har tilgang til gode råd og veiledning i sin del av jobben.

5.3.1 FORELDREMØTER

Foreldremøter på skolene er en av de viktigste arenaene hvor en omgås foreldre/foresatte i kraft av å være akkurat det. Derfor må foreldremøter utnyttes til viktige ting. Barns- og ungdoms omgang med rusmidler er en slik viktig ting som egner seg godt for bearbeiding i foreldregruppa. Siden rusmiddelbruk er kollektiv atferd, er det hensiktsmessig å vurdere det ut fra et klasse-/skoleperspektiv like mye som fra et individperspektiv. I «Unge & rus» inngår to foreldremøter, ett tidlig i 8. klasse og ett på slutten av skoleåret. I tillegg tilbyr Karmøy lensmannskontor medvirkning på foreldremøter som tar opp rusmiddelbruk som tema.

5.3.2 FORELDRE- BARN-TEAMET

har siden 2006 tilbudt "barnefokuset familiearbeid". Foreldre-barn-teamet er knyttet til helsestasjon- og skolehelse-tjenesten og er et tverrfaglig sammensatt, med både helsesøster, barnevernspedagog, spesialsykepleier og sosionom. En psykolog fra PPT er også knyttet til teamet. Teamet tilbyr blant annet gruppetilbud for barn som har en pårønderrolle i familier med rus/psykiske vansker.

5.3.3 ÅPEN DØR

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) har hver tirsdag et åpent tilbud til foreldre, ansatte i skoler og barnehager og andre interesserte på ettermiddagtid (15.00-17.30) hvor en uten spesiell avtale kan komme og ta opp saker helt uformelt. Temaene kan være barnas trivsel, hvordan de fungerer psykisk eller læremessig. Bemanningen dekker både det pedagogiske og det psykologiske.

5.3.4 NATTERAVNER

Natteravner er trolig blant de forebyggingsiltaka som har størst effekt i forhold til innsats. Hensikten er å sørge for at det offentlige rom ikke domineres av personer som er påvirket av rusmidler, særlig alkohol. Dette er et arbeid som alle kan ta del i, da det handler om å være til stede og observere mer enn om å handle. Det er i 2012 registrert natteravnvirksomhet i Skudeneshavn, Kopervik, Veia og Avaldsnes.

5.4 Målområde 4 – Tidlig intervensjon

Det er viktig å gripe inn tidlig for å unngå problemer med egen rusing. Men det gjelder i høyeste grad også å hindre skjevutvikling hos barn og andre pårørende som lever med rusmiddelavhengige. Dessuten handler tidlig intervensjon om å komme raskt inn for å korrigere utvikling mot rusproblemer på alle alderstrinn.

5.4.1 PSYKOSOSIALE TEAM

I sonene har det tidligere eksistert ulike former for psykososiale team. De har gjerne fungert som samarbeidsmøter mellom kulturhus, skole, barnevern og politi, eventuelt med andre aktører. En evaluering av disse teama, viste at virksomheten varierende, både over tid og fra sone til sone. For å kunne utføre et mer systematisk tidlig intervensjon, er det viktig å få etablert en modell for likeverdige psykososiale team på sonenivå som arbeider systematisk og langsiktig. Slike team må være tverrfaglig sammensatt,

gjern med representanter for ungdomsskole, barnevern, PPT, helsestasjon, politi og kulturhus. Virksomheten i hvert enkelt team må være regelmessig, systematisk og langsiktig.

5.4.2 HAUGALANDSLØFTET

Haugalandsløftet er et regionalt kompetansehevingprosjekt for kommunene Utsira, Karmøy, Haugesund, Bokn, Tysvær, Sveio, Vindafjord, Suldal og Sauda. Målet med det tverrfaglige samarbeidsprosjektet er å få ned andelen elever som trenger spesialundervisning. Denne andelen ligger i dag langt høyere i regionen enn landsgjennomsnittet. Dette fører til at elever som ville klart seg med tilrettelagt undervisning i skolen, eller med et godt tilpassa opplegg i barnehagen, må ha tiltak som binder opp store ressurser i kommunene samtidig som PPT må bruke for mye tid på sakkyndig arbeid. Målet er å snu denne trenden gjennom rett innsats tidlig. Kommunene samarbeider med Statped Vest, Høgskolen Stord/Haugesund og Helse Fonna. Gjennom prosjektet skal kommunene bedre sikre et godt læringsmiljø og læringsutbytte for alle barn ved at skoler og barnehager blir bedre i stand til å legge til rette for god tilpassa opplæring. Prosjektet skal pågå til august 2017.

5.4.3 HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

Helsetjenesten treffer flertallet av foreldrene gjentatte ganger gjennom svangerskap og barsel. Foreldrene er i en fase i livet da de er mottakelige for informasjon ut fra ønsket om det beste for sine barn. Derfor er helsestasjons- og skolehelsetjenesten i gunstig posisjon til både generelt og spesifikt å gi råd og veiledning. Alle gravide som går til jordmor kartlegges i dag for rusvaner gjennom kartleggingsverktøyet "Tweak". Familier som trenger det, kan følges opp fra fødsel til barnet er fem år. Ved 8-10-månederskontroll fokuserer en blant annet på om foreldrene drikker alkohol med barna til stede.

Foreldrene oppfordres til å være mest mulig avholdende i svangerskap og ammetid. Det fokuseres ellers spesielt på temaer som tilknytning, samspill, selvfølelse.

5.4.4 TILBUD FRA BARNEVERN OG UNGDOMSTJENESTEN

Noen ganger må barn ha spesiell hjelp på grunn av foreldres manglende omsorgsevne. Bakgrunnen kan eksempelvis være rusmiddelmissbruk eller psykisk helse. Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levevilkår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Tiltakene skal gi mulighet til å forebygge situasjoner som ellers ville gjøre det nødvendig med mer alvorlig tiltak. Forebyggende tiltak for utsatte barn i samarbeid med hjemmet, er et supplement til foreldrenes omsorgsansvar. Eksempler på barnevernstiltak i familien er miljøarbeider, tilsynsfører, støttekontakt, avlastning, økonomisk hjelp til fritidsaktiviteter, besøkshjem og foreldreveiledning.

Noen ganger er det nødvendig å plassere barn i omsorgstiltak utenfor hjemmet mot barnets/foresattes vilje. Slike beslutninger tas av Fylkesnemnda for sosiale saker, med klageadgang til domstolene. Karmøy kommune har hvert år ca. 40 saker til slik behandling.

Barneverntjenesten i Karmøy kommune har til enhver tid kontakt med ca. 220 barn som bor hjemme og ca. 100 barn som bor utenfor hjemmet.

Det er viktig at barneverntjenesten i tillegg til, eller i stedet for å iverksette hjelpetiltak, også gir barn og foreldre råd og veiledning slik at foreldrene settes i stand til å ivareta sine foreldrefunksjoner uten barnevernets innbripen.

Eksempelvis brukes multisystemisk terapi (MST) mye i saker med store atferdsvansker, blant annet rus. Dette er et veiledningstiltak for ungdom og foreldre som det kommunale barnevernet bestiller og betale, men som det statlige barnevernet (Bufetat) utfører.

Som det framgår av statistikken under punkt 2.2.8. har antall meldinger til barnevernet i Karmøy gått sterkt opp de siste åra. Det er lite trolig at det først og fremst skyldes økt antall tilfeller, men snarere følger av økt oppmerksomhet i offentlige instanser omkring behov for tiltak fra barnevernet. Økt tilmelding til barnevernet er en ønsket utvikling, men belegger selvsagt kapasitet i tjenesten. Det har ført til at Barnevern- og ungdomstjenesten av kapasitetsgrunner nå kun driver lovpålagt saksbehandling og har måttet redusere det forebyggende arbeidet som tidligere ble utført av ungdomstjenesten. Barnevern og ungdomstjenesten har fortsatt lavere bemanning enn sammenliknbare kommuner. Det gjør at en må prioritere sterkere mellom saker ut fra alvorlighet. Akutte tilfeller og barn i nød håndteres uansett.

5.4.5 BARN SOM PÅRØRENDE

Barn som sliter i familier med psykiatri og/eller rus er utsatt for spesiell risiko for selv å få blant annet rusproblemer. Derfor er det viktig at det blir avdekket så tidlig som mulig og at de får tilbud om hjelp og oppfølging. "Barn som pårørende" er nå ivarettatt i helselovverket. Helsepersonell er forpliktet til å ivareta disse barn som pårørende.

Det er også viktig er det å bygge opp kompetanse, oppmerksomhet og kapasitet i barnehage og skole slik at "oppdagelsesrisikoen" øker. Skoler, barnehager og helsetjeneste i Karmøy kommune har prosedyrer for å fange opp barn som sliter med pårørendes rusproblemer og psykiske vansker.

5.4.6 FASTLEGER OG BEDRIFTHELSETJENESTE

Tidlig intervensjon handler ikke bare om å gripe inn i tidlig alder. Det er også viktig å forsøke å stoppe skjevutvikling på et tidlig stadium. Her har fastlegene og bedriftshelsetjenesten et viktig ansvar ved å avdekke om somatiske/psykiske plager er symptomer på, årsak til eller resultat av et rusmiddelbruk som gir grunn til bekymring. Internasjonal forskning dokumenterer at kombinasjonen av enkel screening og motiverende samtale (såkalt mini-intervensjon) er et effektivt bidrag til at mange ikke utvikler alvorlig rusmiddelavhengighet. Det er utarbeidet enkle screeningverktøy (spørreskjemaer) for slik intervensjon som kan gjennomføres som ledd i en ordinær konsultasjon.

5.5 Målområde 4 – Økt livskvalitet og verdig behandling

5.5.1 BEHANDLING

Gjennom blant annet lov om helse- og omsorgstjenester og folkehelseloven har kommunen et betydelig ansvar for å hjelpe mennesker med erkjente rusmiddelproblemer og å forebygge rusproblem.

«Behandling» av rusproblemer oppfattes i dag som en kjede av tiltak som kan omfatte både motiverende tiltak, råd og veiledning, avrusning, behandling i spesialisthelsetjenesten, skadereduserende tiltak, oppfølging, rehabilitering og integrering. Det en gjerne kaller «behandling» dreier seg i hovedsak om « tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (TSB) som er en del av spesialisthelsetjenesten og utføres av helseregionene (Helse Vest) og helseforetaka.

Fastlegene og sosialtjenesten har ansvar for/rett til å henvise personer til utredning og vurdering av behandlingsbehov. Da NAV Karmøy ble etablert som en felles statlig-kommunal tjeneste i 2009, ble de oppgavene til sosialtjenesten som rettet seg mot rusmiddelavhengige (i hovedsak det som ikke dreier seg om økonomi) overført til en ny rus- og aktivitet-tjeneste. Det er denne enheten som har henvisningsrett på vegne av Karmøy kommune.

Barnevernet har selvstendig rett til å henvise unge under 18 år til utredning for rusbehandling gjennom barne- og ungdomspsykiatrien (PUT/BUP).

I hovedsak vil behandlingsutredning for voksne i Karmøy skje ved utredningsenheten ved Haugesund sjukehus, Haugaland DPS, Karmøy DPS, Haugaland A-senter eller Rogaland A-senter. Herfra henvises pasienten så videre til behandlingstiltak. Pasienten blir tilkjent rett til behandling på et nivå (avrusning, poliklinisk behandling eller døgnbehandling) og kan ut fra dette i noen grad selv velge hvor behandlingen skal skje (fritt sykehusvalg).

Inntrykket er at mye er blitt bedre når det gjelder både kapasitet og mangfold i behandlingsapparatet de siste åra. Fortsatt framstår behandlingstilbudet som noe «fragmentert». Det er fortsatt et behov for å bedre den vertikale samhandlingen, altså den som foregår mellom ulike enheter i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til å benytte seg av tilbud gjennom helseforetak, kjøper Karmøy kommune tjenester av Stiftelsen Karmsund ABR-Senter. Dette er tjenester som kommunen dekker selv økonomisk og som i hovedsak består i bo- og omsorgstiltak for misbrukere som trenger skjerming for å komme ut av intens rusing eller stabiliseres mens de blir utredet for videre behandling samt arbeidstrening. Disse tjenestene koster kommunen i størrelsesorden en million kroner i året.

5.5.2 RUS OG AKTIVITET

Da NAV Karmøy ble opprettet i 2009, ble den tidligere sosialtjenesten delt. Det som hadde med økonomisk bistand og rådgiving ble sammen med oppgaver knyttet til flyktninger overført til NAV, mens det meste som berørte rusmiddelmissbrukere ble overført til en ny rus- og aktivitetstjeneste. Det er denne tjenesten som henviser til utredning for rusbehandling (herunder legemiddelassistert rehabilitering) og ellers har mye av ansvaret for å følge opp personer med rusproblemer gjennom råd og veiledning, støttekontakt, miljøarbeid, boligoppfølging, lavterskel helsehjelp, aktivitetstilbud (LAR)

5.5.2.1 Helsestasjon rus

Helsestasjon rus er lokalisert i Kopervik sentrum. Den omfatter følgende tiltak/tilbud:

- Ruskonsulenttjeneste, herunder henvisning til utredning for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- Legemiddelassistert rehabilitering
- Lavterskel helse – tilbud til «aktive rusmiddelmissbrukere» over 18 år som ikke er under rusbehandling og hvor formålet er å forebygge sykdom og å motivere til behandling. Her kan en få hjelp til kontakt med lege, samtale og veiledning, utdeling av sprøytepakker, mat, transport, sårstell mv.
- Boligoppfølging - for enkeltpersoner som har fått innvilget kommunal bolig. Oppfølging i bolig skal føre til bedret boevne og økt livskvalitet. Fokus på sosialisering og oppfølging i hjemmet skal bidra til at gruppa i større grad blir integrert og inkludert i samfunnet. Et viktig bidrag til boligoppfølging er også ansettelse av en egen sosialvaktmester.

- Miljøarbeid. Målet med miljøarbeid er å trene opp sosiale ferdigheter, gi økt livskvalitet og integrering og inkludering i samfunnet. Det jobbes miljørettet både gruppevis og en til en og en jobber stort sett hjemme hos pasientene eller ute i samfunnet.

5.5.2.2 Legemiddelassistert rehabilitering

Personer med langvarig, opiattdominert misbruk, kan etter spesielle regler få hjelp gjennom legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Målet med LAR er å hjelpe pasienten til å komme seg ut av et belastet misbrukermiljø, til å kunne nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstilbud, redusere skadene av misbruket og faren for overdoser, bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og yrkesmessig og sosial rehabilitering. Det er ikke en forutsetning for LAR at pasienten faktisk oppnår rusfrihet eller medikamentfrihet. Tidligere var det aldersgrense og krav om at medikamentfri behandling var utprøvd i rimelig omfang for å komme inn i LAR. Nå er inntak knyttet til diagnose og øvrige krav har falt bort.

LAR innebærer at pasientene får metadon, Subutex eller Subuxone. Dette er morfinliknende medikamenter som dels skal stabilisere pasientens stemningsleie (ikke gi rus) og dels skal dempe sug etter og blokkere virkningen av andre opiater.

Det er Helse fonna som vurderer om pasienter har krav på LAR-behandling. Brukerne mottar medikamentet på helsestasjon rus, på apotek, av hjemmetjenesten eller hos fastlege.

mens medikamentet deles ut av helsestasjon (om lag halvparten), av fastlege eller av apotek. Helsestasjon rus har også ansvar for det praktiske ved opp-/nedtrapping av medikament, observasjon av virkninger og bivirkninger.

Karmøy kommune hadde ved inngangen til 2012 ca 90 pasienter i LAR. Ettersom LAR for de fleste er et varig tiltak, er det rimelig at antallet brukere akkumuleres. Økningen i antall brukere, avspeiler således neppe en økning i antall opiatavhengige, men snarere at LAR er blitt tilgjengelig for flere gjennom blant annet endret regelverk og at svært få tvinges ut av behandlingen. Trolig har bruken og antall brukere av heroin vært på vei tilbake, samtidig som stadig flere har fått tilbud om behandling.

5.5.3 TILTAK FOR MISBRUKERE MED BARN OG GRAVIDE

Gravide rusmiddelbrukere og misbrukere med barn har spesiell oppmerksomhet og prioritet, både når det gjelder forebygging og behandling. 5-6 gravide følges opp av denne grunn i Karmøy hvert år. Gravide misbrukere kan «tilbakeholdes» i en institusjon uten eget samtykke i hele eller deler av svangerskapet, dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade og andre hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Tvangsloven benyttes generelt i liten grad, og da gjerne i forhold til tungt belastede narkotikabrukere.

5.5.4 BOLIGSOSIALT ARBEID

Alle må ha et sted å bo. Det er ekstra viktig for mennesker som sliter med rusproblemer, siden et godt sted å bo også demper misbruket. Dessuten vil god boligdekning for denne gruppa føre til at en i mindre grad får ansamlinger i visse boliger.

Det er imidlertid ikke til å komme fra at rusmiddelmisbrukere som gruppe er lite attraktive som leietakere. Erfaringen er at det går overraskende bra med mange når de kommer seg inn i «egen» bolig.

I siste valgperiode er Pilehagen bygget ut fra 4 til 14 boenheter. Her gis det botilbud til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet.

Det private markedet for utleieboliger er i dag trangt. Behovet er ofte mindre leie-leiligheter for enslige eller små familier, mens boligstrukturen i Karmøy i stor grad omfatter store selveide eneboliger. Det er derfor nødvendig å skaffe flere boliger som kommunen eier, disponerer og/eller driver. Det er imidlertid ikke helt avklart hvor stort behovet er. Det finnes i prinsippet ikke noen venteliste av boligsøkere i Karmøy, da det ikke er nedfelt presise kriterier for boligtildeling.

I tillegg til at en ny boligsosial handlingsplan er under arbeid, pågår det også et boligsosialt samarbeidsprosjekt med Haugesund kommune og Husbanken. Prosjektet har som formål å belyse tiltak og virkemidler som kan bidra til at vanskeligstilte får en bedre bosituasjon.

Arbeidet tar sikte på å se nærmere på sammenheng mellom boligformidling og tjenesteyting. Utvikling av rutiner og praksis skal bidra til virkningsfulle tiltak. Ved at to kommuner samarbeider, forventer en også at de skal kunne lære av hverandre.

En kartlegging er foretatt for å muliggjøre bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det er i dag bedre oversikt over utfordringer og bruken av virkemidler enn det har vært tidligere. Det gjenstår imidlertid fortsatt noen klargjøringer for å kunne beskrive behovet presist.

Prosjektet setter også fokus på opplæring i forståelse for dagens problematikk.

Karmøy kommune har en boligsosial handlingsplan for 2009-2012 som ble vedtatt i 2009. Det arbeides med rullering av planen. Den vil måtte konkretisere nærmere både utfordringer og løsninger når det gjelder behov for boliger, personalbehov og differensiering av boligtiltak.

Det er i denne omgang naturlig å peke på følgende behov:

5.5.4.1 Behov for et bredt spekter av boliger

Skal en dekke de ulike behova for boliger til mennesker i en vanskelig livssituasjon, er det nødvendig med et bredt spekter og stor fleksibilitet med tanke på bomiljø/naboer, fysisk utrustning og personelloppfølging:

- Akutt-tilbud med oppfølging
- Lavterskelbotilbud for personer som vanskelig kan bo sammen med andre
- Boliger med døgnoppfølging
- Boliger med mye oppfølging
- Boliger med litt oppfølging
- Boliger for de som greier seg ganske bra på egenhånd

Skal en dekke behovet over tid, kreves det også at en har noe boligmasse i beredskap. Det innebærer at en også må tåle å se at noen boliger står tomme i perioder. En venter økt behov for de fleste av disse kategoriene boliger i åra som kommer. Men i dag har en ingen ting for de dårligst fungerende pasientene (lavterskel).

I september 2011 hadde kommunen 193 trygdeboliger, 69 omsorgsboliger, 144 utleieboliger, til sammen 406 boenheter.

5.5.4.2 Hospits er ikke ønskelig

Det er i dag bred enighet om at en ikke ønsker å bruke hospits uten oppfølging. Det er dyre og dårlige løsninger. Å gjøre seg uavhengig av hospits forutsetter imidlertid at kommunen har egne akutt-tilbud. Det er ikke til å underslå at det er et visst press på akuttboliger i kommunen.

5.5.4.3 Bemanning er nødvendig

Det er lite mening i å etablere botilbud uten også å følge opp med bemanning. Det vil i noen tilfeller bare gjøre situasjonen verre ved at personer med liten boevne blir ytterligere stigmatisert/uønsket i nærmiljøet. Et av grepa Karmøy kommune har tatt, er å ansette en egen sosialvaktmester som hjelper noen av de tyngste brukerne i kommunale boliger.

Ellers får personer med rusproblemer oppfølging av miljøarbeidere i rus- og aktivitet-enheten og hjemmetjenesten.

5.5.5 AKTIVITETSRETTEDE TILTAK

For mennesker med avhengighetslidelser, er det viktig å være i aktivitet. Gjennom aktivitetene opplever en mestring, sosialt fellesskap og i noen grad «mening i tilværelsen». Ikke alle med rusproblemer kan forventes å ta del i ordinært arbeid, men det er likevel viktig å ha et bredt spekter av aktivitetstilbud.

5.5.5.1 Fritid, dagtilbud, nettverk

Rusmiddelmissbrukere har i noen grad tilbud om aktiviteter på psykiatriske dagsentre som finnes i Åkrehamn, Kopervik og på Avaldsnes.

På Helsestasjon rus er det mulig å få være med i aktivitetsgrupper. Her er det et lavterskel aktivitetstilbud, et sosialt treffpunkt og mulighet for å disponere PC/telefon.

5.5.5.2 TIO

Tettere individuell oppfølging (TIO) er et sysselsettingsopplegg med ulike tilbud blant annet til personer med rusproblemer. Arbeidsoppgavene kan bestå i vedskjæring, plukking av søppel, vedlikehold og så videre.

5.5.5.3 Arbeid med bistand. attføring mv.

NAV Karmøy arbeid har et bredt spekter av tilbud om arbeid med bistand, arbeidstrening og attføring, dels i skjermede bedrifter (eksempelvis ASKI, Solstein og Haugaland Industri) og dels i ordinære bedrifter. Bedrifter kan på visse vilkår få dekket en del av sine utgifter (til for eksempel lønn) for å gi arbeidspraksis. Tilbud om tilrettelagt arbeid kan være varig eller midlertidig. Forutsetning for varig tilrettelagt arbeid er at en har uføretrygd.

Arbeid med bistand innebærer at en får en veileder som følger en i arbeidsutøvelsen gjennom 2-3 år i ordinære bedrifter.

Karmøy kommune kjøper noe arbeidstrening gjennom Karmsund ABR-senter.

5.5.6 TILBUD GJENNOM PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

Brukere med rusproblemer er blitt ei stadig mer prioritert gruppe for pleie- og omsorgstjenestene de siste åra. Dette følger til dels av kravet om at rusmiddelavhengige har de samme rettighetene som andre pasientgrupper. For å møte dette kravet, har en økt kompetansen i tjenestene, blant annet i form av videreutdanning innen rus/psykiatri.

Hjemmetjenestene deltar i medisineringsen av enkelte LAR-pasienter.

Å leve opp til kravet om likeverdig behandling krever holdningsendringer. Både brukere og tjenesteytere har tradisjonelt vegret seg noe. Dette er tjenester som brukerne mottar frivillig, og det er ikke alltid de ønsker noen bistand.

5.5.7 ELDRE MED RUSPROBLEMER

I likhet med andre grupper i samfunnet, lever også personer med alkohol- og/eller narkotikaavhengighet lenger. Det innebærer at vi i framtida vil ha ei større gruppe som mottar hjemmetjenester eller institusjonstjenester som har et liv i rusmiddelmissbruk bak seg. Dette stiller tjenestene overfor nye utfordringer til blant annet kompetanse og organisering.

Selv alkoholforbruket tradisjonelt har sunket med stigende alder, øker også forbruket blant eldre (de over 65 år). Eldre er mer sårbare for påvirkningen av alkohol, samtidig som eldre som gruppe bruker mer legemidler enn resten av befolkningen. Det er også viktig å være oppmerksom på den ekstra sårbarheten som inntreffer ved høy alder gjennom overgang til pensjonisttilværelse, tap av livsledsager, endringer i sosialt nettverk og endret fysisk og psykisk helsetilstand.

5.5.8 OPPFØLGING OG INTEGRERING, FØR, UNDER OG ETTER SPESIALISERT BEHANDLING

Kommunen har ansvar for å følge opp pasienten, både før, under og etter opphold i døgninstitusjon. Karmøy kommune tilbyr sine brukere ettervern som er organisert og tilrettelagt i det kommunale tjenestetilbudet. Hva den enkelte får tilbud om vil være individuelt og vurdert ut fra brukerens behov. Det vanligste er bolig med eller uten oppfølging, miljøarbeidertjeneste, psykiatrisk hjemmesykepleie og andre hjemmebaserte tjenester. Tjenestetilbudet blir ofte gitt som en større pakke hvor for eksempel spesialisthelsetjenesten gir tilbud om behandlingsoppfølging, Nav arbeid gir tilbud om attføringstiltak og så videre.

5.5.8.1 Sikring av koordinerte tjenester

Det er en nasjonal ambisjon å øke bruken av individuell plan for rusmiddelavhengige med sammensatte problemer. Ønsket om å øke bruken av individuell plan blant rusmiddelmissbrukere er ikke enkel. I tillegg til at det er særdeles tidkrevende, er det krevende å motivere brukerne til å ønske en slik plan. Det finnes også andre redskaper for å sikre at pasienter med langvarige, sammensatte problemer får sine behov og rettigheter ivaretatt, blant annet personlige koordinatorene. Uavhengig av redskaper, er det et klart ansvar for alle instanser å sørge for best mulig sammenheng i tjenestene.

5.5.9 SELVHJELPSGRUPPER

Både NA (Anonyme narkomane) og AA (Anonyme alkoholkere) har ukentlige møter i Kopervik.

5.5.10 TILBUD TIL PÅRØRENDE – FAMILIEPERSPEKTIV

De siste åra har det blitt økende oppmerksomhet omkring den belastningen det er å bo og vokse opp sammen med en person med rusproblemer. Derfor er pårørendeperspektivet sterkt blant annet i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet. Særlig sterkt fokus er det på å gi barn i misbruksmiljø et adekvat tilbud.

5.5.10.1 Spesielle tilbud til barn i misbruksmiljø

Karmøy kommune har tilbud til barn som vokser opp med omsorgspersoner som ruser seg gjennom gruppetilbud i regi av Foreldre-barn-teamet.

Kommunen har fokus på barna gjennom BrukerPlan (se punkt 2.2.5.3). Gruppen blir ivaretatt gjennom virksomhetene i Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, PPT og Barnevern- og ungdomstjenesten.

5.5.10.2 Familieklubb-modellen

En familieklubb er ei gruppe mennesker som samles for å lindre de problemene de har med alkohol eller andre rusmidler. Noen har selv hatt misbruksproblemer, andre har hatt problemer med misbruk **blant sine nærmeste**. Navnet familieklubb viser til at medlemmene kommer i små «familie»-grupper. I de fleste tilfeller er det virkelige familier med samboere, eventuelt med barn. Men det kan også være en far som kommer med sine barn, fordi mor drikker. Det kan være unge eller voksne barn av misbrukere,

eller det kan være den som drikker sammen med en venn, som utgjør en «familie» i klubben. Alle familiemedlemmene er likeverdige i klubben.

Det finnes familieklubb-tilbud i Karmøy.

5.5.11 RUS OG PSYKISKE LIDELSER

Samtidig forekomst av rusproblemer og psykiske lidelser omtales i dag som ROP-lideler. Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Tidligere var det slik at personer med rusproblemer ikke kunne få psykiatrisk hjelp fordi de var rusa, mens de samme personene ikke kunne få rusbehandling fordi de hadde symptomer på psykiske plager. Dette er ikke lenger akseptabelt. Karmøy kommunestyre har vedtatt at disse personene skal ha høy prioritet i alle etater/enheter i kommunen. Alle tjenesteytere har ansvar for å bidra til at dette skjer ved at tjenestetilbudet tilpasses denne brukergruppa.

At spørsmålet om ROP-lidelser tas på alvor understrekes av at det utarbeides en egen plan for rus og psykisk helse.

Det har lenge vært klart at en stor andel av de med tunge rusproblemer også har psykiske plager, som årsak til, sammenfallende med eller virkning av rusmiddelbruken. BrukerPlan i 2011 tyder imidlertid på at gruppa er langt større enn tidligere antatt: Blant de 269 personene som har kontakt med hjelpeapparatet i Karmøy kommune for sine rusproblemer, var det bare 10 personer som ikke også hadde psykiske vansker (mindre enn 4 prosent).

5.5.12 FORHOLDET TIL FRIVILLIG SEKTOR

Karmøy kommune har gode erfaringer med og positive vilje til å samarbeide med frivillig sektor på rusfeltet. Vi kjøper omsorgstjenester av blant andre Karmsund ABR-senter, samarbeider med IOGT om drift av Møteplassen. Tjenesteapparatet i kommunen ønsker først og fremst å samarbeide med frivillige aktører som kompletterer kommunens virksomhet. For at kvaliteten på og omfanget av basistjenester skal være lik i hele kommunen, er det viktig at de gis av det offentlige apparatet. Dette styrker også mulighetene for sammenheng i tjenestene.

Ikke minst vil det være nyttig å utnytte frivillige lag og foreningers mulighet til å skape sosiale nettverk.

6 GJENNOMFØRING AV PLANEN

6.1 Samordning av lokale (kriminalitets)forebyggende tiltak

Erfaringene med tverrfaglig/tverretatlig samarbeid er lange og gode i Karmøy kommune. I dag er store deler av det rusforebyggende arbeidet lagt inn under SLT-ordningen som omfatter styringsgruppe (politiråd), SLT-arbeidsgruppe og SLT-koordinator.

SLT-ordningens oppgave er å redusere kriminalitet og rusmiddelbruk og bedre oppvekstmiljøet. Det skjer ved å bidra til at forebyggingsaktiviteten er målrettet, systematisk og langsiktig, at en unngår dobbeltarbeid og avdekker mangler.

SLT-ordningen har ansvar for å koordinere innsats knyttet til å sette rusmiddelpolitisk handlingsplan ut i livet. SLT-koordinator er ansatt i halv stilling.

6.2 Tverrfaglighet

For å sikre samordning og helhet i tilbud og tiltak, er det i dag nødvendig å arbeide og tenke tverrfaglig og tverretatlig, på tvers av sektorgrenser, grenser mellom forvaltningsnivåer og grenser mellom privat og offentlig virksomhet.

Karmøy kommune har gode tradisjoner for tverrfaglighet, men det er stadig behov for styrking. En har gode erfaringer med tverrfaglig kompetansebygging, noe som både bidrar til nettverksbygging og at ulike etater har felles forståelse og kunnskapsbasis for å møte felles utfordringer.

6.3 Økonomi

I hovedsak innebærer denne planen en videreføring av strategier og tiltak fra tidligere planer. Det er dermed begrenset behov for økte ressurser til feltet. Mange av oppgavene er allerede ivaretatt innenfor kommunens virksomheter.

Finansiering av de ulike forslagene i planen innarbeides i økonomiplanen og vurderes i forbindelse med budsjettbehandlingen for hvert enkelt år.