

# Rusmiddelpolitisk handlingsplan

## 2008-2011

### Andebu kommune



1.0	Innledning.....	3
1.1	Forankring i kommunens ledelse og øvrige planverk.....	3
1.2	Kommunens arbeid med planen og forankring og eierskapsfølelse hos involverte.....	5
<b>2.0</b>	<b>Beskrivelse og vurdering av rusmiddelsituasjonen.....</b>	<b>7</b>
2.1	Rusmiddelsituasjonen i Norge.....	7
2.1.1	Alkohol.....	7
2.1.2	Narkotika.....	8
2.2	Rusmiddelsituasjonen i Andebu.....	8
2.2.1	Alkohol.....	11
2.2.2	Narkotika.....	12
<b>3.0</b>	<b>Rusmiddelpolitiske mål og strategier.....</b>	<b>13</b>
3.1	Andebu kommunes mål og strategier.....	13
3.1.1	Barn og unge.....	13
3.1.2	Barn og unge som ruser seg.....	14
3.1.3	Foreldre og rusmidler.....	14
3.1.4	Alkohol regulerende tiltak.....	14
3.1.5	Voksne som misbruker rusmidler.....	15
<b>4.0</b>	<b>Tiltak.....</b>	<b>16</b>
4.1.1	Brosjyre.....	16
4.1.2	Forebyggende tiltak i ungdomsskolen.....	16
4.1.3	Danseverksted.....	17
4.1.4	Rus som tema på foreldremøter.....	17
4.1.5	Prosjektet ”av og til”.....	18
4.1.6	Natteravner.....	19
4.1.7	Helsestasjon for ungdom i Tønsberg.....	19
4.1.8	Kompetanseheving innenfor rusfeltet.....	19
4.2	Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper.....	20
4.2.1	Jente-/guttegrupper.....	20
4.2.2	Go-cart prosjektet.....	20
4.2.3	Barn av flyktninger.....	21
4.2.4	Besteforeldre reserven fra frivillighetssentralen.....	21
4.3	Tiltak for å regulere tilgjengeligheten av alkohol.....	21
<b>5.0</b>	<b>Oppfølging og rehabilitering av de som misbruker rusmidler eller er i rehabiliteringsfasen.....</b>	<b>27</b>
5.1	Tiltak i forhold til de som misbruker rusmidler eller er i rehabiliteringsfasen.....	28
5.1.1	Boliger.....	28
5.1.2	Brukermedvirkning.....	30
5.1.3	Anexet.....	31
5.1.4	Årlige arrangementer/evaluering av rusmiddelpolitisk handlingsplan.....	31
5.1.5	Kommunale arbeidstiltak.....	31
5.1.6	Transportløsning.....	31
5.1.7	Kartleggings skjemaet ADDIS.....	32
5.1.8	Hjemmetjenesten.....	32
5.1.9	Individuell plan.....	33
5.1.10	Henvvisninger til spesialist helsetjenesten.....	33
5.1.11	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	33
5.1.12	Midlertidige tiltak ved mangel på egnet institusjonsplass.....	34
5.1.13	Tiltak ved mistanke om rusbruk ved graviditet.....	34
5.1.14	Kompetanseheving.....	35
5.1.15	Mobilt omsorgsteam.....	35
<b>6.0</b>	<b>Gjennomføring og oppfølging av rusmiddelpolitisk handlingsplan.....</b>	<b>35</b>

## **1.0 Innledning**

Borgestad klinikken, som er et av syv regionale kompetansesentra på rusfeltet, gikk i november 2006 ut til kommunene i sitt nedslagsområde - Helseregion sør, med tilbud om bistand til å lage/rullere rusmiddelpolitiske handlingsplaner.

Et av kompetansesentrenes oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet er nettopp å bidra til implementering av rusmiddelpolitikken i kommunene i deres region. Sammen skal det utvikles blant annet økt kompetanse, metoder og tiltak på rusmiddelfeltet.

I arbeidet med rusmiddelpolitiske handlingsplaner benyttes Sosial- og helsedirektoratets ”Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan” (2006). Hovedmålet med denne er å styrke det helhetlige perspektivet i rusmiddelpolitikken, se bevillingsordninger og øvrig forebyggende arbeid i sammenheng med behov for innsats på rehabiliteringsområdet, og øke forståelsen for betydningen av kommunens alkoholpolitiske virkemidler.

Veilederen er ment å være et verktøy og styringsdokument i arbeidet med å utvikle planen, og inneholder forslag til hva planen bør omfatte, samt forslag til hvordan det praktiske arbeidet med å utarbeide og følge opp planen bør organiseres.

### **1.1 Forankring i kommunens ledelse og øvrige planverk**

Samarbeidsavtale mellom kommunen og Borgestad klinikken er underskrevet av ordfører og rådmann 14. og 15. mai 2007. Vedtatt i helse – og sosialutvalget 29. mai 2007 og kommunestyret 19. juni 2007. Samarbeidsavtalen forutsetter at det gjøres et vedtak i kommunestyret i forbindelse med rusmiddelpolitisk handlingsplan. Andebu kommunestyre vedtok 19. juni følgende mandat:

#### *Rullering av rusmiddelpolitisk handlingsplan*

1. Det nedsettes en arbeidsgruppe med representanter fra hjemmesykepleien, barneverntjenesten, psykisk helsetjeneste, alkoholpolitisk ansvarlig og ruskonsulent. Fem representanter totalt.
2. Etatssjefgruppa opprettes som referansegruppe

3. Rusmiddelpolitisk handlingsplan skal ta for seg alle aspekter innenfor rusmidler, fra røyk til illegal stoffer og fra tidlig forbygging til skadereduksjon. Alkoholpolitiske rammer og rutiner vil være en sentral del av planen.
4. Planen må ses i sammenheng med kommunens øvrige planprosesser og plandokumenter. Spesielt sentralt står Psykisk helsetjeneste plan og kommuneplanen som en samlende enhet.
5. Prosjektet har oppstart i april 2007 og vil avsluttes i februar 2008.

Det er en eksisterende rusplan i kommunen fra perioden 2003-2007. Planen har ikke vært et aktivt dokument, og vi har hatt som mål å presentere en helt ny plan. På grunn av flere utskiftninger av ansatte, har planen manglet oppfølgingen den trenger for å få gjennomført foreslåtte tiltak. Den nye planen vil videreføre forslag og temaer som er tatt opp i tidligere plan, men den nye planen vil legge større vekt på hvilke tiltak som skal gjennomføres og hva som må til for at foreslåtte tiltak skal kunne la seg gjennomføre. Det vil derfor i planen bli sentralt å koble den opp i mot den eksisterende og nylig rullerte kommuneplanen 2007-2020 med både samfunns- og arealdel og økonomiplanen for samme tidsperiode som rusplanen.

Fra statlig hold gjelder særlig Verktøy for velferd – lokal alkoholpolitikk (actis), veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan (IS-1362), Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (IS-1332) og rundskrivet om ervervet pasientrettigheter og behandlingsansvar for rusmisbruk overflyttet til staten - rusreformen (I-8/2004), Rusmiddelsituasjonen i Norge 2006 (Statusrapport), Omsorgsmeldinga (Stortingsmelding nr 25 2005-2006) ligger til grunn for alle foreslåtte tiltak i planen.

Rusplanen vil favne flere store områder, siden den i sin natur inkluderer noen av våre innbyggere som har langvarige og sammensatte hjelpebehov. Slik blir det naturlig å kryssreferere til andre planer på bestemte områder som for eksempel psykisk helsetjenesteplan 2007-2011 og kommende boligpolitisk handlingsplan.

Andebu kommune er partner i ”partnerskap for folkehelse, Vestfold fylkeskommune”. Mange av de tiltakene som foreslås iverksatt i denne planen har krysningspunkter med ”trygge lokalsamfunn” og ”samordnende lokale kriminalitetsforebyggende tiltak”. Det vil tydeliggjøres i kapittel 4 og 5, hvilke tiltak som må ses i sammenheng med eller i regi av tiltakskonsulenten.

Ved neste hovedrullering av rusplanen vil det bli vurdert å utarbeide en felles plan for rus og psykisk helsetjeneste. Vi har valgt å ikke gjøre det for å tydeliggjøre rusplanen og utfordringene vi står overfor når det gjelder helhetlig tankegang rundt rus i sin alminnelighet og rusproblematikk. Dersom vi senere velger å ha en felles plan, bør det utarbeides en egen alkoholpolitisk plan. Dette for å tydeliggjøre hvilken linje kommunen har valgt og også fordi det er pålagt alle kommuner å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan, jfr. § 1-7 d) i Alkoholloven.

## **1.2 Kommunens arbeid med planen og forankring og eierskapsfølelse hos involverte**

Det var en forutsening for bistand fra Borgestad klinikken, at det skulle etableres en plangruppe og at en av plangruppas medlemmer ble oppnevnt som leder for gruppen. Leder for gruppen, heretter kalt koordinator, har ansvaret for den daglige gjennomføring og koordinering av arbeidet. Borgestadklinikken gir et tilskudd på 10 % av koordinators lønn som skal dekke deler av det tilleggsarbeidet koordinator av arbeidsgruppa gjør i forbindelse med planarbeidet, estimert til 20 % av arbeidstiden. Koordinator for gruppen ble utpekt av tidligere leder for Familiesenteret; Inger M. Paulsen og faggruppeleder Psykisk helsetjeneste; Fred Tore Henriksen. Koordinator sto selv fritt til å velge medlemmer til arbeidsgruppen, med unntak av at Borgestadklinikken la føringer om at personen med ansvar for alkoholpolitiske avgjørelser måtte være deltaker.

Arbeidsgruppa består av:

Tonje Walaker Lunde, Hjemmetjenesten

Lars Maaren, Administrasjonskonsulent (alkoholpolitisk ansvarlig)

Fred Tore Henriksen, Leder for psykisk helsetjeneste

Bente Charlotte Gausen, Psykisk helsearbeider, ruskonsulent

Barneverneleder deltok i starten av prosjektet.

Ruskonsulent Bente Charlotte Gausen fungerer som koordineringsansvarlig og foretar også selve skrivingen av planen.

Arbeidsgruppa er satt sammen ut i fra en tankegang om at det er viktig å dekke en bred del av befolkningen i kommunen, og vekten ble også lagt på kunnskap og informasjon fremfor hvem som kan bidra med tiltak. Rusplanen skal munne ut i konkrete forslag til tiltak som kan gjennomføres og også forslag om hvem som kan gjennomføre tiltakene. Her blir mange virksomheter og faggrupper involvert, og arbeidsgruppen vil også senere fungere som veiledere og pådrivere for at vedtatte tiltak skal gjennomføres. Etter å ha bestemt hvilke virksomheter som skulle delta i planen, ble det valgt personer ut fra personlig engasjement for brukerne og rusfeltet som fag.

Rådmannens ledergruppe var referansegruppe, og hadde foreløpig utkast av planen til gjennomdrøfting.

Vi vurderte lenge å ha med noen brukere<sup>1</sup> av tjenesten. Etter drøftinger med Borgestadklinikken og de andre kommunene som samtidig skriver planer, ble det enighet om ikke å ha brukere som deltakere. Arbeidsgruppen så nødvendigheten av å få innspill fra de som faktisk bruker tjenester, og kalte inn til en dialogkonferanse for de som har eller har hatt et rusmisbruk. Det var 12 som mottok invitasjon, 7 som meldte seg på og 5 personer som deltok.

Vi gjorde det tydelig både i invitasjonen og på konferansen at det ikke er slik at vi umiddelbart kan rette opp alt som burde være annerledes, men vi tar innspillene seriøst og vil arbeide for at de blir oppfylt. Med dette tiltaket ønsket vi å få de det gjelder selv engasjert, og å vise at deres mening betyr noe og de kan være med å endre situasjonen til det bedre.

---

<sup>1</sup> Med bruker menes i denne planen en person som mottar (bruker) tjenester. Begrepet brukes i det daglige, og er hentet fra Veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunen (IS-1332)

## 2.0 Beskrivelse og vurdering av rusmiddelsituasjonen

I dette kapittelet gis det en kort oversikt og vurdering av rusmiddelsituasjonen i Norge generelt og for Andebu spesielt.

### 2.1 Rusmiddelsituasjonen i Norge

#### 2.1.1 Alkohol:

WHO fastslår at alkohol er en av de 5 viktigste årsakene til dårlig helse og tidlig død.

Alkoholforbruket i Norge er i dag det høyeste siden Statistisk sentralbyrå begynte å registrere omsetning av alkohol i 1965. I 2005 var det registrerte forbruket 6,37 liter ren alkohol pr innbygger. Vi utvikler kontinentale drikkevaner også i Norge, som vil si at vi oftere og oftere tar et glass vin til maten eller for kosens skyld. Dette kommer i tillegg til helgefyllen som har vært typisk for Norge. Utviklingen de siste 20 årene, viser at salget av brennevin synker, mens salget av vin øker mye. Totalforbruket går derfor opp, og vi er i dag på høyeste forbruk noensinne. Økningen i drikkemengde er spesielt markant blant ungdom og kvinner.

Ifølge SIRUS<sup>2</sup> utgjør det illegale forbruket kun 1 prosent av det totale forbruket i Norge, og er derfor ikke det som lager problemene. Men, det finnes et stort legalt marked som ikke registreres som inntak av alkohol fra utlandet ved reiser og det nordmenn konsumerer i utlandet. Anslagsvis dreier det uregistrerte legale markedet seg om å være 25-30% av totalforbruket (SIRUS 2005).

Selv om alkoholforbruket øker relativt dramatisk, er fortsatt Norge det landet i vesten med lavest forbruk. Alkoholskader henger som regel progressivt sammen med forbruk, og det er grunn til å anta at skadeomfanget er mindre i Norge enn resten av vesten. Restriktiv alkoholpolitikk er sannsynligvis mye av grunnen til at forbruket ikke er større enn det er. Landet som helhet er gjennom en omfattende liberalisering av salgs- og skjenkepolitikken i takt med økt konsum (actis 2006).

Landsgjennomsnittet for debut med alkohol er 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin ([www.sirus.no](http://www.sirus.no)).

---

<sup>2</sup> Statens institutt for rusmiddelforskning

### 2.1.2 Narkotika:

Antallet injiserende rusmiddelavhengige, gjelder både for amfetamin og heroin, anslås å være stabilt mellom 11000 og 15000 personer. Overdosedødsfall ligger høyt i Norge, men har vist nedgang de siste årene. For 2005 og var tallet 223 døde personer.

Siste store undersøkelse fra 2004, viser en relativt stor økning i cannabisbruk, mens det er små endringer i forhold til andre stoffer. Ungdomsundersøkelser viser at det er ca 4% som oppgir og ha forsøkt andre narkotiske stoffer enn cannabis. Undersøkelser som Sirius gjør i alle landets kommuner viser at amfetamin- og cannabisbruken har en utflating, mens ecstasy og opiater viser reduksjon i rapportert bruk.

## **2.2 Rusmiddelsituasjonen i Andebu**

Under kartlegging av rusituasjonen i Andebu kommune, ble det tydelig at svært lite informasjon finnes tallfestet. Det ble igangsatt tiltak, som et registreringsskjema til bruk hos ulike virksomheter og faggrupper, samt hos fastlegene. I tillegg til dette gjennomførte arbeidsgruppen kvalitative intervjuer av politi, barnevern, kommunelegen og fastlegene, Akantillitsvalgt i kommunen, helsestasjonen og helsestasjonen for ungdom i Tønsberg, ungdomsskolen, hjemmetjenesten, psykisk helsetjeneste og sosialtjenesten. Også utvalgt, sentrumsnær næringsvirksomhet ble intervjuet.

Inntrykket vi satt igjen med etter utført datainnsamling, var at de fleste mente at omfanget måtte være større – enn vi hadde konkrete tall på.

Vi fanget opp en usikkerhet som gikk igjen blant flere av de intervjuede. Når det er mistanke om at noen ruser seg, så blir ikke vedkommende spurt om det er tilfelle. Rus er fortsatt i dag så tabubelagt, at hjelpeapparatet ikke klarer å håndtere mistanker spesielt godt.

Hjelpeapparatet velger å ikke ta opp rus som et tema i møte med brukere. Virksomhetene har lite informasjon om hvilken hjelp som tilbys, og vil nødvendig skuffe vedkommende med lovnader. Flere av de intervjuede sier de har forsøkt å spørre folk de er i kontakt med angående deres rusproblem, men har opplevd at spørsmålet blir avvist. Dersom spørsmålet blir avvist, er det usikkerhet rundt hvordan man skal forholde seg videre, og de fleste velger ikke å spørre igjen.

Når de intervjuede ble spurt om de har hatt kontakt med noen som misbruker rus, svarte de fleste nei på dette eller at det er svært få. Dersom intervjuer eksemplifiserte hvilke symptomer eller kjennetegn en er ute etter, hendte det flere ganger at den intervjuede kom frem til at de allikevel har hatt kontakt med noen som misbruker rus. Det kan virke som om mange har en stereotyp tanke rundt hvordan en som misbruker rus ser ut, oppfører seg og hva personen har som sitt daglige virke. Disse stereotype bildene, kan være med på å forhindre at man oppdager misbruk av rus, og også at det bagatelliseres når en blir oppmerksom på problemet.

At det tidligere ikke har vært kontinuitet over ruskonsulentstillingen, og at selve stillingen ikke har eksistert mer enn drøye to år, har bidratt til dårlig oversikt i forhold til rusmiddelsituasjonen og mindre kjennskap til de som har ønsket hjelp med et rusmisbruk eller andre behov som følge av rusmisbruk. Tidligere rapporteringer til SIRUS viser større sprik enn hva som kan antas å være korrekte endringer i rusmisbruk i kommunen siste 4 år.

I løpet av intervjuene oppdaget vi at kun barnevernet hadde foreldre som de visste ruset seg. Helsestasjonen og ungdomsskolen, som også jobber tett på barn og unge, hadde få de visste om. Anslag nasjonalt snakker om det at hvert femte barn og ungdom lever i en familie hvor minst en av foreldrene ruser seg (Rusmiddelsituasjonen i Norge 2006).

Fastlegene mente at det ikke er grunn til å tro at Andebu er likt som landet for øvrig, og at antallet med barn og unge i hjem hvor foreldre ruser seg er lavt i Andebu.

Dette inntrykket stemmer ikke med det antallet vi har på andre kategorier innenfor rus, da dette er mer på det jevne med nasjonale tall. Det kan være muligheter for at området fortsatt er sterkt preget av å tilhøre innenfor hjemmets fire vegger.

Det er en mindre gruppe ungdom under 18 år som det er kjent at ruser seg på alkohol og hasj i helgene.

Det er ikke kjent at det foregår omsetning av illegale stoffer i sentrum, men med jevne mellomrom oppdager de næringsdrivende at voksne personer kjøper øl og røyk til ungdom. De næringsdrivende konfronterer selv de voksne og ungdommene med dette umiddelbart. Sammenlignet med andre butikker i samme kjeder, opplever de ikke at det er noe stort problem i Andebu.

På grunn av manglende tilbud om uteliv i Andebu, drar ungdom fra 18 år til andre byer når de skal "ut på by'n". Dette gjør at kommunen får mindre oversikt over sine egne ungdommer. De

under 18 år er det ikke mye kunnskap om, men utekontakten i Tønsberg har noe oversikt. Se under kapittel om narkotika.

*AKANtillitsvalgt* melder om at tilbudet er svært lite benyttet og tror det kan være flere årsaker til dette. Andebu er en liten kommune, og det kan fort bli gjennomslitt dersom noen benytter seg av tilbudet. Siden miljøet er lite, og mange er godt kjent kvier kanskje nærmeste leder seg ekstra for å spørre om eventuelle episoder og sykefravær skyldes rus – dersom det foreligger en mistanke. Kommunen har en plan for AKAN-arbeidet, men tillitsvalgt tror den er lite aktivt brukt. Kanskje kunne planen knyttes mer opp mot gjentatt sykefravær, hvor Andebu kommune som IA-bedrift allerede skal være i dialog med den som blir sykemeldt om hva som skal til for at man skal klare å jobbe.

Andebu kommunes innbyggere deler seg i to når det gjelder å benytte Distriktpsikiatriske sentre (DPS), som har sine ruspolikliniske avdelinger; henholdsvis Søndre (Sandefjord og Larvik) og Nordre (Tønsberg). Dette utfordrer kommunen på samarbeid i større grad, enn om vi som en regel hadde kun et sted å forholde oss til.

Vi innhentet tall fra *Ruspoliklinikkene ved begge Distrikt psykiatriske sentra* og ba om å få en oversikt over alle som benyttet deres tilbud i juni 2007. Til sammen var det 13 innbyggere i Andebu kommune som fikk tjenester fra RUPO<sup>3</sup>. Etter å ha sjekket ut med dem vi har kontakt med, viste det seg at kun fire av de har tilbud fra en ruspoliklinikk. Vi har ikke lyktes å få tall fra Vestfoldklinikken og heller ikke fra fastlegene hva angår antall diagnoser knyttet til rus.<sup>4</sup>

*Ruskonsulenten* hadde i november 2007 kontakt med 16 personer med rusproblematikk, mens resten av psykisk helsetjeneste hadde kontakt med 7 personer med varierende grad av rusproblematikk. I tillegg kjente sosialtjenesten til 8 personer som er sjekket opp at de ikke er dobbelt registrert hos psykisk helsetjeneste. Sammenstilt med tallene fra Ruspoliklinikkene gir det et totaltall på 40 personer som har et rusmiddelproblem av større eller mindre grad. Felles for de alle er at det har påvirket hverdagen og at de har tjenester fra kommunen eller Ruspoliklinikken direkte relatert til rus.

---

<sup>3</sup> Forkortelse for Ruspoliklinikk. Ruspoliklinikkene er spesialistnivå for poliklinisk behandling, der hvor det er et uttalt rusproblem (alkohol eller narkotika) - ofte som et tillegg til psykiske problemer.

<sup>4</sup> Diagnosesystemet til fastlegene gir ikke rett til sykepenger dersom det gis diagnoser som har med rusmisbruk å gjøre. Dette medfører i seg selv en feilkilde, i det at legene ofte heller registrerer sykefravær med angst eller depresjon, som ofte følger med et rusmisbruk.

I tillegg til de som mottar tjenester i tilknytning til sitt rusproblem, er kommunen kjent med ytterligere 20 personer som har et rusproblem, men som ikke har ønsket å motta tjenester i forhold til dette.

*Dialogkonferansen*, som vi hadde med brukerne, bekreftet det vi hadde mistanke om. De som var med, mente hver seg at de visste i hvert fall om 10 stykker – som de visste ikke hadde kontakt med noe hjelpeapparat. De syntes vi hadde utrolig lave tall, men de kunne selvfølgelig ikke gi oss helt konkrete og sikre tall som vi kunne sjekke ut. Vi drøftet hvorfor ikke flere tar kontakt med hjelpeapparatet. Diskusjonen gikk på at det er for lite kjent at det finnes et sted å henvende seg dersom man selv har eller kjenner noen som har et rusproblem. Intervjuene påpekte at det også er lite kjent for andre kommunale instanser og institusjoner som kommer i kontakt med rusproblematikk. Rusproblematikk kan være skambelagt og de rundt kvier seg for å be om hjelp. Ikke alle ønsker hjelp, spesielt gjelder dette flere som ikke har holdt på så lenge at misbruket har påvirket livet i negativ retning.

#### 2.2.1 Alkohol:

Andebu kommune har i to omganger, 2004 og 2007, gjennomført en ungdomsundersøkelse på ungdomsskolen. Undersøkelsen er utarbeidet og analysert av Rogaland A-senter. Det er grunn til å nevne at slike undersøkelser vanligvis ikke gjennomføres på færre enn 300 elever, slik at man har et tilstrekkelig statistikkgrunnlag. Undersøkelsen i Andebu er derfor ikke et fullgodt statistisk verktøy, men gir oss allikevel et bilde av dagens situasjon. Bilde som gis stemmer godt overens med det nasjonale bilde som tegnes over ungdoms rusvaner.

Skal man trekke ut noe fra siste undersøkelse i 2007, må det være at det er færre elever som oppgir at de har vært beruset og færre som oppgir at de angrer på noe de har gjort i beruset tilstand. Sammenlignet med 2004 er det en større tendens til å koble alkohol og hjem. Dette ble problematisert i et møte 11. september 2007, og det ble stilt spørsmål ved om Rogaland A-senter har tenkt noe udifferensiert i forhold til spørsmålene om hvor det drikkes alkohol. Det at ungdommen drikker hjemme, trenger ikke å ha sammenheng med at de drikker sammen med foreldrene. Uansett ser det ut til at flere av ungdommene får alkohol hjemmefra enn det var i 2004. Dersom dette stemmer er det alvorlig, og her bør det absolutt vurderes tiltak i forhold til å opplyse foreldrene om at medbrakt alkohol kun kommer i tillegg til annen alkohol.

Politiet har mye mindre beslag av hjemmebrent, enn for 15 år tilbake. I senere tid er det gjort noen beslag av større kvantum som var ment for salg, men ellers ser det ut til at hjemmebrent brukes mest til eget privat bruk.

Andebu kommune har to steder i kommunen som har permanent skjenkebevilling og som er åpent for publikum. Det ene av disse to stedene ligger usentralt i kommunen. I tillegg finnes det et arrangementssted som også har skjenkebevilling. Det er tre steder med fast salgsbevilling, et i hvert sogn.

I tillegg til dette er det tre ambulerende skjenkebevillinger som benyttes av ungdomslagene, et i hvert sogn, til konserter, dansegalla og pubkvelder. Det er ingen skriftlig begrensning på hvor mange ganger i løpet av et år en kan ha ambulerende skjenkebevilling.

### 2.2.2 Narkotika:

Fra *helsestasjonen for ungdom* rapporteres det at ungdom som røyker hasj ikke ser på dette som narkotika, men som hasj. Det er ikke gått nærmere inn på dette, og vi har ikke hatt direkte kontakt med ungdommene som ruser seg så vi kan ikke si noe om hva de legger i dette.

*Utekontakten* i Tønsberg mener at ungdom fra Andebu er i byen og ruser seg på narkotika. Dette gjelder også for eldre grupper som bruker narkotiske stoffer. Det viser seg at det ikke er mange lovbrudd knyttet til narkotika i Andebu, men at det frem til juni i 2007 var registrert 26 lovbrudd i andre byer hvor den pågrepne hadde adresse i Andebu.

Andebu skiller seg ikke så mye ut fra andre kommuner når det gjelder hvilke stoff som benyttes. Politiet har et bilde av at amfetamin er det mest utbredte stoffet, sammen med cannabis og hasj. Kommunen har observert at kokain og valium også har vært lett tilgjengelig siste året. Det ser ut til at det er et skille på hvilken aldersgruppe som benytter seg mest av hvilke stoffer. Cannabis og hasj er mest utbredt blant helt unge og de over 40 år, mens amfetamin, kokain og valium har flest brukere mellom 20 og 40 år.

Når det gjelder GHB og ecstasy, varierer omfanget. Siste året er det ikke gjort beslag eller vært mistanke om større bruk av dette fra politiets side.

### **3.0 Rusmiddelpolitiske mål og strategier**

Nasjonale mål og strategier kan variere noe med ulike regjeringer. Allikevel er det bred partipolitisk enighet om å redusere de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk (Veilederen 2006). I regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 er visjonen frihet fra rusmiddelproblemer, mens hovedmålet er en betydelig reduksjon i de helsemessige og sosiale skadene av rusmiddelmisbruk. Rusmiddelrelaterte skader kan knyttes til dimensjonene akutte (den enkelte rusepisode), kroniske (langvarig, høyt forbruk), direkte (forgiftning) og indirekte (atferdsendringer). I tillegg skilles det også på skader som rammer brukeren selv og skader som rammer andre. Det er lagt særlig vekt på forebygging blant barn og unge, bedre tilgang til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende og å oppnå en vesentlig reduksjon i forekomsten av rusmiddelrelaterte helseskader og antallet rusmiddelrelaterte dødsfall. Bruk av rusmidler medfører økt risiko for ulike somatiske og psykiske sykdommer

#### **3.1 Andebu kommunes mål og strategier**

Andebu kommune ligger høyt når det gjelder indeksene uføretrygd, attføringspenger, vold, overgangsstønad og lav utdanning på leveårsindeksen for 2006. I følge Helse i plan - veilederen kan dette tyde på at det er store grupper som har en økonomisk utrygg hverdag og har problemer med deltakelse i samfunnet på helt elementært vis. Som overordnet mål for alle planer i Andebu kommune, og også rusplanen, er å utjevne de sosiale helseforskjellene som finnes (Gradient utfordringen og Stortingsmelding nr. 20 2006-2007). Mange av tiltakene som foreslås i kapittel 4 og 5, er med tanke på en utjevning lokalt i Andebu kommune.

##### 3.1.1 Barn og unge

I virksomhetsplan for familie og sosial ble det i 2006 nedfelt at det ikke skal være rusmisbruk blant unge under 18 år i Andebu. Virksomheten ønsket økt fokus på det forebyggende arbeidet etter at det var tilsatt ruskonsulent og at også tiltakskoordinator var på plass. Tiltakskoordinator har først og fremst fokusert på tiltak særlig rettet mot risikogrupper. Ruskonsulent har bidratt noe i helsestasjonens eksisterende allmennforbyggende tiltak, rettet mot alle elever på ungdomsskole trinnet og siste trinnet på barneskolen.

Det er påbegynt en prosess om å øke bevisstheten i kommunen på at det finnes barn som lever med foreldre som ruser seg. Disse barna er i risikozonen for selv å utvikle rusmiddelproblemer og annen atferdsproblematikk, og bør fanges opp så tidlig som mulig blant annet i form av bekymringsmeldinger til barnevernet (Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008).

Arbeidsgruppen har spurt koordineringsutvalget i kommunen om de kan nedsette en gruppe som kan mene noe om hvilke tiltak som bør iverksettes mot barn og unge. Her tenker vi både allmennforebyggende og aktivitet rettet mot risikogrupper. Ruskonsulenten kan fungere som en koordinator for hele kommunen, slik at det utarbeides en helhetlig oversikt og plan for fremdrift på hele rusområdet.

### 3.1.2 Barn og unge som ruser seg.

Dersom det oppdages barn og unge med rusproblematikk, kobles barnevernet inn. Kommunen har ikke noe fast handlingsprogram videre, men tilpasser individuelt i hvert enkelt tilfelle. Siden kommunen er såpass liten, er det få tilfeller i året. Slik sett blir kommunen lite spesialisert på området, men på den andre siden er det lett å mobilisere det som trengs av tiltak rundt hver enkelt. Arbeidsgruppen ser ikke at det bør gjøres om på dagens praksis.

### 3.1.3 Foreldre og rusmidler

I dag finnes det ingen tiltak direkte rettet mot allmennforebyggende for voksne. Det er ønskelig å få til dette, siden de voksne fungerer som rollemodeller for barna og vi vet at det har stor påvirkningskraft. Det er også grunn til bekymring når det i ungdomsundersøkelsen fra 2007 kom frem at ungdom i større grad enn tidligere oppgir at de får med alkohol hjemmefra. Arbeidsgruppen er i kontakt med et prosjekt, Av og til, som dekker nettopp dette. Kommuneplanen (2007-2020) tydeliggjør at det skal arbeides forebyggende og helhetlig med folkehelsearbeid i Andebu (Mål under punkt 3.7).

### 3.1.4 Alkohol regulerende tiltak

Andebu er en liten kommune, med få utesteder. Det finnes kun tre skjenkesteder som er åpne for publikum. Lite omfang gir et relativt oversiktlig bilde av hvordan utestedene drives, og om det fører med seg ringvirkninger i negativ retning.

Det er ikke vinmonopol i Andebu, men i kommuneplanen 2007-2020 under mål og strategier for sentra og sogna, står det eksplisitt at det jobbes med å få vinmonopol til bygda. Norge har tradisjon for å være restriktive i alkoholpolitikken, og det gjøres fordi forskning utvetydig støtter opp om at det er eneste måten å regulere forbruk på. Det gjelder også overfor ungdom og storforbrukere (Regjeringens handlingsplan 2004). Forskning viser at vinmonopolet regulerer det illegale forbruket (Regjeringens handlingsplan 2004). Tidligere var det en del hjemmebrent i Andebu, men det har blitt betraktelig mindre de siste 10 år i følge politiets tall. Tall fra siste år viser at selv om det er mindre enn tidligere omsettes det fortsatt hjemmebrent. Arbeidsgruppen ser ikke klare argumenter verken for eller imot et vinmonopol i Andebu.

Alkoholpolitikk er uløselig forbundet med næringspolitikk. Intervjuer som er foretatt i forbindelse med utarbeidelse av rusmiddelpolitisk handlingsplan, viser at dersom Andebus befolkning skal "ut på byen" drar de til de nærliggende større stedene som Sandefjord og Tønsberg. Det er derfor grunn til å tro at mesteparten av konsumet som foretas utenfor hjemmet, ikke er i Andebu – og derfor vanskelig å mene noe om i forhold til tiltak. Mye tyder på at det ikke er plass til flere skjenkesteder, fordi det ville gå utover de som allerede er der – næringsgrunnlaget er for lite.

### 3.1.5 Voksne som misbruker rusmidler

Dette er en gruppe det er grunn til å tro er underrapportert i kommunen. Det kan se ut som om det er flere grunner til dette. Det kan være at befolkningen ikke vet om at det finnes et kommunalt tilbud, og skammen som ofte er knyttet opp til det å ha et rusmiddelproblem. Fylkesmannens undersøkelse 3. mai 2007, viser at Andebu ligger som forventet i forhold til de andre Vestfoldkommunene når det gjelder personer i kontakt med rustjenesten og som er motivert for medikamentfri behandling. Når det gjelder variabelen - kontakt med personer som ikke er motivert for behandling - viser Andebu et betraktelig lavere tall enn andre kommuner vi sammenligner oss med.

Andebu kommune er et tett samfunn, hvor mange vet mye om hverandre. En kan tenke seg at stigmaet ved å tilkjenne seg som en som misbruker rusmidler blir for belastende og fører heller til at en forsøker å holde det skjult så lenge som mulig. På den annen side har Andebu en raus befolkning, som er vant med mennesker med ulike behov.

Økt kunnskap om rusmiddelproblemer hos befolkningen bør være et av kommunes mål for planperioden. Målsetningen til kommunen på individnivå bør være at de som har behov for og ønsker det, skal vite hvor de kan henvende seg med problemer knyttet til rusmiddelmisbruk.

## **4.0 Tiltak**

I dette kapittelet vil arbeidsgruppen informere om allerede eksisterende tiltak og komme med forslag til ytterligere tiltak. Noen av tiltakene vil favne områder som går over i hverandre. Det skilles mellom allmennforebyggende tiltak og tiltak for de som befinner seg i risikozonen. Kapittel 5 vil ta for seg spesifikke tiltak overfor de som har et etablert rusmiddelmisbruk eller er i en rehabiliteringsfase. De økonomiske konsekvensene av forslåtte ikke-eksisterende tiltak, vil bli konkretisert senere.

For å sikre best mulig gjennomføring av tiltakene, og økt kunnskap generelt innenfor rusfeltet må det prioriteres kompetanseheving.

### **4.1 Allmennforebyggende tiltak**

#### 4.1.1 Brosjyre.

Det er behov for økt informasjon rundt tilbudene som finnes i kommunen. Det er utarbeidet tjenestebeskrivelser for hele Helse- og sosialetaten, der rustjenesten vil få sin egen i februar 2008. Økt informasjon er ment som et allmennforebyggende tiltak, men kan virke positivt også på de som befinner seg i risikozonen. Desto tidligere en får hjelp dersom livet er blitt kaotisk, jo mer kan forhindres eller enklere løses opp i.

*Det foreslås at Familiesenteret i kommunen utarbeider en brosjyre om husets tjenester, som kan ligge ute hos leger, distrikts psykiatriske sentra, sykehusets somatiske og psykiatriske avdelinger, rundt om i kommunen og på biblioteket. Ansvarlig: Virksomhetsleder Familie og sosial.*

#### 4.1.2 Forebyggende tiltak i ungdomsskolen.

Det er allerede innvilget 100 000 kr årlig til forebyggende arbeid i ungdomsskolen øremerket DROPP - revyen som har vært gjennomført i fem år. Det anbefales at midlene videreføres,

men at koordineringsutvalget nedsetter en arbeidsgruppe som får ansvar for å disponere midlene etter en evaluering av eksisterende tiltak og en vurdering i forhold til andre tiltak. Arbeidsgruppen anbefaler i denne planen at 10 000 kroner tas av de 100 000 kronene, og brukes på tiltak rettet mot barn i risikozonen på ungdomsskolen.

***Ansvar: Koordineringsutvalget***

Det er flere lærere som har fått opplæring i å undervise om ungdom og rus i fra Borgestadklinikken. Undervisningsopplegget ble gjennomført som prosjekt i 2004/2005 med godt resultat for elevene. Tiltakene som ble foreslått på bakgrunn av blant annet dialogkonferanser, ble overlevert administrasjonen i kommunen uten at det kom tilbakemelding til skolen. Borgestadklinikken gir tilbud om å komme og undervise kostnadsfritt, med unntak av at reiseregningen må dekkes fra kommunens side.

***Det foreslås at undervisningsopplegget igjen tas opp til vurdering.***

***Ansvar: Ungdomsskolen***

#### 4.1.3 Danseverksted.

Frivillighetssentralen startet høsten 2007 opp med danseverksted. Dette regnes som et allmennforbyggende tiltak, som bidrar til at ungdom har flere gode fritidssysler i kommunen, skaper et nettverk for den enkelte og gjør det mulig å være i bygda fremfor å måtte til byen for å finne et dansetilbud.

***Det foreslås at frivillighetssentralen, sammen med tiltakskoordinator, benytter tilbudet også til barn i risikozonen. Det må økonomisk legges til rette for deltakelse.***

***Ansvar: Frivillighetssentralen og tiltakskoordinator.***

#### 4.1.4 Rus som tema på foreldremøter.

DROPP - revyen har i forbindelse med selve fremføringen hatt møter med foreldre og barn i det som er kommende 8. klasse. På møtene har temaet vært rus, og hvordan en bør sette grenser med mål om holdningsendringer hos foreldrene. Tiltaket har vært drevet av helsestasjonen, men er fra høsten 2007 overtatt av Oppvekst- og kulturetaten.

Arbeidsgruppen ser, blant annet på bakgrunn av ungdomsundersøkelsene, behovet av å ha rus som tema på et foreldremøte i året, også i klassene på ungdomsskolen. Politiet har trappet ned på sin virksomhet i forhold til dette, så kommunen må tenke andre måter å få dekket behovet på.

I 8. klasse har det i flere år vært gjennomført blikjent-kvelder, som har vært svært populære. Her er blant annet rus et av temaene.

For de siste to årstrinnene ønskes det fra gruppen for tverrfaglig samarbeid rundt ungdom, helsestasjonen og ruskonsulenten at det årlig informeres foreldrene om skadevirkninger av bruk, symptomer på bruk og hvordan de kan snakke med barna sine om rusmidler.

***Det foreslås at ruskonsulenten en gang i året for 9. og 10. klassetrinn, er på et foreldremøte og informerer. Ansvar: Ungdomsskolen***

#### 4.1.5 Prosjektet "Av og til".

Ønske om at kommunens ledelse deltar i et møte med representanter fra "Av og til"<sup>5</sup>, for å se om prosjektet kan være noe å satse på for Andebu kommune. Prosjektet tar sikte på å bidra til at lokalsamfunnet selv finner ut av hvilke arenaer der det er greit å nyte alkohol og hvilke arenaer som skal være alkoholfrie. For å kunne delta i prosjektet setter "av og til" som vilkår at det er en fast prosjektleder i minimum 40 % stilling og i tillegg samarbeid med frivillige organisasjoner.

Kommuner med erfaring fra prosjektet sier at det har bidratt til større forståelse hos befolkningen for hvorfor man ikke alltid kan ha alkohol ved for eksempel idrettsarrangementer. Generelt har prosjektet skapt en større bevissthet i befolkningen – også i forhold til alkoholbruk på den private arena.

***Det foreslås et møte mellom representanter fra "Av og til" og rådmann, ordfører og organisasjonssjef, hvor også tiltakskoordinator innkalles for å vurdere prosjektet. Ansvar: Frivillighetssentralen***

---

<sup>5</sup> "Av og til" er tidligere organisasjonen alkokutt.

#### 4.1.6 Natteravner.

Tiltaket kan ha positive ringvirkninger på flere hold. Det ene er at ungdommen blir mer restriktiv i forhold til hvor og når det nytes alkohol og kanskje har det også virkning på hvor mye som blir konsumert. Det andre er at foreldrene selv er ute og ser ungdommen. Siden litt eldre ungdom drar til nærliggende byer, er det de yngste ungdommene som befinner seg i Andebu sentrum i helgene. Det er ikke alle i sentrum som nyter rusmidler, men natteravner vil ha en preventiv effekt også for andre typer uønsket atferd. Tiltakskoordinator har utarbeidet et prosjekt, hvor det er foreslått at foreldre med barn i bestemte alderstrinn (8. klasse) har oppgaven med natteravntjenesten.

***Det foreslås videre arbeid med prosjektet fra tiltakskoordinators side.***

***Ansvar: Tiltakskoordinator.***

#### 4.1.7 Helsestasjon for ungdom i Tønsberg.

Andebu kommune kjøper tjenester av helsestasjonen i Tønsberg. Den lokale helsestasjonen er fornøyd med tiltaket, og oversikter viser at tilbudet brukes av ungdom fra Andebu. Det registreres få henvendelser som har med rus å gjøre, men at ungdommen vet om tilbudet og bruker det, gjør sannsynligvis terskelen for å gå dit med rusproblematikk mindre. Fordelen med å ha tilbudet i Tønsberg er blant annet at det er greit å komme seg dit med buss, og at ungdom fra Andebu går på skole der. Siden Andebu er et relativt lite sted, ivaretas anonymiteten bedre når tilbudet gis andre steder enn på den lokale helsestasjonen.

***Det foreslås at tiltaket videreføres i nåværende form. Ansvar: Ledende helsesøster***

#### 4.1.8 Kompetanseheving innenfor rusfeltet

Det er tidligere gitt signaler om at kompetanseheving for ruskonsulentene skal gjennomføres i form av videreutdanning. I tillegg til dette, er det nødvendig med kompetanseheving i forhold til rus også i andre faggrupper. Relevante faggrupper er barnevernet, helsestasjonen, psykisk helsearbeider for barn og unge 6-18 år, hjemmetjenesten og sosialtjenesten. En del av kompetansehevingen kan gjøres internt, men det er også behov for å hente kunnskap og kompetanse utenfra via presentasjoner og utdanningsløp. Noe av behovet vil kunne dekkes gjennom ADDIS-sertifisering som nevnes spesielt i kapittel 5.1.7.

***Det foreslås at behovet for kompetanseheving innlemmes i Helse- og sosialetatens opplæringsplan, samt at det innvilges beløp som muliggjør videreutdanning.***

***Ansvar: Leder Psykisk helsetjeneste***

#### **4.2 Forebyggende tiltak overfor risikoutsatte grupper**

Under undersøkelsene til rusplanen, kom det frem lite konkrete tall om risikogrupper. Dersom vi hadde spurt annerledes, ville nok barneverntjenesten, helsestasjonen og konsulenten for barn og unge i psykisk helsetjeneste gitt oss tall på barn og unge som de tenker er i risikozonen.

Enkelte grupper er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer; barn og unge med adferdsproblemer, barn av rusmiddelmisbrukende eller psykisk syke foreldre, barn av innsatte i fengsler, spesielle ungdomsmiljøer og spesielt utsatte områder i kommunen (Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 og Rusmiddelsituasjonen i Norge 2006).

Arbeidsgruppen vil foreslå tiltak som ligger utenfor ordinær skoleundervisning, eller læreplanen.

##### 4.2.1 Jente-/guttegrupper.

Tidligere har det vært drevet jentegrupper på skolen, og det er god erfaring fra dette, jfr psykisk helsetjenesteplan 2007-2010. Ressursmangel har gjort at gruppene ikke har vært drevet siste året. Fra februar 2008 er det ytterligere en person som vil jobbe med barn fra 0-6 år som har behov for ekstra støtte. Dette bør frigjøre noen ressurser fra nåværende stilling som har hatt hele bredden fra 0-18 år.

***Det foreslås at jente-/guttegrupper prioriteres fremover. Ansvar: Stillingene i psykisk helsetjeneste som er forbeholdt arbeid med barn og unge.***

##### 4.2.2 Go-cart prosjektet.

Tiltakskoordinator har igangsatt et treårig go-cart prosjekt i sommersesongen april - oktober som skal gi barn i risikozonen gode mestingsopplevelser som de kan bygge videre på.

Prosjektet er et samarbeid med go-cart klubben, Andebu sparebank og Andebu kommune. Prosjektet er finansiert fra SLT og Andebu sparebank.

***Det foreslås at Go-cart prosjektet videreføres i nåværende form.***

***Ansvar: Tiltakskordinator.***

#### 4.2.3 Barn av flyktninger.

Andebu kommune har bosatt flere flyktninger, og det planlegges ytterligere tilflytting av flyktninger de neste årene. Forskning viser at flyktningbarn også er utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer, dersom de har tilleggspromblematikk som nevnt i innledningen til kapittel 4.2.

***Det foreslås at flyktningkonsulenten sammen med SLT-koordinator utarbeider forslag til tiltak for ytterligere å bedre integreringen i lokalsamfunnet innen utgangen av 2008.***

***Ansvar: Flyktningkonsulenten***

#### 4.2.4 Besteforeldreresserven fra frivillighetssentralen.

Dette er et tiltak for de som ikke har mye kontakt med egne besteforeldre eller trenger en trygg voksenperson. For tiden er det kun en person som fungerer som besteforeldreresserve, og det har vist seg vanskelig å få folk til dette oppdraget.

***Det foreslås at tiltaket opprettholdes, og fortsettes å opplyses om for de frivillige.***

***Ansvarlig: Frivillighetssentralen***

### **4.3 Tiltak for å regulere tilgjengeligheten av alkohol**

Retningslinjer for salg og skjenking av alkoholholdig drikk i Andebu

Utgangspunkt for kommunens forvaltning av salgs- og skjenkebevillinger er Alkoholloven med forskrifter. I tillegg gjelder følgende :

Bevillingsperioden for Andebu kommune:

- Bevillingsperioden for salg og skjenking av alkoholholdig drikk skal være fire år, gjeldende fra og med 1. juli 2008 til og med 30. juni 2012.

”Lett å få – lett å miste”

- Andebu kommune påpeker at, både når det gjelder salgs- og skjenkebevillinger, så gjelder prinsippet at det skal være lett å få bevillinger, men at det ved brudd på vilkårene skal være lett å trekke tilbake bevillingene for en periode, evt. permanent.

Alkohollovens §1.3 skiller mellom tre grupper alkoholholdig drikke:

- *Alkoholholdig drikk gruppe 1:* Drikk som inneholder over 2,5 og høyst 4,75 volumprosent alkohol.
- *Alkoholholdig drikk gruppe 2:* Drikk som inneholder over 4,75 og mindre enn 22 volumprosent alkohol.
- *Alkoholholdig drikk gruppe 3:* Drikk som inneholder mellom 22 og 60 volumprosent alkohol.

*Vilkår ved tildeling av skjenkebevilling i Andebu kommune:*

- Hovedregelen er at det ikke gis skjenkebevilling i lokaler som i det vesentlige er beregnet til bruk av ungdom under 18 år. Dette gjelder likevel ikke for Ungdomslagernes lokaler og Andebuhallen.
- Det skal tas ordensmessige og trafikale hensyn ved tildeling av skjenkebevillinger.
- Det skal legges vekt på hensyn som kan vanskeliggjøre effektiv kontroll både for bevillingshaver og bevillingsmyndigheten, så som skjenkesteds størrelse, utforming og innredning.
- På skjenkesteder, hvor overnatting ikke finner sted, kan kommunestyret sette en aldersgrense på 18 år for opphold etter kl. 23.00

*Vilkår ved tildeling av skjenkebevilling for uteservering:*

1. Utforming og plassering av uteservering skal skje etter estetiske og trafikale hensyn på et fysisk avgrenset område.
2. Utendørs skjenking av alkohol kan tillates der det skjer i naturlig tilknytning til et fast skjenkested. Det skal foretas en helhetlig vurdering, der trafikk- og ordensmessige hensyn vurderes i forhold til næringsmessige hensyn.

3. Det kan gis utendørs skjenkebevilling for enkeltanledning for arrangementer, så som utendørskonsserter, fram til kl. 01.00.
4. Det skal ikke innvilges utendørs skjenking av alkohol i tettbebygde strøk, der servering kan være til sjenanse for naboer etter kl. 23.00.

Salgstid for øl – salgssteder i Andebu kommune:

Salgstiden for alkoholholdig drikk gruppe 1- drikk som inneholder over 2,5 og høyst 4,75 volumprosent alkohol - vurderes for hvert enkelt salgssted, og er normalt følgende:

- Hverdager mellom kl. 0800 og kl. 2000.
- Dager før søn- og helligdager, unntatt dagen før Kristi Himmelfartsdag, mellom kl. 0800 og kl. 1800.
- Salg av alkoholholdig drikk gruppe 1 er ikke tillatt på søn- og helligdager, 1. og 17. mai, på valgdagen for stortingsvalg, fylkestingsvalg, kommunestyrevalg og folkeavstemning vedtatt ved lov.

Andebu kommune kan innvilge følgende skjenketider for hvert enkelt skjenkested ut fra en helhetsvurdering av driftskonsept og innkomne uttalelser, innenfor følgende rammer :

Hoteller, moteller, pensjonat, gardsturisme, spiserestauranter, pizzeriaer, puber, diskotek og selskapslokaler:

- *Alkoholholdig drikk gruppe 1:* Drikk som inneholder over 2,5 og høyst 4,7 volumprosent alkohol - skjenketid mellom kl. 08.00 – 24.00 på hverdager  
og kl. 08.00 – 01.30 på fredager/lørdager, dager før offentlige fridager og dager før bevegelige helligdager.
- *Alkoholholdig drikk gruppe 2:* Drikk som inneholder over 4,75 og mindre enn 22 volumprosent alkohol - skjenketid mellom kl. 08.00 – 24.00 på hverdager  
og kl. 08.00 – 01.30 på fredager/lørdager, dager før offentlige fridager og dager før bevegelige helligdager.
- *Alkoholholdig drikk gruppe 3:* Drikk som inneholder mellom 22 og 60 volumprosent alkohol – skjenketid mellom kl. 13.00 – 24.00 på hverdager  
og kl. 13.00 – 01.30 på fredager/lørdager, dager før offentlige fridager og dager før bevegelige helligdager.

Kafeer, kafeteriaer:

- *Alkoholholdig drikk gruppe 1:* Drikk som inneholder over 2,5 og høyst 4,75 volumprosent alkohol - skjenketid mellom kl. 08.00 – 24.00 på hverdager  
og kl. 08.00 – 01.30 på fredager/lørdager, dager før offentlige fridager og dager før bevegelige helligdager.
- *Alkoholholdig drikk gruppe 2:* Drikk som inneholder over 4,75 og mindre enn 22 volumprosent alkohol - skjenketid mellom kl. 08.00 – 24.00 på hverdager  
og kl. 08.00 – 01.30 på fredager/lørdager, dager før offentlige fridager og dager før bevegelige helligdager.
- *Alkoholholdig drikk gruppe 3 kun til sluttete selskaper:* Drikk som inneholder mellom 22 og 60 volumprosent alkohol – skjenketid mellom kl. 13.00 – 24.00 på hverdager  
og kl. 13.00 – 01.30 på fredager/lørdager, dager før offentlige fridager og dager før bevegelige helligdager.

*Utendørs servering:*

- Følger skjenketiden inne, men vurderes for hvert enkelt skjenkested ut fra beliggenhet og etter innkomne uttalelser, bl.a. fra politiet. Det skal ikke innvilges utendørs skjenking av alkohol i tettbebygde strøk, der servering kan være til sjenanse for naboer etter kl. 23.00.

*Vilkår - skjenketid generelt.*

- Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter skjenketidens utløp.
- På overnattingssteder kan det skjenkes alkoholholdig drikk gruppe 1 og gruppe 2 til overnattingsgjester. Dette kan skje utenfor overnattingsstedets skjenkearealer, for eksempel på rommene eller i resepsjonen – ihht Alkoholovens § 4-4.

*Vilkår - utvidet skjenketid.*

- *Alminnelig skjenkebevilling (faste serveringssteder):*

Det kan innvilges utvidet skjenketid fram til kl. 03.00 ved spesielle arrangementer med spesielt program på det enkelte skjenkested, som f.eks. ved større selskaper, kulturfestivaler o.l. eller at det på grunn av enkelte arrangements art/størrelse er vanskelig med avvikling av programmet innenfor gjeldende skjenketid.

- *Ambulerende bevilling:*

Det kan innvilges utvidet skjenketid fram til kl. 03.00 ved for eksempel bryllup.

- *Enkelt anledning:*

Det kan innvilges utvidet skjenketid fram til kl. 03.00 ved større arrangementer med spesielt program, eller på grunn av at enkelte arrangements art/størrelse gjør det vanskelig å avvikle programmet innenfor gjeldende skjenketid.

*Andebu kommune utøver myndighet etter alkoholloven på følgende måte:*

*Kommunestyret avgjør:*

- Rusmiddelpolitisk handlingsplan.
- Faste salgs- og skjenkebevillinger
- Permanent inndragning av salgs- eller skjenkebevilling

*Helse- og sosialutvalget behandler/avgjør :*

- Kontrollrapporter fra kontrollører
- Midlertidig inndragning av salgs- eller skjenkebevilling,.

*Rådmannen eller den han bemyndiger behandler/avgjør:*

- Omgjøring av bevillingen med fastsettelse av nye vilkår, innenfor rammene i disse retningslinjer
- Skriftlig advarsel ved overtredelser.
- Fastsettelse av bevillingsgebyr ihht Alkohollovens § 11-2
- Skifte av styrer og stedfortreder.
- Tildeling av ambulerende bevilling etter § 4-5 og bevilling for en enkelt anledning etter § 1-6 inntil 4 dager.
- Utvidelse av skjenketid for en enkelt anledning.
- Utvidelse av skjenkelokalet for en enkelt anledning.

*Andebu kommune fastsetter følgende regler for avleggelse av kunnskapsprøve:*

- Kunnskapsprøve etter alkoholoven for styrere og stedfortreder avholdes normalt innen én måned etter mottatt melding om at prøve ønskes avlagt.
- Fremmedspråklige kan få forlenget prøvetiden med 30 minutter og benytte ordbok. Bruk av tolk tillates ikke. Fremmedspråklige og prøvetakere som har lese- og skrivevansker, kan etter søknad få anledning til å avlegge muntlig prøve.
- Før prøven kan avlegges, må prøvetaker framvise legitimasjon og dokumentere at prøvegebyr pålydende kr. 300,- er innbetalt.

*Vilkår for utøvelse av salgs- og skjenkekontroller i Andebu kommune:*

Ihht. alkoholovens forskrift kapittel 9 om kontroll med salgs- og skjenkebevillinger, er det kommunen som har ansvar for kontroll med utøvelsen av kommunal bevilling til skjenking av alkoholholdig drikk, salg av alkoholholdig drikk i gruppe 1 og statlig bevilling etter alkoholoven § 5-3 første ledd, herunder for kontroll med føring av internkontroll etter kapittel 8 i alkoholforskriften.

Ihht. alkoholovens § 1-9, 3. ledd, om kontroll med salgs- og skjenkebevillinger, kan bevillingsmyndigheten når som helst kreve tilgang til salgs- eller skjenkestedets lokaler og regnskaper, herunder kreve å få nødvendige opplysninger om regnskap og drift fra bevillinghaver. Bevillingshaver plikter i tillegg uten erstatning eller vederlag å utlevere nødvendige vareprøver til bevillingsmyndigheten.

På anmodning fra kontrollør har styrer og stedfortreder plikt til å legitimere seg, jfr. alkoholoven § 1-7 c, 6. ledd.

Kontrollvirksomheten med salg og skjenking av alkoholholdig drikk skal skje etter ovennevnte bestemmelser, og kontrollen skal utføres av godkjente kontrollører.

*Kommunen skal:*

- Gi nødvendig råd og veiledning til bevillingshaver, styrer og stedfortreder, slik at omsetningen av alkohol kan skje i samsvar med regelverket, og på en slik måte at alkoholpolitiske og sosiale hensyn ivaretas.
- Ha ansvar for utøvelsen av kontroll med kommunal salgs- og skjenkebevilling, og med skjenkebevilling gitt av departementet etter alkoholoven § 5-3, første ledd.

*Reaksjonsformer ved overtredelser kan være:*

- Gi råd og veiledning.
- Gi skriftlig advarsel.
- Midlertidig inndragning av bevillingen i inntil to måneder, men minimum to dager.
- Inndragning av bevillingen for resten av bevillingsperioden.

Ved overtredelser av alkoholloven eller andre bestemmelser som har nær sammenheng med alkohollovens formål, samt skatte-, avgifts- og regnskapsmyndigheter, kan følgende momenter vektlegges:

- hvilke type overtredelse
- overtredelsens grovhet
- om bevillingshaver kan klandres
- hva som er gjort for å rette opp forholdet
- tidligere praktisering av bevillingen

Overtredelser som spesielt skal kontrolleres, jfr. alkohollovens forskrift §9-4, vil regnes som spesielt grove. Dette gjelder salgs- og skjenketider, aldersgrensebestemmelser og om det selges eller skjenkes til personer som er åpenbart beruset.

Manglende betaling av gebyr eller innsendelse av omsetningsoppgave, fører til inndragning inntil gebyret er registrert innbetalt. Manglende bestått kunnskapsprøve vil føre til at bevillingen ikke kan utøves før prøven er bestått.

## **5.0 Oppfølging og rehabilitering av de som misbruker rusmidler eller er i rehabiliteringsfasen**

Kommunen er kjent med at det er bosatt 40 personer i kommunen som har tiltak i forhold til rusproblematikk, utover dette har vi kjennskap til drøye 20 personer med rusproblematikk men som ikke har tiltak knyttet opp til dette. Det er iverksatt et rusregistreringskjema som er delt ut til flere faggrupper- samt fastlegene, som skal bidra til ytterligere informasjon om hvor mange som har et misbruk, hva de misbruker, hvordan de misbruker og om de har eller ønsker å ha tiltak i forhold til rusproblematikken. Dersom kommunen klarer å få bedre oversikt, vil vi styrke mulighetene for å iverksette riktige tiltak.

Tidligere har det ikke vært eget fagområde knyttet opp mot mennesker med rusproblemer, men psykisk helsetjeneste og sosialtjenesten har ytt noe bistand. Mange andre kommuner har organisert rustjenester inn under sosialtjenesten, eller de er organisert under psykisk helsetjeneste og jobber i egne rusteam som en spesialisert gruppe.

I Andebu er ruskonsulenten organisert under psykisk helsetjeneste, og er en del av deres team. Det er både fordeler og utfordringer knyttet til dette. En klar fordel er det tette faglige samarbeidet.

Utfordringene med organiseringen er at ruskonsulenten jobber mye etter sosialtjenesteloven, og er avhengig av et nært samarbeid med sosialtjenesten. Saksbehandlingen og vurderingene er ulik ettersom hvilket lovverk som brukes og sett ut fra lovens formål (Rusreformen; I-8/2004). Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 (Arbeids – og sosialdepartementet; 08/2005) understreker kommunens ansvar for oppfølging av de som misbruker rusmidler før, under og etter behandling i spesialisttjenesten.

Tidligere har rus som eget område vært nedprioritert. Etter at Psykisk helsetjenesteplan ble vedtatt i februar 2007, er fagfeltet synliggjort. Blant kjennetegnene på rusmiddelmisbruk over tid er store sosiale problemer som stor uoversiktlig gjeld, flere leieforhold med utkastelser bak seg, periodevis bostedsløshet, liten erfaring fra arbeidslivet, flere somatiske diagnoser, psykiske lidelser, lite nettverk, og mangel på å ha levd en strukturert hverdag og flere opphold i fengsel. Det at så mange kjennetegn sammenfaller er ofte gjeldende for de som har misbrukt rusmidler over lengre tid. På grunn av dette er det like viktig å fokusere på sekundærforebyggende tiltak som skal ivareta den enkeltes rettigheter på både helse, sosial og fritidsarenaene på tross av problemer med rusmiddelmisbruk. Helsetilsynet har avdekket alvorlige mangler ved tjenester som ytes av kommunene, både i forhold til saksbehandling, tildeling av midlertidig husvære og opplysning, veiledning og råd (Arbeids- og sosialdepartementet 08/2005).

## **5.1 Tiltak i forhold til de som misbruker rusmidler eller er i rehabiliteringsfasen**

### 5.1.1 Boliger.

Dersom det skal være mulig å tenke seg et liv uten rus, er det enkelte primære behov som må dekkes, og bolig er noe av det viktigste. Nasjonalt satses det mye på bolig for denne gruppen,

med husbanken i en ledende rolle. Generelle erfaringer Husbanken har gjort seg gjennom arbeidet med *På vei til egen bolig*, regjeringens strategi mot bostedsløshet, bekrefter viktigheten av å ha en egen varig egnet bolig: "Bolig er en menneskerett, ikke en belønning. Alle skal ha et tilbud om bolig, selv om de har dårlig økonomi, selv om de ikke er behandlingsmotiverte, selv om de ikke er symptomfrie, selv om de ikke er rusfrie. Boligen er et fundament for et verdig liv for oss alle. Det må samfunnet ta inn over seg hvis vi skal få bukt med bostedsløsheten i Norge." (Erik Andre Foss, assisterende direktør ved Husbanken Region sørs kontor i Drammen).

Andebu kommune har relativt bra med boligenheter som kommunen disponerer. Det er allikevel bare få av boligene som er gjort spesielt tilgjengelig for gruppen det her er snakk om; de som har eller har hatt et rusmiddelmisbruk, har alvorlige psykiske lidelser eller sosiale forhold som gjør at de trenger noe bistand på boligmarkedet. Stortingsmelding nr 25 2005-2006, åpner for tilskudd til boligtilbud som også omfatter mennesker med psykisk sykdom eller rusproblemer og som har behov for omfattende omsorg. Kommunale planer skal reflektere bredden av ressursstyrke i boligmarkedet, og variasjon i standard og kostnadsnivå vil gjøre det mulig å eie bolig for flere (Helse i plan veileder).

Flere av de 40 som har tiltak i forbindelse med sitt rusmiddelproblem, bor i dag under lite tilfredsstillende boforhold. Det har i løpet av 2007 vært registrert 4 bostedsløse i Andebu kommune. 3 av disse har søkt bolig via kommunen, men fått avslag med begrunnelse i at de ikke fyller kriteriene for tildeling av en kommunal bolig.

Arbeidsgruppen har vært i kontakt med et prosjekt som heter "Bostedsløs – men på vei til egen bolig" i regi av Blå Kors. Dette ser ut som et aktuelt prosjekt for Andebu kommune å knytte seg til. Et reelt samarbeid med Blå Kors vil forutsette en intensjonsavtale. Et framtidig gjensidig samarbeidsprosjekt mellom Andebu kommune, Blå Kors og Husbanken for etablering og drift av boliger for målgruppen, hvor kommunen som hovedaktør stiller tomteareal til disposisjon, vil kunne realiseres raskt og være bærekraftig. Dersom dette blir aktuelt vil vi kunne hente ut tilskuddsmidler fra Blå Kors og Husbanken. Primært vil det være aktuelt å oppføre nye boliger hvor en også vil vurdere innslag av brukermedvirkning. Andebu kommune har egnede arealer til dette.

Deltakerne på dialogkonferansen i september 2007 var helt klare på at bolig er en forutsetning for i det hele tatt å kunne legge videre planer for livet. I tillegg til boliger, er det viktig at selve plasseringen og tilbudet inn i boligene er vurdert. Etter dialogkonferansen kom arbeidsgruppen frem til at 8 boliger i løpet av planperioden, vil være en god start. Boligene bør ikke ligge i samme tettområde; to og to, vil være passe. Samtidig bør boligene ligge relativt sentrumsnært, slik at det er enkelt å benytte offentlig transport til tiltak, arbeid, offentlige tjenester og fritidsaktiviteter. Rundskriv T-2/98 om Nasjonale mål og interesser i fylkes- og kommuneplanleggingen, støtter disse synspunktene.

Arbeidsgruppen gjør oppmerksom på at dersom det skulle oppstå behov for slike leiligheter i Kodal eller Høyjord, er det mulighet til å omgjøre vedtaket om hvem som kan tildeles de kommunale boligene. Det bør også gis mulighet for å bruke de allerede eksisterende kommunale boligene som akutteleiligheter, dersom de skulle stå ledig når behovet oppstår, Stortingsmelding nr. 25 2005-2006.

Ved å eventuelt bygge tomannsboliger, vil kommunen komme rimeligere ut enn om en bare bygger enkeltboliger. Størrelsen på boligene kan variere litt, men først og fremst er det enslige de bør beregnes til, og i noen av boligene tas høyde for at det er barn med i bildet.

***Det foreslås å vurdere inngåelse av intensjonsavtale med Blå kors snarest, samt å opprette en prosjektgruppe for videre arbeid med samarbeidsavtale med mer.. Ansvar: Ruskonsulenten.***

#### 5.1.2 Brukermedvirkning.

Det arbeides med å opprette et brukerråd innenfor psykisk helsetjeneste, hvor det er ønskelig å rekruttere en som har erfaring fra rusmiljøet. Det er gjennomført brukerundersøkelse i psykisk helsetjeneste som inkluderer også de som har kontakt med ruskonsulenten. Kostnadene for undersøkelsen annethvert år, er allerede innarbeidet i dagens budsjett (Psykisk helsetjeneste plan 2007-2010).

***Det foreslås å opprette et brukerråd, samt fortsette gjennomføring av brukerundersøkelser. Ansvar: Leder av Psykisk helsetjeneste.***

### 5.1.3 Anexet.

Det er etablert dag - og fritidstilbud innenfor psykisk helsetjeneste, kalt Anexet. Dette er et åpent tilbud, og fremover bør aktivitetene tilpasses alle grupper – også de med erfaring fra rusmisbruk.

***Det foreslås videreføring av Anexet i nåværende form, med økt fokus på de med rusmiddelmisbruk. Ansvar: Leder for Psykisk helsetjeneste, sammen med koordineringsansvarlig for Anexet.***

### 5.1.4 Årlige arrangementer/evaluering av rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Dialogkonferansen<sup>6</sup> var svært nyttig for arbeidsgruppen, og det er ønskelig med en videreføring av dette. Årlig evaluering vil gjøre planen mer treffsikker og bidra til konkrete tiltak videre.

Vi ønsker å tilby tre treff i året for gruppen med erfaring innenfor rusmiddelmisbruk. Førstkommende år blir et prøve og endre år. Arbeidsgruppen foreslår julebord, sommer-/vintertur og evaluering av rusmiddelpolitisk handlingsplan.

***Det foreslås at tiltaket gjennomføres og integreres i Psykisk helsetjenestes årshjul. Ansvar: Ruskonsulenten.***

### 5.1.5 Kommunale arbeidstiltak.

Det er stort behov for å sysselsette brukere av tjenesten. Det er opprettet en gjenbruksbutikk. Det bør tilrettelegges for muligheten til å jobbe fleksibelt ut fra de ressursene og mulighetene hver enkelt har. Det bør vurderes lønn, slik at det kan motivere til innsats. Lønnsspørsmålet er tema i styringsgruppa til prosjektet.

***Det foreslås fortsatt arbeid med prosjektet, og at prosjektleder etter hvert innleder dialog med psykisk helsetjeneste og ruskonsulenten om aktuelle arbeidstakere. Ansvar: Tiltakskoordinator***

### 5.1.6 Transportløsning.

Mangelen på offentlig transport er et av de store problemene ved å bo i Andebu. Flere av de som har erfaring med rus, har mistet sertifikatet i perioder. I dag bruker ansatte i psykisk

---

<sup>6</sup> Presentasjon av dialogkonferansen i kapittel 1.2

helsetjeneste mye tid på kjøre til helt nødvendige gjøremål. Det kan være møter på offentlige kontorer, tannlegebesøk, besøk på Anexet, legebesøk etc. I tillegg strever ofte brukerne med å få gjort nødvendige dagligdagse gjøremål som dagligvarebutikk, gjøremål i byen eller bare det å komme seg ut og på besøk.

På dialogkonferansen ble det drøftet hva som kan avhjelpe mangelen på offentlig transport.

***Det foreslås å opprette et prosjekt for å løse transportproblemene. Prosjektgruppen må utarbeide konkret forslag til iverksetting, hvor det er tatt hensyn til og avklart i forhold til næringsinteresser, eventuell tilgang på kommunens bilpark og eventuelle lønnsbetingelser. Transportmidlet kjøres av brukere selv, og det skal være høy grad av tilgjengelighet. Ansvar: Leder av Psykisk helsetjeneste.***

#### 5.1.7 Kartleggingsskjemaet ADDIS

For å kunne gjøre en bedre jobb ovenfor den enkelte bruker, samt bli mer profesjonelle og treffsikre når det gjelder tiltak som bør iverksettes, anbefaler arbeidsgruppen at Andebu kommune sender deltakere på et ADDIS kurs<sup>7</sup>. Det er ulike muligheter for hvordan man gjennomfører kurset, og prisen avhenger av dette. Er det under 6 deltakere fra kommunen koster det 15 000 kr per person. Det er muligheter for selv å være medarrangør, og på denne måten redusere kostnadene for hver enkelt deltaker med inntil 10 000 kr. ADDIS har tipset om muligheter for dette, som kan jobbes mer med dersom en velger å gå inn for dette.

***Det foreslås å utrede mulighetene for å være medarrangør, og slik øke mulighetene for at flere kan delta. Det bør uansett sendes minimum 2 deltakere på ADDIS-sertifisering. Ansvar: Ruskonsulenten***

#### 5.1.8 Hjemmetjenesten.

Det er opprettet faste avtaler mellom hjemmetjenesten og faggruppe psykisk helsetjeneste. Avtalene fungerer som gjensidig veiledning, avklaring og oppklaringsmøter og er opprettet for å øke forståelsen på tvers av faggruppene. Avtalene skaper økt faglig interesse for

---

<sup>7</sup> [ADDIS](#) (Alkohol Drog Diagnos InStrument) er et strukturert intervjuformular for diagnostisering av rusproblematikk, og gir støtte for en klinisk vurdering i henhold til ICD-10 og DSM-IV/diagnosekriterier.

brukergruppen og gir et best mulig helhetlig tilbud til hver enkelt mottaker av tjenestene (Stortingsmelding nr 25 2005-2006).

***Det foreslås at tiltaket videreføres. Veiledningen kommer den enkelte bruker til gode i form av et mer helhetlig og samordnet tilbud, som er et av hovedmålene for handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008 (I-08/2005). Ansvar: Leder av hjemmetjenesten.***

#### 5.1.9 Individuell plan.

De som har langvarige og sammensatte tjenester, har rett på individuell plan, jamfør sosialtjenesteloven og helselovene. Verktøyet benyttes i Andebu kommune, men det bør legges inn elektronisk mal på journalføringssystemet i kommunen, slik at planen automatisk knyttes opp til den enkelte elektronisk.

***Det foreslås at individuell plan legges inn som egen mal i gjeldene fagsystem så raskt som mulig for å sikre bedre koordinering både kommunale instanser mellom og også for å øke bevisstheten om planen i samarbeid med brukeren og andre eksterne instanser. Ansvar: Leder av psykisk helsetjeneste.***

#### 5.1.10 Henvisninger til spesialist helsetjenesten.

Ruskonsulenten kan på lik linje med fastlegene henvise til behandling innenfor rusinstitusjonene og ruspoliklinikkene. I denne forbindelse skrives det relativt standardiserte henvisninger som bør legges inn som mal på journalføringssystemet i kommunen.

***Det foreslås at henvisningsmaler til institusjon og poliklinikkene legges inn i rapporteringssystemet så raskt som mulig. Ansvar: Ruskonsulenten.***

#### 5.1.11 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Kommunen forholder seg til rundskriv I-35/2000 som gir retningslinjer i forhold til målgruppen, ansvarsforhold, organisering, inntak, utskriving og klageadgang. I tillegg til dette er til enhver tid gjeldene metodehåndbok fra LAR-teamet i Vestfold.

#### 5.1.12 Midlertidige tiltak ved mangel på egnet institusjonsplass.

Som tidligere nevnt i planen har kommunen ansvar før, under og etter behandling. Andebu kommune har ikke bemannet bolig for mennesker med stor rusproblematikk, det må kommunen kompensere på andre måter.

Erfaringene hittil har vært positive når noen har hatt behov for akutt økt bistandsbehov. I slike tilfeller som kan handle om skadereduksjon eller i verste fall unngåelse av dødsfall, er det helt nødvendig at kommunen kollektivt tar det tverretatlige og tverrfaglige ansvaret. Aktuelle forhold som må ordnes akutt kan være å skaffe til veie et sted å bo i en kortere periode, få matlevering, noen å kunne ringe til ved akutt oppstått sykdom/symptomer, medisin utlevering, hjelp til personlig hygiene, hjelp til å holde boligen ved normal bostandard innvendig og rask saksbehandling fra sosialtjenesten.

Ikke alltid er det tid for normal saksgang, og det vil være nødvendig at ansvarlige innenfor hver enkelt faggruppe kan ta en rask og skjønnsmessig avgjørelse for så å fortsette på den ordinære saksgangen. Siste året har vi hatt behov for slik innsats to ganger, og ikke noe tilsier at det skal skje særlig oftere.

***Det foreslås at kommunen fortsetter det gode samarbeidet etater, virksomheter og faggrupper i mellom for å gi den enkelte et så godt tilbud som mulig i en kritisk periode. Ruskonsulenten er ansvarlig for henvisninger eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten og for øvrig fungere som koordinator i kommunen.  
Ansvarlig: Ruskonsulenten.***

#### 5.1.13 Tiltak ved mistanke om rusbruk ved graviditet.

Norge er det eneste landet i verden som har anledning til å innlegge gravide som mistenkes for å misbruke rusmidler under graviditeten, sosialtjenesteloven § 6-2a. Hensynet til fosteret kommer foran mors rett til å bestemme over eget liv. Det er fylkesnemnda som avgjør om det skal foretas tvangsinnleggelse på institusjon.

Ruskonsulenten er ansvarlig for å iverksette tiltak ute i kommunen, som skal avdekke om det foreligger et rusmiddelmisbruk eller ikke. Det er også ruskonsulentens oppgave å lage saken

og oversende til fylkesnemnda. I Andebu kommune foreligger det ikke rutiner for hvordan det skal handles ved mistanke om misbruk av rusmidler i kombinasjon med graviditet.

***Det foreslås å utarbeide rutiner for tiltakskjede, samt å informere spesielt aktuelle instanser om rutinen. Ansvar: Ruskonsulenten***

#### 5.1.14 Kompetanseheving

Arbeidet med rusplan har avdekket at det er behov for kompetanseheving på mange virksomheter og faggrupper i kommunen i forhold til rusarbeid. Det gjelder kompetanse fra å oppdage rusproblemer, sende meldinger til barnevernet ved mistanke om rusproblemer, vite hvem som kan kontaktes om rusproblemer, kunnskap om selve tematikken rusproblemer/misbruk/avhengighet.

***Det foreslås å sette av midler til kompetanseheving, som fordeles etter vurdering knyttet opp mot psykisk helsetjeneste/ruskonsulenten. Ansvarlig: Leder av Psykisk helsetjeneste***

#### 5.1.15 Mobilt omsorgsteam

Andebu kommune har sammen med Re kommune og Kirkens Bymisjon et prosjekt som skal favne de som trenger bistandsbehov for å få utført nødvendige daglige gjøremål. Prosjektet startet høst 2005, og skal gå frem til november 2008. Prosjektet ble korrigert noe under en evaluering våren 2007.

***Prosjektet går ut perioden. Det foretas da en evaluering i forhold til videre drift og resultatet legges frem for Helse- og sosialutvalget. Ansvar: Leder for psykisk helsetjeneste og Virksomhetsleder for Familie- og sosial.***

## **6.0 Gjennomføring og oppfølging av rusmiddelpolitisk handlingsplan**

I tabeller er det vist kostnader forbundet med foreslåtte tiltak, som ikke allerede er i drift eller inne på budsjettet fra før.

**Prioritert liste over tiltakene vi ønsker iverksatt utover det som allerede finnes.**

### **1. Boliger**

- 2. Brosjyre**
- 3. Jente-/guttegrupper**
- 4. Go-cart prosjektet**
- 5. Transportløsning**
- 6. Årlige arrangementer/evaluering av rusmiddelpolitisk handlingsplan**
- 7. Kompetanseheving**

I tabellene vil det i noen tilfeller vise ulik inndeling fra den tekstlige delen i kapittel 4. Der hvor det finnes tiltak som er allmennforebyggende, som skal videreføres, men som i tillegg bør tilpasses ytterligere for å gjøres tilgjengelig for risikoutsatte grupper. Her vil ekstrakostnaden ligge i tabell for tiltak rettet mot risikoutsatte grupper, slik at det blir tydelig hvilken økonomisk differanse som ligger i en tilpasning mot ønsket målgruppe. Skyggelagte områder markerer tiltak som bør være mulig å gjennomføre innenfor dagens budsjettammer.

Enkelte av tiltakene søkes således gjennomført i den grad det er mulig ved omprioriteringer innenfor vedtatt budsjett. Andre tiltak vil bli vurdert i f.b.m. med utarbeidelse av budsjett 2009 og økonomiplan 2009 – 2012.

## Allmennforbyggende tiltak

Tiltak	Kroner	Ansvarlig
Brosjyre for Familiesenteret	3 000	Virksomhetsleder
Rus som tema på foreldremøter i 7. 9. og 10. klasse	-----	Rektor på ungdomsskolen, ruskonsulent
Undervisning. Ungdom og rus i ungdomsskolen	3 000	Ungdomsskolen ved rektor
"Av og til", dersom en skulle velge å delta i dette	175 000	Tiltakskordinator for oppstart

## Tiltak rettet mot risikogrupper

Tiltak	Kroner	Ansvarlig
Forebyggende tiltak i ungdomsskolen rettet mot barn i risikozonen	10 000	Koordineringsutvalget
Danseverksted som tiltak rettet mot barn i risikozonen	5 000	Tiltakskordinator

### Tiltak mot de som har eller har hatt et stort rusmisbruk

Tiltak	Kroner	Ansvarlig
	Anslått verdi på aktuell tomt:	
Bolig-prosjekt (må vurderes spesielt)	250 000 (engangs beløp) + anslått tap av festeinntekter på annen tomt	Ruskonsulenten
	10 000 (årlig)	
Årlige arrangementer	10 000	Ruskonsulenten
Gjenbruksbutikk	----- -----	Tiltakskordinator
Transport prosjekt	20 000 + evt. Kostnader på bilen(e)	Leder av Psykisk helsetjeneste
MOT (Mobilt omsorgsteam)	120 000	

### Kompetanseheving

Tiltak	Kroner	Ansvarlig
Kompetanseheving	50 000	Leder av psykisk

		helsetjeneste
ADDIS-sertifisering	45 000	Ruskonsulenten

Vi ønsker en årlig evaluering av planen i samarbeid med brukerne, med unntak av de alkoholpolitiske retningslinjene i kommunen som vil kreve kommunestyret vedtak for alle eventuelle endringer. Det er ønskelig at rusmiddelpolitisk handlingsplan har en hovedrullering hvert fjerde år, hvor kommunestyret har saken oppe. Ved hyppig evaluering og rullering øker sjansene for at planen blir et levende verktøy og styringsdokument. Det foreslås at hovedansvaret for planen og dens ajourhold tillegges ruskonsulenten.