



## Vega kommune



# HELHETLIG RUSMIDDELPOLITISK HANDLINGSPLAN 2014 – 2017

Høringsutkast av 11.08.14

*"Betre byrdi  
du ber 'kje i bakken  
enn mannavit mykje.  
Med låkare niste  
du legg 'kje i veg  
enn ovdrykkje med øl".*

*Håvamål*

## Forord

Fylkesmannen i Nordland ønsket å sette fokus på barn og unges oppvekstvilkår gjennom satsingen *Vårres unga- vårres framtid*. Vega formannskap vedtok 7.11.12 å delta i satsingen. Kommunen gjorde en selvanalyse for å synliggjøre tiltak som kunne sikre bedre og mer samordnede tjenester til barn og unge. Analysen tydeliggjorde behovet for en rusmiddelpolitisk handlingsplan, både med tanke på lovkrav og med tanke på systematisk forebyggende arbeid og sikring av god helse for kommunens innbyggere.

I alkoholpolitikken er det flere legitime og til dels kryssende interesser. Blant disse er hensynet til sosial- og helseinteressene og hensynet til næringsinteresser sentrale. Helheten i alkoholpolitikken taler for at vi skal ta vare på alle disse interessene. Det er likevel en god tradisjon for at helse- og sosialpolitiske hensyn vektlegges stort, og det er derfor i planarbeidet lagt vekt på behovet for å forebygge de problemene som bruk og misbruk av rusmidler altfor ofte fører med seg. Selv om alkohol er en lovlig vare for den voksne befolkningen, er det viktig å holde fast ved at den ikke er en ordinær handelsvare.

Ofte blir forebygging, kontrolltiltak og behandling av rusmisbruk oppfattet som separate innsatsområder som ikke har noe med hverandre å gjøre. Slik er det ikke. Også de kontrollpolitiske tiltakene for å redusere tilgjengeligheten av rusmidler spiller, i likhet med behandling, en viktig forebyggende rolle, og har stor betydning for utviklingen av rusrelaterte sykdommer, skader og misbruk. Forebygging blir derfor det overordnede prinsippet for all innsats på rusmiddelområdet.

Det er viktig å holde fast ved at ikke alle livsstilsproblemer kan eller bør være det offentliges ansvar. Grunnleggende kompetanse må læres fra man er barn. Det er derfor viktig å styrke foreldres kompetanse slik at de i samarbeid med barnehage og skole kan gi barn trygge og positive oppvekstvilkår. Likevel kommer man ikke bort fra at det offentlige skal legge tilrette rammer som er til individet og samfunnets beste når det gjelder helse og samfunnsproblemer.

Et viktig verktøy i arbeidet har vært nettsiden Kommunetorget. Planen har i hovedsak fulgt struktur som anbefalt i *Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan* utgitt av Sosial - og helsedirektoratet (2006).

Denne planen er en førstegenerasjonsplan som må rulleres jevnlig og justeres etter hvert som man høster erfaring.

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
1. Innledning .....	5
1.1. Hvorfor <i>rusmiddelpolitisk</i> handlingsplan?.....	5
1.2. Kommunens arbeid med planen .....	5
2. Rusmiddelsituasjonen i Norge.....	8
2.1. Risikogrupper og risikosituasjoner .....	9
3. Rusmiddelsituasjonen i Vega kommune .....	11
3.1. Bevilgning og omsetting.....	11
3.2. Salgs- og skjenkekontroll .....	13
3.3. Beskrivelse fra eksisterende tjenester.....	14
3.3.1. NAV .....	14
3.3.2. Legetjenesten .....	15
3.3.3. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	16
3.3.4. Hjemmesykepleien .....	16
3.3.5. Barneverntjenesten .....	16
3.3.6. Politiet .....	17
3.3.7. AKAN .....	18
3.3.8. Frivilligheten; lokale lag og foreninger.....	18
3.4. Lokale undersøkelser .....	18
3.4.1. Ungdata .....	18
3.4.2. BrukerPlan.....	21
4. Rusmiddelpolitiske mål og strategier .....	24
4.1. Nasjonale og regionale mål og strategier.....	24
4.2. Vega kommunes mål og strategier .....	24
4.3. Prioritering av mål og strategier.....	26
5. Allmennforebyggende arbeid .....	28
5.1. Mål.....	28
5.2. Strategier.....	28
6. Forebyggende arbeid overfor risikoutsatte grupper .....	30
6.1. Mål.....	30
6.2. Strategi .....	30

7. Oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere .....	31
7.1. Mål.....	31
7.2. Strategier.....	31
8. Gjennomføring og oppfølging av den rusmiddelpolitiske handlingsplanen ...	32
8.1. Handlingsprogram .....	33
Kilder.....	36
Vedlegg 1 .....	37

## 1. Innledning

### 1.1. Hvorfor rusmiddelpolitisk handlingsplan?

Etter alkohollovens § 1-7d skal kommunene utarbeide **alkoholpolitisk** handlingsplan. Strategier og tiltak for å redusere etterspørselen etter alkohol er i stor utstrekning de samme som for narkotiske stoffer. Sosial- og helsedepartementet mener derfor at alle de rusmiddelpolitiske spørsmålene som kommunene stilles overfor, bør behandles i en **helhetlig rusmiddelpolitisk** plan. Vega kommune har tatt dette til etterretning og vedtatt å lage en plan som ikke kun omfatter alkohol, men også strategier og tiltak knyttet til andre former for rusmidler.

Rusmiddelproblemer er sammensatte. Dette tilsier at en rusmiddelpolitisk handlingsplan må være både **tverrfaglig** og **tverretattlig**. Mål, strategier og tiltak på rusmiddelområdet berører helsetjenesten, sosialtjenesten, skole, næringsliv og kultur- og organisasjonsarbeid. Alle typer forebyggende tiltak, både bevilgningspolitikk så vel som oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere, bør inn i en samlet plan. Dette betyr at de rusmiddelpolitiske utfordringer må ses i en sammenheng, ut fra Vega kommunes situasjon og behov.

Det er nedfelt visse rammer for rusmiddelpolitikken i lovgivningen. Kommunen pålegges å løse en rekke oppgaver på rusmiddelfeltet. Dette gjelder i hovedsak følgende lover:

- *Lov om folkehelsearbeid (2012)*
- *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2012)*
- *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (2010)*
- *Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001)*
- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (2001)*
- *Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1995)*
- *Lov om barneverntjenester (1993)*
- *Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (1990)*

### 1.2. Kommunens arbeid med planen

13. juni 2012 behandlet kommunestyret søknader om skjenkebevilling 2012-2016, og uttrykte i den forbindelse behovet for et styringsverktøy for det rusmiddelpolitiske arbeidet i kommunen. På samme tid deltok Vega kommune i satsingen *Vårres unga- vårres framtid*, der kartlegging viste et behov for en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Kommunestyret fattet 27. februar 2013, i sak 5/13, følgende vedtak:

*Vega kommune vedtar å utarbeide en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Rådmann får fullmakt til å oppnevne en arbeidsgruppe. Kommunen gjennomfører spørreskjemaundersøkelser i regi av Ungdata.*

Arbeidsgruppen har bestått av personer med kompetanse på forebyggende arbeid og tidlig innsats, med kunnskap om rusituasjonen i kommunen og samhandlingen mellom aktuelle tjenester, og som har kontakt med både barn, unge og voksne i sitt daglige virke.

Folkehelsekoordinator har vært sekretær. Arbeidsgruppen pliktet å involvere relevante aktører, innhente informasjon fra de som ville bli direkte berørt av vedtakene i handlingsplanen, og sørge for bred tilnærming til problemstillingene. Dette jamfør anbefalingene fra statlige myndigheter.

Arbeidet ble organisert på følgende måte:

- Prosjekteier: Vega kommune
- Styringsgruppe: Vega formannskap
- Prosjektansvarlig: Rådmann
- Arbeidsgruppe bestående av:
  - Folkehelsekoordinator (leder)
  - Leder NAV Vega
  - Psykiatrisk medarbeider (frem til oktober 2013)
  - Avdelingsleder hjemmesykepleien (fra januar 2014)

Arbeidsgruppen har holdt fire møter. I ett av disse møtene deltok miljøvern sjefen, som har god kompetanse på planarbeid. Prosjektansvarlig rådmann har deltatt på ett møte. Styringsgruppen (formannskap) har fått orientering om planarbeidet 22. mai 2013 og 21. mars 2014.

Arbeidsgruppen laget en fremdriftsplan med en målsetting om å kunne legge frem planen for endelig vedtak i kommunestyrets desembermøte 2013. Høsten 2013 ble det klart for arbeidsgruppen at fremdriftsplanen ikke ville la seg holde. De viktigste årsakene til dette er perioder med sykefravær, endringer i sammensetting av arbeidsgruppen og forsinket publisering av resultat fra BrukerPlanundersøkelsen.

Arbeidsgruppen har utarbeidet en **fagplan**, med utgangspunkt i at planen skal være et styringsverktøy for politiske prioriteringer. Det har blitt lagt opp til en åpen planprosess med blant annet åpent møte og høringsrunde. Det ble arrangert åpent møte 10. september 2013, der berørte parter av en slik plan ble spesielt invitert. Her nevnes frivillige organisasjoner, bedrifter med skjenkebevilling, ungdomsrepresentanter, politiske partier og pasient- og brukerforeningen. 12 personer deltok på møtet og én person har gitt innspill til planarbeidet i eget møte med representant for arbeidsgruppen. Innledningsvis ble filmene på nettsiden til *Kommunetorget* vist for å gi en innføring i hensikten med en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Strukturen i planen ble gjennomgått, med fokus på inndeling av målgruppene og ulike strategier rettet mot disse. Arbeidsgruppen fikk mange gode innspill til innholdet i planen. Viktige områder innen rusarbeid ble diskutert, som for eksempel:

- Viktigheten av å skape arenaer der befolkningens holdninger til rus blir diskutert. Dette har stor betydning for det forebyggende arbeidet.

- Rusfrie aktivitetstilbud må alltid være tilgjengelige.
- Viktigheten av et helhetlig oppfølgingstilbud for rusavhengige som har vært innlagt på institusjon for avvenning. Gode kommunale rutiner for ettervern er vesentlig for å lykkes i å forbli rusfri.

Det er mange instanser som må være med dersom en kommune skal klare å gjennomføre tiltakene i en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Styringsgruppen sender planen på seks ukers høring for å sikre involvering av alle parter.

## 2. Rusmiddelsituasjonen i Norge

Alkoholforbruk er en viktig og ofte undervurdert årsak til sykkelighet og dødelighet på globalt nivå. Alkohol er den tredje viktigste årsaken til sykdom og for tidlig død i Europaregionen. På bakgrunn av dette vedtok WHO i 2005 en resolusjon som setter alkohol høyt på dagsorden i det internasjonale folkehelsearbeidet (Sosial - og helsedirektoratet, 2006).

Norge ligger relativt godt an i europeisk sammenheng, men også i Norge koster alkoholforbruket dyrt, både på individ- og samfunnsnivå. En av de viktigste årsakene til at Norge ligger så godt an sammenlignet med andre Europeiske land, er at vi i stor grad benytter kontrollpolitiske virkemidler som for eksempel pris, begrenset tilgjengelighet og aldersgrense. Allikevel ses det en tydelig liberalisering også på kommunalt nivå. I perioden fra 1980 til 2004 har antall skjenkesteder i Norge økt fra 2.257 til 7.092 steder. Alkoholkonsumet i Norge har økt betraktelig i senere år. Drikkemønsteret har utviklet seg fra et stort konsum i helger og til fest, til at det også er mer vanlig å drikke på hverdagene, dog mindre konsum. Utviklingen viser at en økt andel kvinner drikker alkohol oftere enn tidligere. Aldersmessig er det en økning blant befolkningen over 50 år som drikker flere ganger i måneden eller oftere. Det er blant ungdom langt mer utbredt med et drikkemønster preget av beruselse og høyt konsum, enn hos de eldre. Gjennomsnittsalder for førstegangsbruk i Norge ligger på i underkant av 15 år, og det er noe vanligere å drikke alkohol blant jenter enn blant gutter. Undersøkelser viser likevel at gutter drikker mer pr. gang enn jenter (Skretting og Storvoll 2011, Sosial - og helsedirektoratet, 2006).

Eldre er de i samfunnet som bruker mest legemidler, og sett i sammenheng med økende alkoholkonsum, kan denne utviklingen være uheldig (Skretting og Storvoll 2011).

Alkoholmisbruk er en trussel for folkehelsen. Hvor alvorlig denne trusselen er, må ses i sammenheng med hvor stort forbruk man til enhver tid har i et samfunn. All misbruk av rusmidler, enten det er alkohol, narkotika eller legemidler gir mange negative sosiale og helsemessige konsekvenser for den det rammer. I tillegg kommer de problemene rusmisbruk gir den enkeltes nærmeste familie og venner. Foruten de store menneskelige utfordringer det er omkring rusmisbruk, har man som lokalsamfunn mye å tape på et økt konsum av alkohol. Folkehelseperspektivet blir viktig når man skal sette inn tiltak for å forebygge uhensiktsmessig rusbruk. Å redusere det totale alkoholkonsumet er et ambisiøst mål, men ikke desto mindre viktig er det fordi alkohol er det rusmidlet som koster samfunnet mest ut fra et økonomisk perspektiv. Skader og ulykker som oppstår i forbindelse med alkoholrus er ofte ikke knyttet til avhengighet. Det er derfor viktig å legge vekt på tiltak som retter seg mot hele befolkningen, ikke bare den som har eller står i fare for å utvikle et avhengighetsproblem. Samlet



sett er det grunn til å tro at alkoholbruk står for en større andel av helseskader i Norge enn narkotikabruk. Det finnes mindre evidensbasert kunnskap om sosiale problemer, men alkoholmisbruk har en større utbredelse enn narkotikamisbruk, og det vil da også være større andel barn, andre nære pårørende og nettverk som belastes av alkoholmisbruk, enn av narkotikamisbruk. Rusmiddelmisbrukere er overrepresentert i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Dette til tross for at økningen i alkoholkonsum er størst blant de med høyere utdanning. (Skretting og Storvoll 2011, Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

## 2.1. Risikogrupper og risikosituasjoner

Voksne, og særlig foreldre, er viktige rollemodeller for barn og unge. Forskning viser at foreldres drikkemønster ofte blir overført til de unge. Vi finner ofte foreldrenes liberale holdning til alkohol igjen hos ungdommene i familien. Alle barn har rett til å vokse opp i rusfrie soner, og voksne må gjennom et bevisst forhold til eget bruk av rusmidler, gå foran som gode rollemodeller for barn. Barn og unge kan ikke oppdra seg selv. Det er viktig at alle voksne er gode rollemodeller, ikke bare mot egne barn, men også andres. Tydelige voksne gir trygge barn. Et forsiktig anslag er at over 200.000 norske barn lider under foreldrenes rusmiddelproblemer. Stigmatisering ved å peke ut risikogrupper må brukes med stor forsiktighet da ikke alle i en slik gruppe vil få et rusmiddelproblem. Det er viktig å vite at rusavhengighet også rammer personer som ikke er definert innefor en gruppe. Det er likevel nødvendig å kunne identifisere mulige risikosituasjoner i det forebyggende arbeidet overfor risikoutsatte grupper:

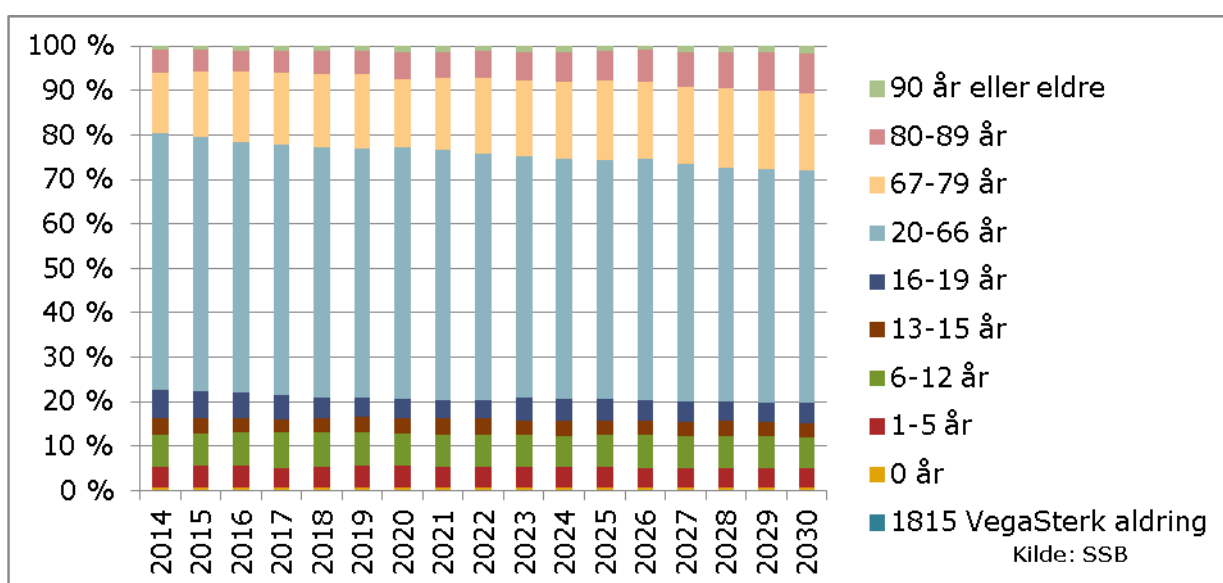
- Med hensyn til bruk av alle typer rusmidler er ungdom generelt en utsatt gruppe, men ungdom som dropper ut av skolen er av ulike årsaker mer sårbare enn andre. Barn og unge som ikke finner seg til rette i barnehage, skolesituasjonen, vennegjengen og faller utenfor de etablerte fritidsaktivitetene er å regne som risikoutsatt. Det samme gjelder personer som har hatt adferds- og psykiske problemer som barn og unge. Videre vet vi at barn og unge som har foreldre med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser, er en svært sårbar gruppe for selv å få lignende problemer som voksne. Mangel på grenser og voksen tilstedeværelse kan medføre økt risiko for rusmiddelmisbruk.
- Et hvert samfunn trenger et bredt fritidstilbud både til barn, unge og voksne. Mangel på gode fritidstilbud og alkoholfrie møtesteder er en risikosituasjon for det lokalsamfunnet det gjelder.
- Voksne med psykiske problemer, eller som opplever samlivsbrudd, befinner seg i en situasjon som fort kan føre til uheldig bruk av rusmidler. Balansen mellom bruk og misbruk er i slike situasjoner hårfine. Det samme gjelder utstøtning fra arbeidslivet på grunn av sykdom eller arbeidsledighet. Et sterkt nettverk som fanger en opp i de ulike fasene i livet, er forebyggende når det gjelder å utvikle rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser. Mangel på dette gjør at man er mer sårbar.

- Personer som opplever overgrep og/ eller vold i nære relasjoner er særlig i risiko for å utvikle rusmiddelmisbruk.
- Gravide som ruser seg påfører barnet en stor risiko i forhold til medfødte skader.
- Personer som begår kriminelle handlinger har en stor risiko for å utvikle alvorlige rusproblemer fordi man ofte kommer inn i miljøer som er rusbelastede.
- Sosial ulikhet har blitt sett på som en risikosituasjon der man har sett at fattige ofte er mer disponerte for rus. På den andre siden har man sett at også materiell velstand og høy status er en risikofaktor når det gjelder å utvikle rusmiddelmisbruk.

### 3. Rusmiddelsituasjonen i Vega kommune

En viktig forutsetning for å redusere rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader, er at kommunen kjenner rusmiddelsituasjonen godt. I denne delen beskrives rusmiddelsituasjonen ut fra lokale forhold.

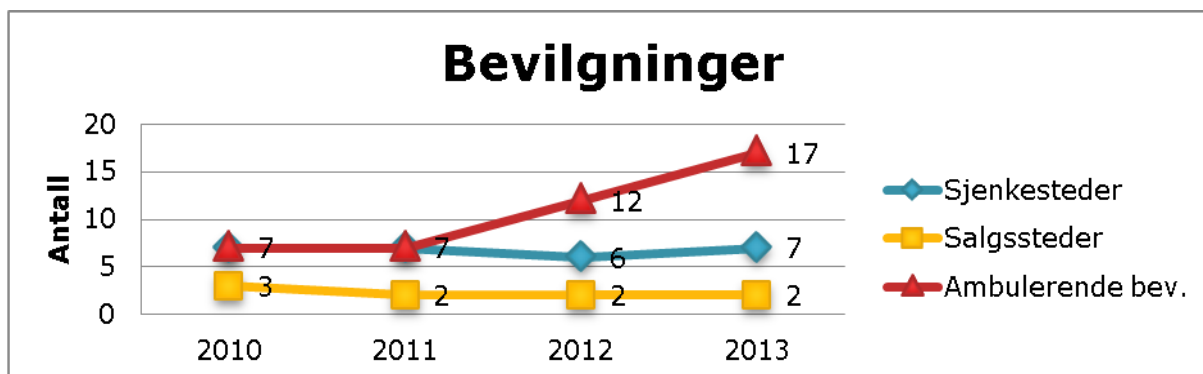
Det er nyttig å se på kommunens demografi for å se om befolkningssammensetningen gir spesielle utfordringer i rusmiddelarbeidet, som igjen har betydning for valg av strategier. Tabellen under viser SSB sin fremskriving av befolkningssammensetning frem til 2030. I uthenting av statistikk er det lagt til grunn forventet sterk aldring av populasjonen.



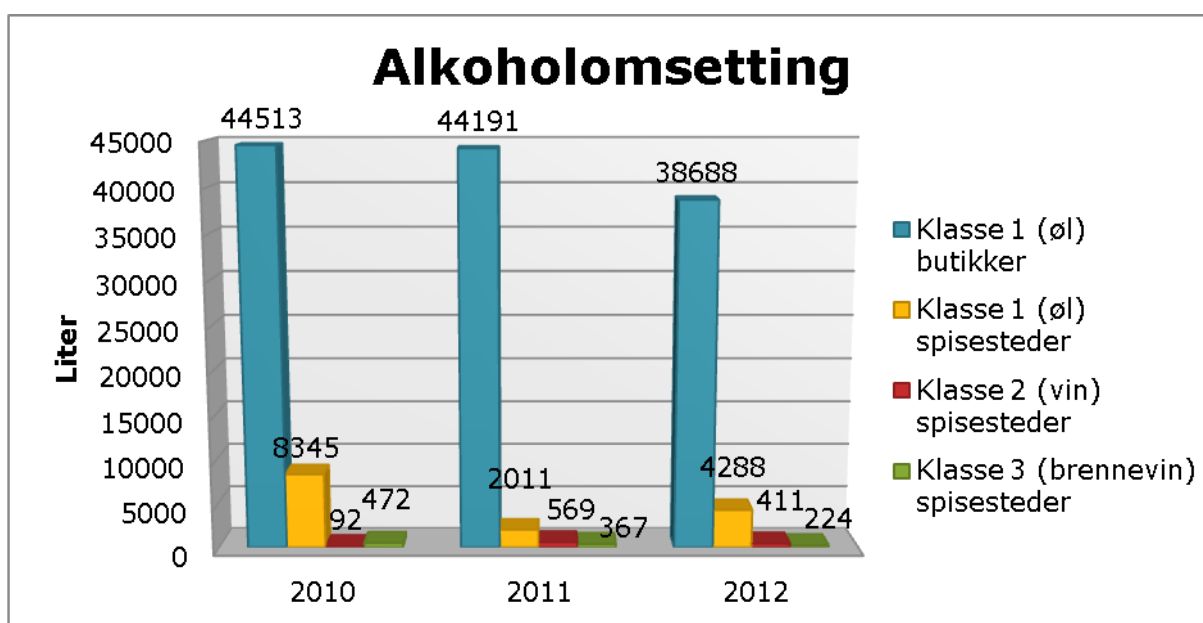
Tabellen viser en økning av befolkningsgruppen i alderen 67- 89 år og en nedgang av innbyggere i alderen 20- 66 år. I tillegg vet vi at ungdom i alderen 20- 30 år reiser bort fra kommunen for å studere, men fortsatt har registrert bostedsadresse i Vega. Ser man statistikken i sammenheng med at det er en økning av alkoholbruk i befolkningen over 50 år, samt at eldre er de i samfunnet som bruker mest legemidler, er det viktig å vurdere gode strategier rettet mot denne delen av befolkningen.

#### 3.1. Bevilgning og omsetting

Forhold som tilgjengelighet og forbruk av alkohol er kilder til god oversikt over rusmiddelsituasjonen i kommunen. Tabellen under viser statistikk over kommunens ulike bevilgninger og bruken av disse de siste fire årene.



Når det gjelder ambulerende skjenkebevilgning, skyldes økningen dels at flere lag/ foreninger har søkt om bevilgning, dels at en bedrift har gått fra fast skjenkebevilgning til å søke om bevilgning til enkeltdager, etter behov.



Innrapporterte tall fra salgs- og skjenkesteder i Vega danner grunnlaget for oversikt over alkoholomsetting. I hovedsak ser man en nedgang i butikkens omsetting av øl, og en økning i spisesteders omsetting av vin. I perioden 2010-2012 har det vært en nedgang i innbyggertall med 32 innbyggere, samtidig som besøkstallene fra Turistinformasjonen viser ca. 30.000 besøkende turister hvert år.

Kommunen har ikke eget vinmonopolutsalg. De nærmeste Vinmonopolene er i Brønnøysund og Alstahaug kommune. Tabellen under viser totalt antall solgte liter fra disse utsalgene for de siste tre år.

BRØNNØYSUND		ALSTHAUG	
Årstall	Solgte liter	Årstall	Solgte liter
2011	165 815 liter	2011	223 375 liter
2012	173 729 liter ↑	2012	231 317 liter ↑
2013	176 292 liter ↑	2013	228 181 liter ↓

Vinmonopolet skriver i sin vurdering av tallene at salget fra de to aktuelle butikkene ligger litt over landsgjennomsnittet. Dette kan bero på at taxfree-handel i mye større grad rammer salget i de store byene som har flyplasser med internasjonal flytrafikk, og at grensehandel i størst grad rammer grensefylkene på Østlandet. I 2012 åpnet Vinmonopolet utsalg i Korgen, noe som kan være grunnen til at Sandnessjøen fikk en nedgang i salget fra 2012 til 2013. Vinmonopolet har også nettbutikk, men det finnes ikke oversikt over bestilling fordelt på kommunenivå, kun totalt for landet. Grensehandel og taxfree-handel finnes det heller ikke statistikk på, men man kan gå ut fra at det foregår.

### 3.2. Salgs- og skjenkekontroll

De kommunale reglene for salgs- og skjenketider, samt kontroll og sanksjoner, finnes i vedlegg 1, *Lokal forskrift om åpnings- og skjenketider for serveringssteder, samt salgstid for øl i Vega kommune* (2005). I følge den lokale forskriften oppnevnes det tre personer i en arbeidsgruppe som skal forestå kontroll og inspeksjon. Tilbakemeldinger fra denne arbeidsgruppen er at det er mange ubesvarte spørsmål rundt gjennomføring av kontroller og håndheving av forskrift og lov. I følge alkoholloven skal det gjennomføres minimum **tre ganger så mange kontroller som det er salgs- og skjenkebevillinger i kommunen**. Det er behov for opplæring og jevnlig kursing av de som skal gjennomføre kontrollene. Lokal forskrift åpner for at det kan inngås samarbeidsavtaler med andre kommuner om kontroll- og inspeksjonsoppgaver.

*Lokal forskrift om åpnings- og skjenketider for serveringssteder, samt salgstid for øl i Vega kommune* er ni år gammel og det er aktuelt med en ny gjennomgang av forskriften i lys av rusmiddelpolitisk handlingsplan og de forhold som blir belyst når det gjelder rusmiddelsituasjonen i kommunen. Sentrale spørsmål som må drøftes er:

- Skal det være tak på antall skjenkebevillinger?
- Er det spesielle steder man ikke ønsker at det skal skjenkes alkohol, som for eksempel i idrettshaller eller kulturarrangementer?
- Skal det være tillat med skjenking på arrangementer med klar familieprofil?
- Hvilket fokus er det behov for i utførte kontroller og inspeksjoner? Salg til mindreårige? Skjenking til åpenbart berusede personer?
- Er det behov for en forskrift som tar sikte på å forebygge rusrelatert vold?

Det bør også diskuteres om det skal inngås samarbeidsavtaler med andre kommuner om kontroll- og inspeksjonsoppgaver for å sikre god håndheving av regelverket. Dersom kommunen fortsatt skal gjennomføre kontroller selv, må det legges vekt på nødvendig opplæring og jevnlig kursing av kontrollørene. Helsedirektoratet har utarbeidet *Veileder i salgs- og skjenkekontroll* (2012). Veilederen gir råd om hvordan kommunene kan sikre gode og riktige innkjøp av

kontrolltjenester og beskriver krav til kompetanse og opplæring av kontrollørene. Helsedirektoratet, sammen med Fylkesmannen i Nordland, arrangerer også kurs for kommunene. De kan gjennomføre egne kurs for kommuner med spesielle utfordringer, som for eksempel kommuner med lavt innbyggertall og mange turister i perioder av året.

Ved en gjennomgang av lokal forskrift er det viktig med god dialog med utelivsbransjen for å sikre en god forståelse og respekt for regelverket. Det kan gjøres ved bruk av *Ansvarlig Alkoholhåndtering*, en kommunalt forankret arbeidsform rundt salg og skjenking, som har som formål å senke beruselsesnivået, heve kompetansen og styrke overholdelsen av alkohollovgevingen. Dette gjøres i samarbeid mellom kommune, politi og bransje, ved opplæring av ansatte ved skjenkesteder og ved et bedre kontroll- og sanksjonssystem.

### 3.3. Beskrivelse fra eksisterende tjenester

En viktig kilde til informasjon om rusmiddelsituasjonen lokalt, er de eksisterende tjenestene i kommunen. Samlet gir de et helhetlig bilde av forhold som tilgjengelighet, forbruk og rusmiddelskader. Nedenfor følger en situasjonsbeskrivelse fra ulike tjenester i kommunen.

#### 3.3.1. NAV

Nav Vega er et lite NAV kontor. Kontoret inneholder de statlige tjenestene, kommunale tjenester etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, rusarbeid, drosjekort og husbank. Det er 1,5 kommunale årsverk i NAV Vega.

Brukere av NAV omfatter alle som mottar en eller annen form for statlig ytelse, det kan være alt fra barnetrygd til arbeidsavklaringspenger, og også brukere av de kommunale tjenestene som bistand til akutt bolig, råd og veiledning eller økonomisk sosialhjelp.

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse ble avsluttet i 2012 og var ment å bidra til å hindre utstøting og lette inkludering i arbeidslivet for personer med psykiske problemer, herunder de som i tillegg har rusproblematikk. NAV har ulike metodikker og tiltak for å øke integrering og redusere utstøting av mennesker med slik type problematikk i arbeidslivet.

NAV Vega har et særlig fokus på barn og ungdom, hvilket synliggjøres sterkt i Rundskriv for Lov om sosiale tjenester i NAV. Det dreier seg om en aktsomhet på marginalisering, problematferd, frafall fra videregående skole og om å forebygge sosial arv. Barn og unge i risikogrupper har også en høyere risiko for å utvikle psykiske problemer og rusmiddelrelaterte problemer i løpet av livet.

Utfordringer: Boligsituasjon kan være en utfordring i påvente av, eller ved utskrivning av behandling.

### 3.3.2. Legetjenesten

Et forebyggende arbeid mot rus er en god investering i framtida. Alkoholmisbruk er i dag en viktig bidragsyter til akutte skader, vold og kroniske sykdommer. Vi vet i dag at ungdoms bruk av alkohol har betydning for helse/uhelse senere i livet. Beruselse øker sannsynligheten for seksuell risikoatferd, vold og skader. I tillegg viser forskning at personer med tidlig debut for alkohol og røyk har høyere risiko for bruk av andre rusmidler senere i livet. Holdninger blant foreldre, venner, lærere og trenere vil samlet ha stor påvirkning for ens eget forhold til alkohol, røyk og andre rusmidler. Dersom Vegasamfunnet klarer å forebygge rusbruk blant de unge, så vil dette ha store og positive helsemessige konsekvenser - først og fremst for den enkelte, men også for samfunnet som helhet.

I Vega kommune er det først og fremst alkohol og røyk som bør stå i fokus for det rusforebyggende arbeidet, fordi disse er de vanligste rusmiddelet som forårsaker mest helseskade. Både fastlege og helsesøster tar opp problemstillinger rundt bruk av alkohol og røyk hos gravide. Fastlegen tar dessuten opp alkoholbruk og røyking med pasientene sine. Legen kartlegger bruk, skadevirkninger/ følgesykdommer og tilbyr hjelp til å redusere bruken eller slutte helt.

Det er også sporadisk bruk av tyngre rusmidler i vår kommune. Fastlegen har en sentral rolle i oppsporing og oppfølging av rusmisbrukere. Fastlegen samarbeider både med den kommunale psykiatritjenesten i kommunen og med rusavvenningsklinikker om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for å hjelpe rusmisbrukerne ut av misbruket, fastholde rusfrihet og legge til rette for rehabilitering. I den sammenheng er fastlegen ofte bindeleddet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Ved legekantoret forskrives vanedannende medisiner (såkalte A- og B-preparater), når det er medisinsk indikasjon for det (smerter, søvnvansker, angsttilstander osv.). Bruken av slike medisiner er omfattende. Det er legens ansvar å begrense bruken av vanedannende medisin i befolkningen for å unngå bivirkninger, inkl. avhengighet og skadelige virkninger av kort- og langtidsbruk.

Utfordringer:

- A- og B-preparater har den ulempen at kroppen utvikler toleranse overfor dem, slik at man over tid må ha større dose for å få tilsvarende effekt som i starten av behandlingen. Det er betydelig risiko for at pasienten blir avhengig av medisinen.
- For bilførere kan bruk av vanedannende medisin være et problem fordi medisinen kan ha en sløvende effekt som påvirker reaksjonsevnen. Det er fastsatte grenser for hvor store doser sløvende medisin som er forenelig med bilkjøring. Pasienten har ansvar for å overholde veitrafikkloven med tanke på bruk av sløvende medisin. Legen har ansvar for at pasienten er

informert om reglene. Som hovedregel kan det ikke kjøres bil samme dag som inntak av vanedannende medisin. Ved daglig bruk som er uforenelig med bilkjøring, plikter legen å gi skriftlig informasjon til pasienten og fylkesmannen om at helsekravene for førerkort ikke fylles. Da vil pasienten miste retten til å kjøre bil.

### 3.3.3. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsefremmende og forebyggende arbeid er satt opp som første formulering i kommunehelselovens målsetting. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er de eneste helsetjenestene som i sin helhet er innrettet mot dette arbeidet.

Allerede eksisterende tjenester i kommunen:

- informasjon om bruk av rusmidler i graviditeten
- røyk og alkohol ved amming
- helseskade ved passiv røyking, også som eget tema ved fire års kontroll
- skolehelsetjenesten har i mange år ledet et rusforebyggende prosjekt i skolen - SANT- prosjektet. Tema har her vært samliv, alkohol, narkotika og tobakk. Her har flere faggrupper vært dradd inn som kunnskapsformidlere.

I forbindelse med tobakksforebyggende arbeid har skolen selv vært aktive i bruk av det tobakksforebyggende undervisningsprogram FRI i 8. 9. og 10. klasse.

I samtale med elever i forbindelse med spørreundersøkelse i 8. klasser, kommer det fram at elevene nyter alkohol i følgende sammenhenger:

- for å være med/ bli en del av gjengen
- de får alkohol av eldre unge
- de blir introdusert for alkohol hjemme

Senere års spørreundersøkelse i 8. klasse viser en positiv utvikling når det gjelder opplevd press fra andre til å bruke rusmidler. De fleste elever opplever i mindre grad drikkepress for å bli godtatt av vennegjengen. I et forebyggende perspektiv er det viktig å sette rus på agendaen ved å bevisstgjøre foreldre i forhold til rusens skadevirkning og foreldre som rollemodeller, samt ved å bevisstgjøre ungdom slik at de blir selvstendige og kan gjøre egne valg.

### 3.3.4. Hjemmesykepleien

(Tekstdel mangler)

### 3.3.5. Barneverntjenesten

Barneverntjenesten har til enhver tid kontakt med ca 250 barn og deres familier. Det er ofte kompleks sammensatt problematikk, og i 20-30 % av sakene er en del av problematikken knyttet til rus. I noen tilfeller barn som ruser seg, i flere tilfeller ungdom med utfordringer knyttet til rus, og oftest når barnevernet blir



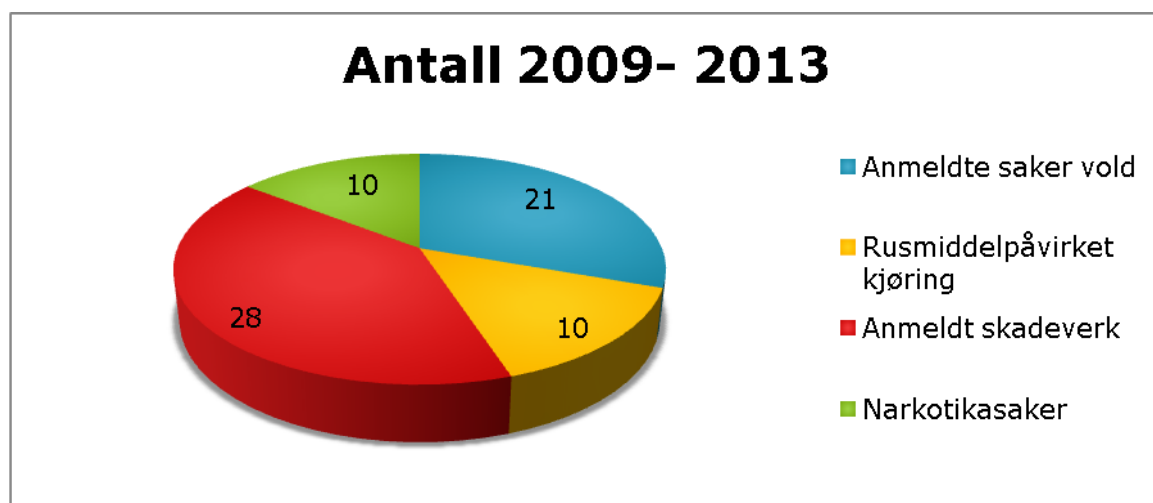
kontaktet er det foreldre som bruker rusmidler på en måte som ikke er forenelig med å yte god omsorg.

Barnevernet har hjemmel i lovverk til å bistå foreldre og gripe inn både i forhold til svikt i omsorgssituasjonen her og nå, og på grunnlag av vurderinger om at barnets helse- og utvikling blir skadet på sikt. I familier med rusbruk som preger barnets oppvekstvilkår skal barnets interesser og behov gå foran omsorgspersonenes ønsker og behov. Barneverntjenesten har mandat til etter samtykke fra foreldre, å iverksette tiltak i hjemmet. I de tilfeller det ikke blir tilstrekkelig har barneverntjenesten mandat til å fremme sak om omsorgsovertagelse. Barneverntjenesten er helt avhengig av at tjenester som helsestasjon, barnehage, skole, politi samt enheter som gir tjenester til barnas foreldre, melder fra til barneverntjenesten slik at barnevernet har kunnskap til å se og handle på grunnlag av bekymring.

Foreldrenes rusproblemer utgjør en stor risiko for barns utvikling, og kan gi utslag i psykiske vansker, atferdsproblemer, problemer med skolearbeid og etter hvert også utvikling av egne rusproblemer. I noen tilfeller møter barneverntjenesten rusmiddelmisbruk hos gravide. Barnevernloven trer ikke inn før barnet er født. Dersom den gravide samtykker, kan imidlertid barneverntjenesten være inne i bildet i graviditeten, sammen med andre tjenester.

### 3.3.6. Politiet

Politiet er bedt om opplysninger om Politiets tall på rusrelaterte problemer når det gjelder antall anmeldte voldstilfeller der rus er involvert, tilfeller av rusmiddelpåvirket kjøring, anmeldte skadeverk, tall for narkotikakriminalitet og tilfeller av husbråk/ordensforstyrrelser. Dette for å kunne si noe om hvilke utfordringer vi har og hvor kommunen bør prioritere å sette inn tiltak. Politiet legger frem statistikk for årene fra 2009 til og med 2013. Av hensyn til anonymitet presenteres tallene her samlet for de aktuelle årene.



Når det gjelder statistikk over anmeldte voldssaker og anmeldt skadeverk, er det ikke nødvendigvis rusproblematikk involvert i sakene.

### 3.3.7. AKAN

AKAN- kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk, er et trepartssamarbeid mellom LO, NHO og Staten. AKAN sitt formål er å forebygge rusmiddelproblemer i norsk arbeidsliv samt å bidra til at ansatte med rusmiddelproblemer får hjelp (AKAN kompetansesenter, 2014).

I følge *Prosedyre for AKAN* (2005), har Arbeidsmiljøutvalget (AMU) det overordnede ansvaret for at kommunen har en rusmiddelpolitikk. AMU har delegert ansvaret for AKAN til et parts sammensatt utvalg. AKAN- utvalget består av representant for ledelsen, bedriftshelsetjenesten og tre representanter for de ansatte. De tre representantene for ansatte er AKAN- kontakter og skal være tilgjengelige for de som trenger å rådføre seg med noen om eget eller andres rusmiddelproblem. *Prosedyre for AKAN- arbeidet, samt handlingsplan*, er fra 2005. Det er behov for en gjennomgang av retningslinjene og prosedyrene for å sikre forankring og god kompetanse på arbeidet. Det er ikke kjent om det private næringsliv i kommunen driver aktivt og systematisert arbeid for å forhindre problemer som følge av rusmiddelmisbruk blant de ansatte.

### 3.3.8. Frivilligheten; lokale lag og foreninger

(Tekstdel mangler)

## 3.4. Lokale undersøkelser

Arbeidsgruppen har vurdert det som viktig å legge til grunn **faktabasert kunnskap** om rusmiddelsituasjonen i kommunen. Det ble fremmet egen sak for kommunestyret om å gjennomføre Ungdataundersøkelse og kartlegging ved hjelp av BrukerPlan. Kartleggingsverktøyene er gode kilder til kunnskap om rusmiddelsituasjonen i kommunene, og gir kombinert et helhetsbilde over store deler av befolkningsgruppen. Under presenteres gjennomføring og resultater av undersøkelsene.

### 3.4.1. Ungdata

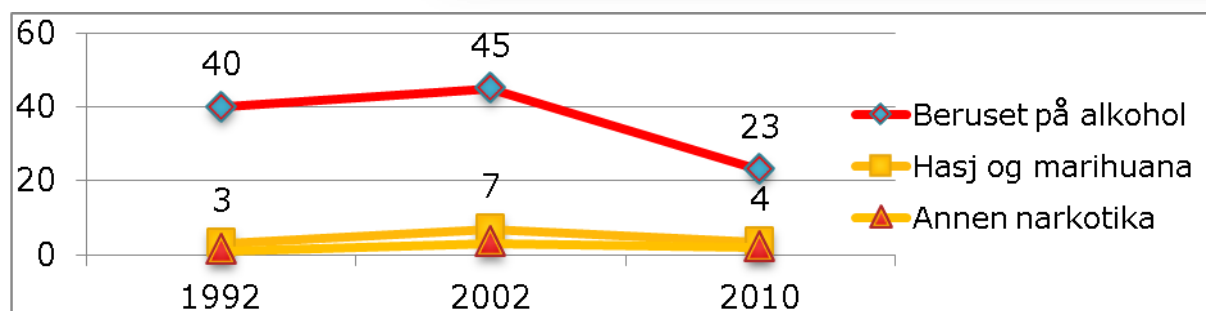
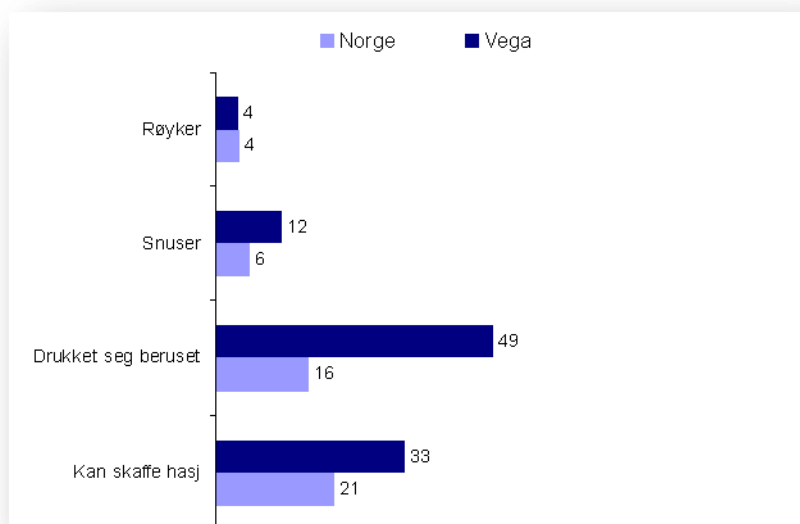
Helsedirektoratet, sammen med flere departementer, har tilbudt kommunene gratis kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen ved bruk av *Ungdata*, et standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser tilpasset skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Undersøkelsen gir kunnskap om lokal oppvekst og vil kunne gi et godt grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom (Ungdata, 2013).

Kommunestyret vedtok den 27. februar 2013 å gjennomføre Ungdataundersøkelse blant elever i ungdomskoletrinnet. Det ble i mai 2013 for første gang gjennomført Ungdataundersøkelse i 8., 9. og 10. klassetrinn i samarbeid med NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) og KORUS Nord. Temaene i undersøkelsen omfattet skole, familie, venner og fritidsaktiviteter samt spørsmål om helse, rus, kriminalitet og syn på fremtiden. 50 elever deltok, noe som gav en svarprosent på hele 93 %. Nedenfor

presenteres de deler av resultatene som omhandler rus. Disse har betydning for valg av strategier i det allmennforebyggende arbeidet i handlingsprogrammet.

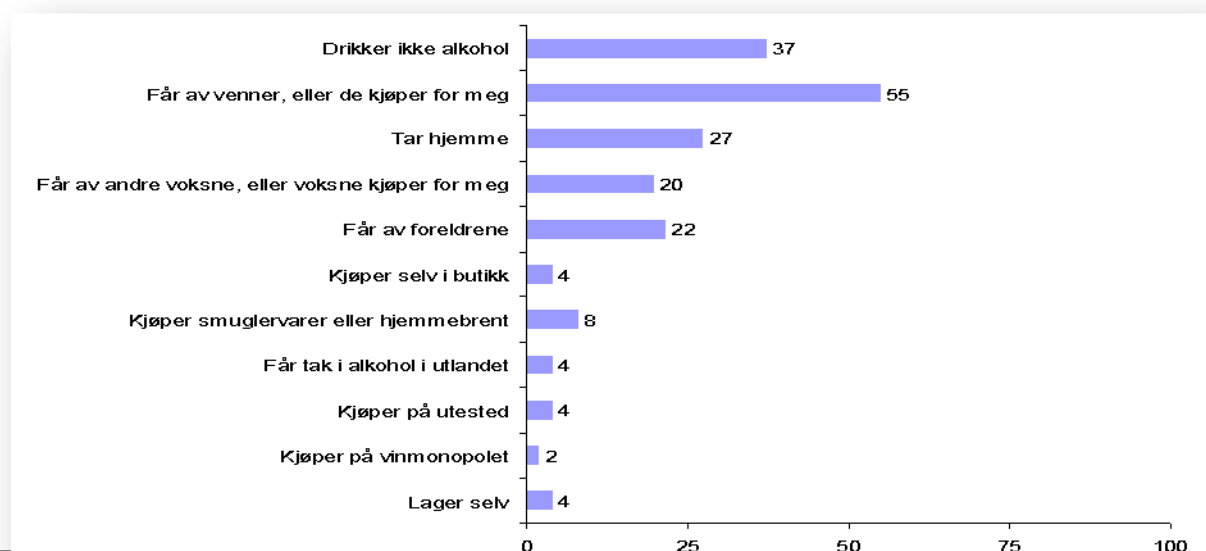
Til høyre vises tall for Vega, sammenlignet med landet for øvrig. Andel som svarte at de *minst én gang siste 12 måneder har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset*, er 49 %. Dette er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet på 16 %.

På landsbasis har elever i 8.- 10. trinn blitt spurt samme spørsmål siden 1992, og tabellen under viser utviklingen gjennom 20 år. Når disse to tabellene sammenlignes, viser det at Vega i 2013 ligger på samme nivå som landsgjennomsnittet i 2002. Det vil si at vi ligger **ca 10 år etter** i utvikling når det gjelder alkoholbruk blant barn i alderen 13- 16 år.



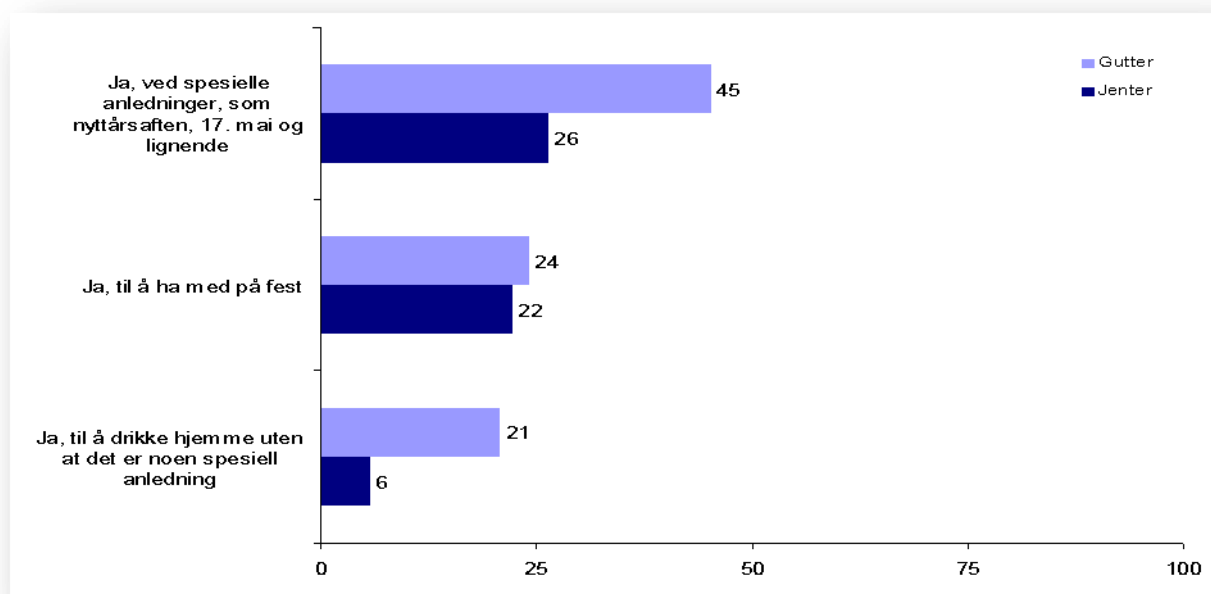
Med bakgrunn i den høye andelen som svarer at de har drukket alkohol, er det viktig å se på hvor de får tilgang på alkohol, og i hvilke anledninger de drikker. Dette særlig med tanke på at de spurte er under 18 år.

### Dersom du bruker alkohol, hvordan får du tak i alkohol?



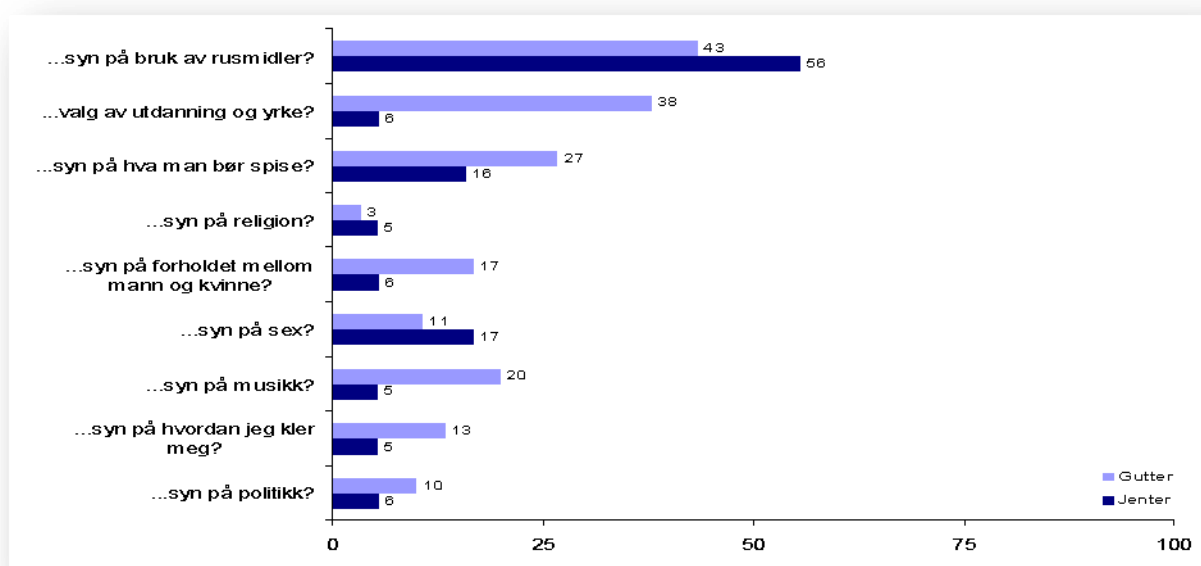
Her kunne elevene krysse av på flere alternativer. Vanligste måte for å få tak i alkohol på, er ved hjelp av langing fra eldre ungdommer eller voksne.

### Hender det at du får alkohol av foreldrene dine?



Tabellen viser andelen som svarte "ofte" og "av og til" på spørsmålet. Her kommer det frem at hos mange foreldre er det akseptert at ungdommene drikker alkohol.

### Hvor viktig er det for deg å rette deg etter dine foreldres meninger og holdninger når du skal ta stilling til spørsmål som angår ditt



Her svarer hele 56 % av jentene og 43 % av guttene "svært viktig" på spørsmålet om hvor viktig det er for dem å rette seg etter foreldrenes meninger og holdninger når det gjelder syn på bruk av rusmidler. Det viser at foreldre har

stor innvirkning på sine ungdommer, og at foreldre er en viktig ressurs i det forebyggende rusarbeidet.

### 3.4.2. BrukerPlan

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge **omfanget** og **karakteren** av rusmiddelmisbruk. Kartleggingen inkluderer voksne over 18 år som er brukere av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Det er Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Helsedirektoratet, KoRus- Nord og Fylkesmannen i Nordland som samarbeider om å gi kommunene den nødvendige opplæring og støtte for å kunne ta verktøyet i bruk. Kartleggingen dokumenterer det tilbudet som rusmiddelmisbrukere får pr. dags dato, samt forventet etterspørsel. Dette gir grunnlag for å prioritere mellom grupper og typer av tilbud. Kartleggingen er anbefalt som datagrunnlag i kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner og er i den forbindelse en viktig informasjonskilde for kommunen. Det anbefales å gjennomføre kartlegging **én gang pr. år** for å dokumentere utvikling og effekt av tiltak.

Psykiatrisk medarbeider, sammen med legekontor og NAV Vega, gjennomførte kartlegging i oktober 2013. Funksjonsnivået på åtte områder (rus, psykisk helse, fysisk helse, bolig, sosial kompetanse, arbeid og økonomi) ble kartlagt på en firedelt skala (grønt, gult, rødt, og blodrødt) som angir alvorlighetsgraden. Resultatene ble tilgjengeliggjort 29. januar 2014. Videre følger en oppsummering av hovedresultatene av kartleggingen, samt en vurdering av disse. Diagrammer gjengis ikke av hensyn til anonymitet.

Kartleggingen viser at Vega kommune har en forekomst av rusmisbruk på 1 % av befolkningsgrunnlaget over 18 år. Landsgjennomsnittet er på 0,8 %. Dette viser at rusmiddelmisbruk ikke kun er et storbyfenomen, men at det er like viktig for en liten kommune å sette fokus på dette tema. Alle de kartlagte har et rusmiddelmisbruk kombinert med psykisk lidelse.

Videre viser kartleggingen ingen rusmiddelmisbrukere i alderen 18- 25 år. Dette kan ha to forklaringer; (1) ungdom i denne aldersgruppen flytter fra kommunen for å studere, (2) eller at det er en sviktsone i helse- og sosialtjenesten som gjør at ungdommer med rusproblemer ikke blir fanget opp tidlig nok. For Vega sin del vet man at mange ungdommer flytter for å studere. Samtidig ser man i kartleggingen at personer i alderen 25- 34 år har en alvorlighetsgrad av rusproblem som tilsier at de har hatt et problem i mange år. På generelt grunnlag kan man si at et typisk forløp av rusmiddelmisbruk starter i 12- 15 års alder. Når de da er fylt 25 år har de hatt et rusproblem i over ti år, uten at hjelpeapparatet er blitt kjent med det. Kartleggingen viser at helse- og sosialtjenesten i kommunen må spørre seg om det finnes rusproblematikk blant unge voksne som man ikke klarer å fange opp. For å få svar på disse spørsmålene har BrukerPlan fått tillatelse av Datatilsynet til å kartlegge ned til 16 års alder, slik at kartlegging fra 2014 og fremover inkluderer barnverntjenesten

og skolehelsetjenesten, som ofte har tidlig innsyn i risikoutsatte ungdommers rusvaner.

Resultatene viser videre at det er kun 20 % av de kartlagte som er kvinner. Spørsmålet er om de kommunale tjenestene fanger opp rusmiddelmissbruk blant kvinner godt nok. Generelt kan man si at kvinner med rusmiddelmissbruk, som regel alkohol, ofte er kjent for legetjenesten, men de søker lege for andre plager enn rusmiddelmissbruk. Spørsmål om alkoholvaner blir ofte ikke stilt, og det er fortsatt tabubelagt å ta opp dette temaet med fastlegen.

Når man ser på bruken av ulike rusmiddeltyper, er det et større forbruk av opiater (eks. metadon, heroin) og sentralstimulerende midler (eks. methamfetamin) i kommunen, enn landsgjennomsnittet. Tyngre illegale midler er altså til stede i rusbildet i kommunen. Det misbrukes også cannabis og legemidler, men ikke i større grad enn i landet for øvrig. Når det gjelder alkohol har 70 % av de kartlagte enten svært omfattende eller betydelig misbruk av dette. Forskning viser at alkoholmisbruk fortsatt er den mest skjulte avhengigheten, og at man for landsdekkende tall kan gange resultatene av kartleggingen med fem for å få det reelle tallet for alkoholmisbruk i befolkningen. I kommunen er alle brukere av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og alle pasienter med kombinert rus og alvorlig psykisk lidelse kjent for helsetjenesten.

Alle pasienter har rett på å få utarbeidet Individuell Plan (IP) dersom de ønsker det. Kartleggingen viser at det er på det jevne med IP til brukerne. Mangel på koordinerende enhet (lovpålagt etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3) i kommunen gjør at man ikke kan dokumentere at alle pasienter med rett på IP, får tilbud om det. Ingen av de kartlagte har etablerte ansvarsgrupper (som ivaretar tverrfaglig samarbeid), noe som kan forklares med at det er "kort vei" mellom tjeneste. Etatene samarbeider mer direkte og "ad hoc" når behovet oppstår, fordi kommunen har en liten administrasjon.

Brugerplan kartlegger også om pasienter med et rusproblem har omsorg for eller jevnlig kontakt med barn. Kartleggingen sorterer mellom daglig omsorg, avtalt samvær eller ingen kontakt med egne barn. Kartleggingen i oktober 2013 viste bekymring for ett barn. KORFOR anbefaler alle kommuner som gjennomfører kartlegging om å starte innsatsen innen rusomsorgen med å identifisere de barn som er i risiko. Dette har helsetjenesten på Vega gjort som følge av resultatet fra kartleggingen.

Kartleggingen av funksjonsnivået gjort i oktober 2013 viste samlet sett ingen avvik sammenlignet med landet for øvrig. Tilgang på bolig var ikke et problem. I følge KORFOR er arbeid det beste enkeltstående tiltaket kommunen kan foreta seg. Det lar seg gjøre dersom arbeidstaker og arbeidsgiver får god oppfølging fra helseetat, spesialisthelsetjenesten og NAV. Det er de som kommer ut med gradering "gul" på kartleggingen som har best nytte av et slikt tiltak.

Generelt kan man si at de som scorer dårlig på alle åtte områder og får alvorlighetsgrad "rødt" eller "blodrødt," er for syke til å stå i jobb. Det er likevel viktig å sørge for annet aktivitetstiltak enn arbeid til disse. Det er ofte disse som får stor oppmerksomhet av tjenestene, men som samlet sett utgjør en liten andel av rusproblematikken. Disse er ofte kjent av systemet, får hjelp av tjenestene, men responderer dårlig på tiltakene. For denne gruppen er spesialisthelsetjenesten; voksenpsykiatrien (VOP) og legemiddelassistert rehabilitering (LAR), viktig. Kartleggingen viser at begge deler blir lite brukt/ er lite tilgjengelig på Vega, sammenlignet med landsgjennomsnittet. For VOP gjelder dette både akuttbehandling, poliklinisk oppfølging og døgntilbud. Generelt er det lavere bruk av spesialisthelsetjenesten i Nord- Norge enn i landet for øvrig, på grunn av lange avstander mellom bruker og tjeneste. Kartleggingen har vist at det ikke er mindre rus- og psykiatriproblematikk på Vega enn andre steder. Andrelinjetjenesten må derfor bli mer tilgjengelig for brukerne og det er behov for en ambulerende tjeneste innen psykiatrien.

BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelmisbruk i kommunen. At kommunene benytter seg av BrukerPlan er også svært nyttig for spesialisthelsetjenesten i kvalitetssikringsarbeid og for å dimensjonere tjenestene riktig (KORFOR).

## 4. Rusmiddelpolitiske mål og strategier

Kommunen må gjøre seg kjent med de til enhver tid gjeldende nasjonale handlings- og strategiplaner på rusmiddelfeltet. Nasjonale mål og strategier bør være utgangspunktet for utviklingen av kommunale mål og strategier (Sosial - og helsedirektoratet, 2006).

### 4.1. Nasjonale og regionale mål og strategier

Regjeringens overordnede mål for rusmiddelpolitikken er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for lokalsamfunnet og bidra til flere friske leveår for befolkningen. I tillegg til virkemidler som regulerer tilgjengelighet, må det være et tjenesteapparat som er i stand til å fange opp og gi hjelp til personer med rusproblemer. Det er behov for å utvikle og styrke innsatsen på rusfeltet, både i det forebyggende arbeidet og i tjenestene i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I St.meld. 30 *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) legger Regjeringen særlig vekt på fem områder innenfor helhetlig rusmiddelpolitikk:

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

Stortingsmeldingen beskriver mange ulike strategier for å nå målene innen disse satsingsområdene.

I *Handlingsplan folkehelsearbeid 2013- 2016*, har Nordland fylkeskommune og fylkestinget fastsatt mål og strategier for temaet alkohol og andre rusmidler. Fylkeskommunens mål i planperioden er å **redusere alkoholforbruket i befolkningen generelt og særlig hos ungdom**. Tiltak for å nå dette målet er blant annet å motivere kommuner til å utarbeide og vedta rusmiddelpolitiske handlingsplaner, implementere anbefalte forebyggingsstrategier/ tiltak i kommuner, skoler og arbeidsliv, og holdningsskapende arbeid gjennom undervisning og lokale kampanjer.

### 4.2. Vega kommunes mål og strategier

Kommunene har en helt sentral rolle i utformingen av alkoholpolitikken gjennom lokal bevillingspolitikk og håndhevelsen av alkohollovens bestemmelser. Kommunene er sentrale i arbeidet med å nå overordnede nasjonale mål i rusmiddelpolitikken (Sosial - og helsedirektoratet, 2006).



En rusmiddelpolitisk handlingsplan dekker mange sektorer i kommunen. Planen har derfor tilgrensende og overlappende mål, målgrupper og tiltak til andre planer i kommunen. Denne planen har et klart fokus på rus, men må ta

### Hovedmålsetting for Vega kommune:

Innbyggerne i Vega kommune skal sikres kommunale tjenester av god kvalitet. Innenfor rammen av en bærekraftig utvikling skal aktivitetene være forebyggende og ivareta sikkerheten for menneske og samfunn. Administrasjonen skal være rasjonell og preges av god tverrfaglig organisering, forståelse og praktisering.

### Mål for hovedsatsingsområdet helse, pleie og omsorg:

Kommunens helse-, pleie- og omsorgstjeneste skal:

- ivareta innbyggernes verdighet og trygghet.
- vektlegge forebyggende tiltak og tverrfaglig samarbeid.
- organiseres rasjonelt slik at mest mulig av tilgjengelige midler nyttes til direkte bistand.

#### Delmål 1:

Sikre legetjenester og pleie- og omsorgstilbud av god kvalitet.

#### Delmål 2:

Det skal utvikles tjenester som trykker hverdagen for ressursvake grupper og deres pårørende. Der dette er formålstjenelig kan dette gjøres i samarbeid med frivillige organisasjoner.

#### Delmål 3:

Kommunen skal ha botilbud for grupper av befolkningen som befinner seg i livssituasjoner med behov for bistand for å sikre en trygg og verdig bosituasjon.

#### Delmål 4:

Kommunens tjenester skal stimulere til egenomsorg og til å hindre videreutvikling av helsesvikt og psykososiale problemer.

utgangspunkt i overordnede mål i Vegas kommuneplan. *Kommuneplan-samfunnsdelen 2007- 2020* beskriver mål og delmål for kommunen som organisasjon, som dermed har betydning for en rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Kommuneplanen legger klare føringer for at en rusmiddelpolitisk handlingsplan skal ha stort fokus på det forebyggende, men samtidig ha gode strategier innenfor oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere. Kommuneplanen beskriver ikke strategier eller tiltak for måloppnåelse.

Andre kommunale planer som har innvirkning på rusmiddelpolitisk handlingsplan, er *Rehabiliteringsplan 2005*, *Psykiatriplan 2002- 2006* og *Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2013- 2016*.

Kommunens *rehabiliteringsplan 2005* omhandler somatisk rehabilitering og inneholder ikke mål og tiltak for rehabilitering av rusmiddelmisbrukere. Planen gikk ut i 2005 og det er nødvendig med en revidering, også med tanke på den innførte Samhandlingsreformen som har stor innvirkning på habilitering og rehabilitering i kommunene. I revidering av planen vil det være naturlig å drøfte

rehabilitering i et større perspektiv der også rusmiddelmissbrukere er en målgruppe.

*Psykiatriplan - opptrapping og videreføring* var gjeldende for perioden 2002-2006. I planen spesifiseres ikke rusmiddelmissbrukere som en egen målgruppe, men mål og tiltak for psykiatrifeltet er aktuelle også for rusmiddelmissbrukere.

Planen inneholder følgende tiltak:

- dagsenter/ aktivitetssenter
- støttekontakter
- aktivitør på Vega syke- og aldershjem
- psykiatrisk sykepleier
- kompetanseheving innen kommunale tjenester
- miljøarbeider i hjemmetjenesten
- informasjon til befolkningen om psykiske lidelser

Det ble gjort en gjennomgang av det psykiske helsearbeidet i kommunen og psykiatriplanen i 2010. Her foreslås revidering av psykiatriplanen. Av ulike årsaker er dette ikke gjennomført. Tiltak i en fremtidig revidert psykiatriplan vil være sammenfallende med tiltakene i rusmiddelpolitisk handlingsplan, både i det forebyggende og behandlende arbeidet.

*Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2013- 2016* inneholder oversikt over aktivitetstilbudet til innbyggerne i Vega kommune. Det er **mange** lag og foreninger i kommunen som arbeider for et variert tilbud innen friluftsliv, fysisk aktivitet og naturopplevelser. I forebyggende rusarbeid legges det stor vekt på rusfrie arenaer som et viktig tiltak for både barn, unge og for voksne. De vedtatte tiltakene i handlingsprogrammet har derfor også betydning for rusmiddelpolitisk handlingsplan. Her nevnes spesielt kunstgressbane, svømmehall og turløype/ lysløype.

### 4.3. Prioritering av mål og strategier

I prioritering av mål legges hovedvekten på forebyggende arbeid. I valg av strategier er det forsøkt å legge opp til et realistisk nivå, ut fra administrasjonsstørrelse i kommunen som skal gjennomføre handlingsprogrammet. På bakgrunn av beskrivelsene av rusmiddelsituasjon, samt de nasjonale og lokale mål for rusmiddelarbeidet, har Vega kommune valgt å sette følgende rusmiddelpolitiske hovedmål:

- Sikre god forvaltning av lokal alkoholpolitikk.
- Styrke det forebyggende arbeidet blant barn og unge.
- Øke bevisstheten om voksne som rollemodeller for barn og unge i forhold til bruk av rusmidler.

- Vektlegge viktigheten av rusfrie soner for alle aldersgrupper.
- Kompetanseheving i helse-, omsorgs- og sosialtjenestene.
- Styrke for - og ettervernet og omsorgstilbudet til rusmiddelmissbrukere og deres pårørende.

Videre deles målene inn i tre ulike kategorier; (1) allmennforebyggende arbeid, (2) forebyggende arbeid overfor risikoutsatte grupper og (3) oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere. For hver kategori beskrives strategier for måloppnåelse. Mål og strategier oppsummeres i en egen tabell i siste kapittel.

## 5. Allmennforebyggende arbeid

Her beskrives strategier eller tiltak som tar sikte på å forebygge problemer knyttet til rus generelt i befolkningen. Effekten av slikt arbeid vil være av mer langsiktig art, i form av blant annet reduksjon av lidelser for mennesker med rusmisbruk og deres pårørende, og reduksjon av omfattende samfunnsmessige kostnader som følge av dette. Skal kommunen lykkes med å redusere rusmiddelproblemer, må forebyggingen rette seg mot flere arenaer som befolkningen deltar på. Det kan blant annet være barnehage, skole, arbeidsliv og ulike fritidsarenaer.

### 5.1. Mål

1. Sikre god forvaltning av lokal alkoholpolitikk.
2. Styrke det forebyggende arbeidet blant barn og unge.
3. Øke bevisstheten om voksne som rollemodeller for barn og unge i forhold til bruk av rusmidler.

### 5.2. Strategier

Alkoholloven regulerer tilgjengeligheten av alkoholholdig drikk blant annet gjennom bevillingssystemet, ved fastsettelse av vilkår for hvordan salg og skjenking skal skje, samt kontroll med at vilkårene blir overholdt. Loven inneholder også regler som tar sikte på å påvirke etterspørselen, som for eksempel forbudet mot alkoholreklame. Alkoholloven er derfor et godt redskap når kommunen skal legge konkrete føringer for sin alkoholpolitikk. For å sikre god forvaltning av lokal alkoholpolitikk, revideres *Lokal forskrift om åpnings- og skjenketider for serveringssteder, samt salgstid for øl i Vega kommune (2005)*, i lys av rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Videre gjøres det en utredning om muligheten for å inngå samarbeidsavtale med andre kommuner om kontroll- og inspeksjonsoppgaver for å sikre god håndheving av regelverket.

Kommunen tar i bruk *Ansvarlig Alkoholhåndtering*, en kommunalt forankret arbeidsform rundt salg og skjenking, som har som formål å senke beruselsesnivået, heve kompetansen og styrke overholdelsen av alkohollovgivningen.

*Unge & Rus* er et program som har som hovedmål å utvikle ungdommers kunnskaper om skadevirkningene ved alkoholbruk, samt deres evne til å tenke kritisk omkring bruken av alkohol. Tiltaket involverer lærere, elever og foreldre/foresatte i problemstillingen ungdom og rus. Særlig viktig er involvering av foreldre og dialogen dem i mellom. Unge og rus gjennomføres for alle elever i grunnskolen i 8. klasse, med en oppfølgingsmodul i 9. klasse. De deltar i

programmet gjennom oppgavesett de utfører på skolen. Det tilrettelegges for to foreldremøter, det ene er bare for foreldre/foresatte, mens det andre er for foreldre/foresatte og elever. Konsekvensene ved å bli rusmiddelavhengig blir også tatt opp i lærebøkene/læreplanene både i samfunnsfag og naturfag. Emnene er obligatoriske i Kunnskapsløftet og KORUS Nord står for faglig oppfølging av programmet med kursing lokalt, slik at programmet kan gjennomføres uten ekstra tilførsel av midler. Et av suksesskriteriene er at opplegget kjøres av den enkelte skole og at programmet er kompetansebyggende for alle lærere som arbeider på ungdomsskoletrinnet. I tillegg skal et team med ressurspersoner utenfor skolene bistå i arbeidet. Læreplanen Kunnskapsløftet setter også kunnskapskrav innenfor fagfeltet. Fra læreplan i naturfag emne Kropp og helse:

*“Mål for opplæringen er at eleven skal kunne gjøre greie for hvordan livsstil kan føre til sykdom og skader, og hvordan det kan forebygges.”*

*“Gjøre greie for hvordan bruk av rusmidler kan føre til helseskader og drøfte hvordan den enkelte og samfunnet kan forebygge helseskadene.”*

Unge og rus er tatt i bruk av nabokommunene på Sør- Helgeland.

For å sikre tilgang til oppdatert kunnskap om rusmiddelsituasjonen blant unge, gjennomfører Vega kommune Ungdataundersøkelse hvert tredje år.

Som en del av oppdraget fra Helsedirektoratet har KoRus-Nord mulighet til å tildele midler til kommuner som har gjennomført Ungdata gjennom tilskuddsordningen *Stimuleringsmidler til rusmiddelforebyggende tiltak i kommunene*. Midlene skal gå til oppfølging av undersøkelsen. Et generelt og viktig formål er å bidra til økt kompetanse og forståelse for effektive virkemidler i det lokale rusmiddelforebyggende arbeidet. Midlene kan eksempelvis benyttes til utvikling av konkrete rusmiddelforebyggende tiltak i kommunene, utvikling av kompetanse i rusmiddelforebygging, arbeid med planforankring, o.l. Det er mulig å søke om kr. 30.000 – 50.000, til ulikt arbeid med oppfølging av Ungdataundersøkelsen. Søknadsfrist er 20. august 2014.

## 6. Forebyggende arbeid overfor risikoutsatte grupper

Forebygging rettet mot særlig risikoutsatte grupper omfatter både tiltak som grenser til allmennforebygging og tiltak som grenser til sekundærforebygging og behandling. Det er viktig at slike tiltak iverksettes overfor unge mennesker som er i faresonen for å utvikle eller forsterke et rusmiddelmisbruk. Målet bør være å stanse utvikling av, eller tilbakefall til, problematferd og vanskelige livssituasjoner. Sosialtjenesten og barneverntjenesten er sentrale aktører i denne type forebyggende arbeid. På bakgrunn av dette settes det opp følgende mål for kommunen:

### 6.1. Mål

1. Vektlegge viktigheten av rusfrie soner for alle aldersgrupper.
2. Kompetanseheving i helse-, omsorgs- og sosialtjenestene.

### 6.2. Strategi

Det sørges for fortsatt tilbud om rusfrie arrangement i kommunens regi. Her nevnes som eksempler feiring av 17. mai og tilbud til aktivitet og opplevelser under Vegadagan. Det gjøres en bevisst vurdering om ulike enkeltarrangement i kommunal regi skal holdes rusfrie.

Arbeidsmiljøutvalget (AMU), evt. det kommunale AKAN- utvalget, reviderer retningslinjene og prosedyrene for det forebyggende rusmiddelarbeidet, for å sikre forankring og god kompetanse på arbeidet.

## 7. Oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere

Kommunen har ansvar for å hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. Den har også ansvar for å gi råd, veiledning og hjelp til vedkommendes familie. Dette følger av lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenesteloven.

### 7.1. Mål

1. Styrke for- og ettervernet og omsorgstilbudet til rusmiddelmissbrukere og deres pårørende.
2. Kompetanseheving i helse-, omsorgs- og sosialtjenestene.

### 7.2. Strategier

Det opprettes koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet jf Helse- og omsorgstjenesteloven § 7- 3. Enheten har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

For å styrke kvaliteten på helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere, utredes muligheten for et tettere samarbeid med psykiatritjenesten i andrelinjetjenesten.

Vega kommune kartlegger årlig omfanget og karakteren av rusmiddelmissbruk gjennom kartleggingsverktøyet BrukerPlan.

Revidering av *Psykiatriplan - opptrapping og videreføring 2002- 2006* og *Rehabiliteringsplan 2005* gjennomføres i lys av rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er et tilbud som gis til personer som har hatt et omfattende opiatmisbruk (heroin, morfin) og som ikke kommer seg ut av misbruket ved hjelp av andre tiltak eller tilbud. Behandlingen er en del av et helhetlig tilbud der personer som deltar i LAR skal ha tilbud om individuell plan og koordinator, samt at kommunen skal legge til rette for evt. bolig, aktivitet og annen bistand alt etter hvilke andre behov personen måtte ha.

Legemiddelassistert rehabilitering av opiatavhengige er en ny utfordring for Vega kommune. Kompetansen på området er liten og forholdene er heller ikke tilrettelagt for denne type behandling. Oppfølgingen av slike pasientgrupper er ressurskrevende og fordrer godt samarbeid mellom LAR i Nord, fastleger, hjemmetjenesten, NAV og pasienten selv. Ansatte fra helse- og sosialtjenesten i kommunen deltar i løpet av planperioden på faglig oppdatering/ kurs for å øke den faglige kompetansen om LAR. Dette for å styrke kvaliteten på ettervernet til rusmiddelmissbrukere og deres pårørende.

## **8. Gjennomføring og oppfølging av den rusmiddelpolitiske handlingsplanen**

Handlingsprogrammet i pkt. 8.1 oppsummerer strategiene beskrevet i kapittel 5, 6 og 7. Handlingsprogrammet viser en oversikt over perioden tiltaket skal pågå, kostnadsberegninger og samarbeidspartnere. Funksjon uthevet i fet skrift har hovedansvaret for gjennomføring av tiltaket.

Rusmiddelpolitisk handlingsplan skal være et styrende dokument og et arbeidsverktøy for de tjenestene som planen berører. Rådmannen har ansvar for å følge opp planen i sin helhet, mens etatsledere bistår med faglig oppfølging. Resultatet av hvert enkelt tiltak skal evalueres jevnlig for å sikre at ressurser brukes til tiltak som er hensiktsmessig, samt at tiltak som ikke gir ønsket effekt avsluttes.

*Lokal forskrift om åpnings- og skjenketider for serveringssteder, samt salgstid for øl i Vega kommune (2005) skal evalueres og rulleres i forbindelse med kommunens planstrategi hvert 4. år. Det vil være naturlig at rusmiddelpolitisk handlingsplan også blir rullert samtidig.*



## 8.1. Handlingsprogram

	Målområde 1: Allmennforebyggende arbeid	Hovedansvarlig og samarbeidspartnere	Kostnad	2015	2016
	Mål 1: Sikre god forvaltning av lokal alkoholpolitikk.				
	Strategi 1: Revidere Lokal forskrift om åpnings- og skjenketider for serveringssteder, samt salgstid for øl i Vega kommune (2005)				
1	Opprette arbeidsgruppe, klargjøre sak for politisk behandling	<b>Rådmann</b> , formannskap	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	
	Strategi 2: Kommunen tar i bruk Ansvarlig Alkoholhåndtering				
1	Opprette arbeidsgruppe bestående av representanter fra kommune, politi og skjenkebransje	<b>Rådmann</b> , sentraladministrasjon, politi, skjenkebransje	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	
2	Gjennomføre målrettet innsats i Ansvarlig alkoholhåndtering; opplæring for bransjen, samarbeid mellom de tre hovedaktørene og kontroll- og sanksjonsregime	<b>Arbeidsgruppen</b>	Tilskuddsmidler	X	
	Strategi 3: Mulig samarbeidsavtale med andre kommuner om kontroll- og inspeksjonsoppgaver				
1	Gjennomføre utredning	<b>Rådmann</b> , sentraladministrasjonen	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett		X
	Strategi 4: Stimuleringsmidler til rusmiddelforebyggende tiltak i kommunene				
1	Søke Korus- Nord om midler til rusmiddelforebyggende tiltak (frist 20.8.14, gjøres uavhengig av plan)	<b>Folkehelsekoordinator</b> , psyk. sykepleier, rådmann	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett		

	Mål 2: Styrke det forebyggende arbeidet blant barn og unge. Mål 3: Øke bevisstheten om voksne som rollemodeller for barn og unge i forhold til bruk av rusmidler.				
	Strategi 1: Implementere det rusforebyggende program <i>Unge &amp; rus</i>				
1	Faglig oppfølging av programmet med kursing lokalt	<b>Rektor</b> , Korus Nord, FAU, helsestasjon	Tilskuddsmidler	X	
2	Implementering skoleåret 2015/2016	<b>Rektor</b> , helsestasjon, FAU	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	X
	Strategi 2: Ungdataundersøkelse				
1	Gjennomføre Ungdataundersøkelse 8.- 10. trinn.	<b>Folkehelsekoordinator</b> , rektor, FAU, Korus Nord	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett		X

	Målområde 2: Forebyggende arbeid overfor risikoutsatte grupper	Hovedansvarlig og samarbeidspartnere	Kostnad	2015	2016
	Mål 1: Vektlegge viktigheten av rusfrie soner for alle aldersgrupper.				
	Strategi 1: Rusfrie arrangement i kommunal regi				
1	Kommunen som arrangør gjør en bevisst vurdering om hele eller deler av arrangementet skal være rusfri.	<b>Arrangør</b>	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	X
	Mål 2: Kompetanseheving i helse-, omsorgs- og sosialtjenestene.				
	Strategi 1: AKAN				
1	Revidere prosedyre og retningslinjer	<b>AMU/ AKAN- utvalg</b>	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	
2	Oppdatere handlingsplan	<b>AMU/ AKAN- utvalg</b>	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett		X

<b>Målområde 3: Oppfølging og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere</b>		<b>Hovedansvarlig og samarbeidspartnere</b>	<b>Kostnad</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Mål 1: Styrke for - og ettervernet og omsorgstilbudet til rusmiddelmisbrukere og deres pårørende.					
Strategi 1: Koordinerende enhet					
1	Etablere koordinerende enhet	<b>Rådmann</b> , leder hjemmetjenesten, kommunelege 1, ledende helsesøster, rektor, leder barnehage	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett		X
Strategi 2: Tettere samarbeid med psykiaritjenesten i andrelinjetjenesten					
1	Inngå dialog med andrelinjetjenesten for å se på mulige kvalitetsforbedrende samarbeidsformer	<b>Kommunelege 1</b> , psyk. sykepleier	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett		X
Mål 2: Kompetanseheving i helse-, omsorgs- og sosialtjenestene.					
Strategi 1: Brukerplan					
1	Opplæring av personale til gjennomføring av Brukerplanundersøkelse	<b>Kommunelege 1</b> , Korus Nord	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	X
2	Årlig Brukerplanundersøkelse	<b>Kommunelege 1</b> , psyk. sykepleier, hjemmetjeneste, NAV, barneverntjeneste, helsestasjon	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	X
Strategi 2: Psykiatriplan					
1	Ferdigstille revidering av psykiatriplan	<b>Psykiatrisk sykepleier</b> , kommunelege 1, leder hjemmesykepleie, ledende helsesøster	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett	X	
Strategi 3: Rehabiliteringsplan					
1	Revidere rehabiliteringsplan	<b>Leder sykehjem</b> , kommunelege 1, leder hjemmesykepleie, ledende helsesøster, fysioterapeut	Egeninnsats. Dekkes innen eget budsjett		X
Strategi 4: Faglig oppdatering/ kurs					
	Ansatte i helse- og sosialtjenesten deltar på kompetansehevende kurs om rusmiddelfeltet	<b>NAV</b> , kommunelege 1, hjemmesykepleie, psyk. sykepleier	Tilskuddsmidler	X	

## Kilder

AKAN kompetansesenter (21. mars 2014) *AKAN kompetansesenter*. [Internett]. Tilgjengelig fra: < <http://akan.no/> >

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. St.meld. nr 30 (2011-2012). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Folkehelsemeldingen. God helse- felles ansvar*. St.meld. nr 34 (2012-2013). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommunetorget (4. august 2014) *Ansvarlig alkoholhåndtering* [Internett].

Tilgjengelig fra:

<<http://kommunetorget.no/Temaomrader/Ansvarligalkoholhandtering/>>

[Nedlastet 4.august 2014].

Kommunetorget (7. november 2013) *Rusmiddelpolitisk handlingsplan* [Internett].

Tilgjengelig fra:

<<http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Rusmiddelpolitisk-handlingsplan/>> [Nedlastet 1.februar 2013].

Nordland fylkeskommune (2013) *Handlingsplan folkehelsearbeid 2013- 1016*. Bodø, Nordland fylkeskommune.

Sosial - og helsedirektoratet (2006). *Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan*. IS-1362. Oslo, Sosial - og helsedirektoratet.

Skretting, A og Storvoll, E. E. red.(2011) *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-Rapport nr. 3/2011. Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning.

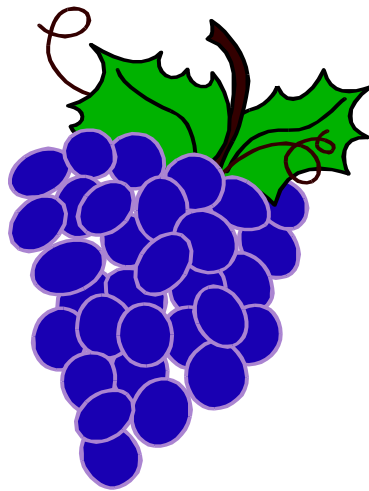
Ungdata (11.november 2013) *Vega 2013- Ungdata nøkkeltallsrapport (ungdomsskolen)* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://www.ungdata.no/id/26847.0>> [Nedlastet 11. november 2013].

Unge og rus (4. august 2014) *Unge og rus* [Internett]. Tilgjengelig fra

<<http://ungeogrus.no/no/>> [Nedlastet 4. august 2014].

**Lokal forskrift om  
åpnings- og skjenketider  
for serveringssteder,  
samt salgstid for øl  
i Vega kommune**



**Vedtatt av Vega kommunestyre 17.02.05, sak 004/05.**

## **§ 1 Forskriften regulerer:**

- Åpnings og skjenketider for serveringssteder
- Salgstider for salg av øl i forretninger med slik bevilling
- Ambulerende skjenkebevilling – delegasjon
- Kontroll/inspeksjon – sanksjoner ved overtredelse

## **§ 2 Åpnings- og skjenketid for serveringssteder:**

### *Åpnings- og lukningstider:*

Alle serveringssteder skal i holde lukket fra 0300 – 0600 jfr. Serveringsloven § 15 4. ledd.

### *Skjenketider:*

Serveringssteder med skjenkebevilling kan skjenke øl og vin fra kl. 0600 til kl 03.00. Det kan skjenkes brennevin fra kl. 1300 til kl. 03.00. Jfr. Alkoholloven § 4-4.

### *Innskrenkning i skjenkedager:*

Skjenking av brennevin er forbudt på stemmedagen for stortingsvalg, fylkestingsvalg, kommunevalg og folkeavstemning vedtatt ved lov, Jfr. Alkoholloven §4-4, 6. ledd.

## **§ 3 Salgstider for salg av øl:**

Salgssteder med kommunal bevilling for salg av alkohol med lavere alkoholinnhold enn 4,76 volumprosent kan selge øl i følgende tidsrom:

Mandag – fredag kl. 08.00 – 20.00.

Dager før søn- og helligdager unntatt dagen før Kr. Himmelfart kl. 08.00 – 18.00.

### *Innskrenkninger i salgsdager:*

Salg av øl er forbudt på søn- og helligdager, 1. og 17. mai samt på stemmedagen for stortingsvalg, fylkestingsvalg, kommunevalg og folkeavstemning vedtatt ved lov, Jfr. Alkoholloven § 3- 7, 3. ledd.

## **§ 4 Ambulerende skjenkebevilling:**

### *Ambulerende skjenkebevilling:*

I henhold til alkoholloven § 4-5 og merknader til loven i rundskriv I-6798 pkt 4.5, 4.5.1 og 4.5.2, samt kommuneloven § 23 delegeres til rådmannen å gi ambulerende bevilling. Ambulerende bevilling skal som regel ha godkjent skjenkestyrer.

## **§ 5 Kontroll og inspeksjon:**

Kommunens kontrollutvalg etter alkoholloven § 1-9 er formannskapet. En arbeidsgruppe på 3 personer er oppnevnt til å forestå kontrollen. Jfr. Forskrift av 11.12.77 nr. 1292 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v § 10-3.

Kontrolloppgavene utføres i henhold til lov, forskrifter og kommunale instruksjoner.

Det kan inngås samarbeidsavtaler med andre kommuner om kontroll- og inspeksjonsoppgaver.

## **§ 6 Overtredelse - inndragning:**

Ved overtredelse av alkoholloven eller forskrifter som tilhører denne, kan kommunestyret inndra bevillingen for resten av bevillingsperioden eller for kortere tid, jfr. Alkoholloven § 1-8 1. ledd.

- a) Ved første gangs overtredelse:  
Skriftlig advarsel.  
Advarsel gis av kontrollutvalget (Formannskapet). Ved gjentatte overtredelser og ved søknad om fornyelse av bevilling, skal oversikt over gitte advarsler følge sakspapirene.
- b) Ved andre gangs overtredelse:  
Skjenking/salg til mindreårige, inndragning av bevilling i inntil 1 år.  
Inndragning av bevilling utføres av formannskapet etter skjønn.
- c) Ved flere gangers overtredelse eller ved særlig alvorlig brudd på regelverket, skal kommunestyret normalt inndra bevillingen for resten av bevillingsperioden.
- d) Ved manglende betaling av alkoholavgift, eller dersom bevillingsinnehaver unnlater å etterkomme eventuell kommunal anmodning om inntektsoppgave for alkoholomsetning som beregningsgrunnlag for avgift, gis rådmannen fullmakt til å inndra bevilling inntil avgift er betalt eller opplysninger mottatt.

For øvrig gjelder forskrifter/retningslinjer for kontroll med salg og skjenking av alkoholholdig drikk, og forvaltningslovens saksbehandlingsregler m.v.

## **§ 7 Ikrafttredelse:**

Denne forskrift trer i kraft snarest mulig etter vedtak. Fra samme tidspunkt oppheves tidligere kommunale vedtak og dispensasjoner om luknings-, åpnings- og skjenketider for bevillingssteder.