

Alstahaug  
kommune

# Ruspolitisk handlingsplan for Alstahaug kommune

2016 – 2020

Alstahaug kommune skal være en trygg kommune for barn og ungdom å vokse opp i. Innbyggere som trenger bistand på grunn av eget eller andres rusmisbruk skal oppleve å møte et helhetlig og lett tilgjengelig hjelpeapparat, med evne og vilje til å vise vei.

Vedtatt av kommunestyret 22.06.2016

Alkoholpolitiske retningslinjer endret 14.12.16

# Innholdsfortegnelse

1.0 Hvorfor en ruspolitisk handlingsplan .....	4
1.1 Innledning.....	4
1.2 Visjon og verdier .....	5
1.3 Fokusområder.....	5
2.0 Beskrivelse av rusmiddelsituasjonen nasjonalt og lokalt .....	5
2.1 Alkohol.....	5
2.2 Narkotika og andre medikamenter .....	6
2.3 Rus og samtidig psykiatri (ROP-lidelser) .....	7
2.4 Rusmiddelsituasjonen i Alstahaug Kommune: .....	7
2.4.1 Resultater Ungdomsundersøkelsen .....	7
2.4.2 Brukerplan .....	8
2.4.3 Resultater Brukerplan.....	9
2.5 Voldskriminalitet.....	11
2.6 Barnevern .....	13
2.7 Nav .....	14
3.0 Kommunens ansvar på rusfeltet .....	14
3.1 Statens ansvar for rusbehandling.....	14
3.2 Samhandling.....	14
4.0 Lokal organisering .....	15
5.0 Tiltaksdel .....	15
5.1 Bakgrunn forebyggende tiltak for barn og unge .....	15
5.2    Utfordringer .....	16
5.3 Mål og tiltak i det forebyggende arbeidet .....	17
6.0 Tidlig intervensjon- barn og unge i risikozonen .....	18
6.1 Bakgrunn .....	18
6.2 Utfordringer.....	18
<b>a) Barn av rusavhengige .....</b>	<b>18</b>
<b>b) Ungdom som er i ferd med å utvikle et rusproblem.....</b>	<b>18</b>
6.3 Mål og tiltak for tidlig intervensjon .....	18
7.0 Sammenhengende tjenester til rusavhengige .....	19
7.1 Bakgrunn .....	19
7.2 Utfordringer.....	20

<b>a) Boligtilbudet til rusmiddelmisbrukere</b> .....	20
<b>b) Aktivitetstilbud</b> .....	20
<b>c) Gravide</b> .....	20
<b>d) Ettervernstilbud</b> .....	20
7.0 Sammenhengende tjenester til rusavhengige .....	20
8.0 Innledning alkoholpolitiske retningslinjer .....	21
8.1 Alkoholloven.....	21
9.0 Alkoholpolitiske retningslinjer .....	22
10.0 Salgsbevillinger .....	22
10.1 Salgstider for alkoholholdig drikk tom 4,7 % .....	22
10.2 Vinmonopolet.....	22
11.0 Skjenkebevillinger .....	23
12.0 Skjenketider .....	23
12.1 Skjenking innendørs.....	23
12.2 Skjenking utendørs .....	24
13.0 Situasjoner hvor det ikke gis skjenkebevilling .....	24
13.1 Skjenking i kommunale bygg.....	24
14.0 Ambulerende skjenkebevilling .....	24
14.1 Situasjoner hvor du ikke behøver søke bevilling .....	25
15.0 Skjenkebevilling for enkelt anledning .....	25
16.0 Bevillingsperioden .....	25
17.0 Antall bevillinger .....	25
18.0 Sosialpolitiske hensyn .....	25
19.0 Tildeling av bevilling .....	25
20.0 Gebyr for salg og skjenking .....	26
21.0. Kontrollvirksomhet .....	26
22.0 Reaksjon ved brudd på AL eller annen relevant lovgivning. ....	27
Kilder .....	29

## 1.0 Hvorfor en ruspolitisk handlingsplan

### 1.1 Innledning

Kommunen er pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan jf. Alkoholoven (AL) § 1-7d. ALs formålsparagraf, § 1-1, har følgende ordlyd:  
Reguleringen av innførsel og omsetning av alkoholholdig drikk etter denne lov har som mål å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som et ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer.

Forskrift for omsetning av alkohol § 2-1 sier videre at: salg og skjenking av alkoholholdige drikke skal gå for seg på en slik måte at skadevirkningene begrenses og alkoholpolitiske og sosiale hensyn blir ivarettatt.

Planen skal rulleres for hver kommunestyreperiode, og planen som nå revideres har en virkningsperiode fra juni 2016- juni 2020. Tiltaksdel skal evalueres årlig. Følgende utvalg oppnevnt av Alstahaug formannskap den 30.5.12, utarbeidet opprinnelig planen med virkningsperiode april 2014- januar 2016:

SLT-koordinator (sekretær)  
Koordinator for barn/ unge  
Lensmann politiet  
Utekontakt  
Klubbleder  
Ledende helsesøster  
Leder for Psykisk helse- og rustjeneste  
Ruskonsulent  
Barnevernsleder  
Representant for Arbeiderpartiet v/ Guro Bosness,  
Representant for Høyre v/ Tore Vikedal  
NAV-leder  
Ordfører  
Kommunalsjef helse  
Folkehelsekoordinator  
Formannskapssekretær

Planen revideres nå i henhold til oppsatt plan og det er besluttet fra administrasjonssjefen at revidering av plan er delegert til formannskapssekretær og SLT-koordinator. Representanter for de ulike faginstansene ovenfor har fått tilsendt revidert plan for innspill/ høring. Planen ble ikke sendt politiske representanter ettersom at dette var en revidering samt at planen skal politisk behandles. Planen sendes på høring til aktuelle aktører i næringslivet før politisk behandling.

Den nasjonale lovgivingen setter rammene for den kommunale rusmiddelpolitikken, og de lover og forskrifter som i hovedsak er interessant i så henseende er:

Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v.(AL)  
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester  
Lov om barnevernstjenester  
Lov om vern mot smittsomme sykdommer  
Lov om psykisk helsevern  
Lov om folkehelsearbeid  
Lov om pasient- og brukerrettigheter  
Forskriftene for salg og skjenking av alkohol  
Forskrift om vaktvirksomhet (vaktvirksomhetsforskriften)

## 1.2 Visjon og verdier

Visjonen for Ruspolitisk handlingsplan 2016-2020 er:

**Alstahaug kommune skal være en trygg kommune for barn og ungdom, å vokse opp i. Innbyggere som trenger bistand på grunn av eget eller andres rusmisbruk, skal oppleve «å møte et hjelpeapparat, som er lett tilgjengelig og som har evne og vilje til å vise vei».**

Den som trenger bistand kan være et barn av rusmiddelmissbrukere, foreldre til en ungdom som nylig har debutert med rusmidler, en voksen med et langvarig misbruk eller pårørende til rusmisbrukere. Kanskje er det behov for veiledning eller råd, kanskje er det behov for langvarig behandling der både kommune og spesialisthelsetjeneste er viktige og ofte eneste støttespillere.

Problemer knyttet til alkohol, narkotika og andre rusmidler forutsetter tverrfaglig og tverretattlig samarbeid for å bli løst. Alstahaug kommune ønsker at planen skal bidra til en helhetlig og samordnet innsats på rusfeltet. Det er derfor avgjørende at de kommunale tjenester innen helse- og omsorgsområdet, skole og kultur, samt de etablerte frivillige organisasjoner samarbeider og jobber mot felles målsetninger.

## 1.3 Fokusområder

Hovedutfordringen i forrige planperiode var å identifisere behovene for russpesifikk innsats knyttet til de områder hvor man så særlige utfordringer. De 3 innsatsområder/fokusområder som ble prioritert for ruspolitisk handlingsplan 2013-2016:

1. Forebyggende tiltak for barn og unge
2. Tidlig intervensjon i forhold til barn og unge i risikozonen
3. Sammenhengende tjenester til rusmiddelavhengige

Alstahaug kommune har satset på de 3 innsatsområdene de siste 5 årene og det er fra flere instanser jobbet målrettet og vil bli nærmere beskrevet i rapporten.

## 2.0 Beskrivelse av rusmiddelsituasjonen nasjonalt og lokalt

I dette avsnitt beskrives omfanget av rusmiddelmissbruket nasjonalt og lokalt, basert på statistikk og annen tilgjengelig informasjon. For å kunne utarbeide relevante mål og tiltak for det kommunale arbeid innen rusfeltet, er det nødvendig å gjøre en grundig analyse av den faktiske rusituasjonen i samfunnet generelt og lokalt. Ulike tiltak som iverksettes skal kvalitetssikres med tanke på tiltenkt effekt. Forskning viser til at bruk av alkohol og narkotika må ses i sammenheng av flere grunner. Alkoholbruk har mange negative konsekvenser i samfunnet. Mange ulykker, skader og voldsbruk skjer i alkoholpåvirket tilstand. Mange barn opplever utrygge oppvekstsvilkår som følge av voksnes alkoholvaner. Det er dokumentert at tidlig alkoholdebut øker risikoen for bruk av narkotika. Forskning viser også at voksne sitt forhold til rusmidler har en betydelig påvirkning på barnas fremtidige forhold til og bruk av rusmidler. Ruspolitisk plan omfatter derfor både forholdet til legale og illegale rusmidler.

### 2.1 Alkohol

Konsekvensene av alkoholbruk er alvorlige og omfattende.

På individnivå kan konsekvensene deles i to:

- akutte skader, som for eksempel ulykker og vold
- skader som oppstår etter lang tids bruk av alkohol, eksempelvis leverskader, nedsatt allmenntilstand og økt dødelighet.

I tillegg til disse fysiske skadene kan alkoholbruk også ha negative psykiske og sosiale følger – både for misbrukeren selv og deres pårørende. Barn er i denne sammenheng er en spesielt sårbar og utsatt gruppe. Barn av foreldre med høyt alkoholbruk lider ofte som følge av rusrelatert vold, omsorgssvikt eller annen uheldig eksponering for voksnes alkoholbruk. På samfunnsnivå koster alkoholmisbruk det norske samfunnet cirka 22 milliarder kroner i året viser en rapport utført av Oslo economics (www.osloeconomics.com).

En undersøkelse om alkohol og arbeidsliv, utført av rusfeltets samarbeidsorgan (<http://www.actis.no/kunnskap/alkoholrelatert-sykefravaer>), viser at 30 prosent av korttidsfraværet og 15 prosent av langtidsfraværet er relatert til alkohol. Sannsynligheten for å bli borte fra jobben den neste dagen fordobles ved forbruk av alkohol, og det vanligste er én dags fravær. Mens alkoholkonsumet går ned i flere europeiske land øker det i Norge. I Norge har forbruket økt med 40 % de siste 20 årene. Rusforskningen viser at mens den yngre generasjon drikker mindre er forbruket økt betydelig i voksenbefolkningen. I gjennomsnitt får hver voksen nordmann i seg 8 liter ren alkohol per år. På første halvdel av 1990-tallet var forbruket ca. 3 liter (Folkehelseinstituttet 2014)

Når det gjelder kjønnsforskjeller, var det tidligere slik at gutter drakk dobbelt så mye som jenter. Dette har nå endra seg, slik at alkoholforbruket blant jenter de senere år gradvis har nærmet seg guttenes. Tall viser at totalforbruket av alkohol blant jenter mellom 15 og 20 år fra 1996 til 2005 økte med 88 prosent. Tilsvarende tall for guttene var 38 prosent. I den voksne befolkninga er det fremdeles slik at menn drikker mer enn kvinner, og de drikker også hyppigere (Horverak og Bye 2007), men dette kan altså se ut til å endre seg i de neste generasjonene, dersom trenden med økt drikking blant jenter og kvinner fortsetter. Den gjennomsnittlige debutalder når det gjelder alkohol både for gutter og jenter synes å være stabil. Den har gjennom flere år vært omkring 14,5 år for øl og omkring 15 år for vin og brennevin.

## 2.2 Narkotika og andre medikamenter

Det er av mange grunner komplisert å finne pålitelige tall for folks bruk av illegale rusmidler og en må av den grunn forvente at det forekommer store mørketall. Det har gjennom 1990-tallet vært en øking i bruk av illegale rusmidler. Nasjonale undersøkelser viser at på landsbasis er andelen som har forsøkt cannabis både i 2004 og 2009 høyest i aldersgruppen 25-34 år, mens andelen som har brukt cannabis i løpet av siste år er høyest blant 15-24 åringer. Utbredelsen av andre narkotiske stoffer er på et relativt stabilt, lavt nivå. I befolkningen generelt er det amfetamin som misbrukes mest - nær 4 prosent har brukt amfetamin noen gang. Videre følger kokain, som rundt 2,5 prosent av befolkningen oppgir å ha brukt. Prisen på amfetamin, kokain og heroin har sunket siden 2008. For cannabis virker prisene å være uendret og stabile siden 2008. Antallet personer som administrerer inntak av rusmidler intravenøst, "sprøytenarkomane", er stabilt. Det finnes et betydelig omfang av personer med misbruk av vanedannende legemidler, men mørketallene her er store. Internasjonalt regner man med at 1/3 av alt stoffbruk i verden er misbruk av reseptbelagte medikamenter (NOU 2003:4). Legemiddelassistert behandling (LAR) som behandlingsform for opiatmisbruk, hovedsakelig heroinmisbruk, har økt kraftig siden oppstarten. I 1998 hadde 50 personer i Norge denne behandlingsformen, mens det i 2010 er rundt 500 personer under LAR-behandling. Norge har en av de verste overdosedestatistikkene i Europa, med svært mange overdosedødsfall korrelert mot innbyggertall.

Det er gjort enkelte beregninger på hva en rusavhengig koster samfunnet. Anslag fra Helsedirektoratet viser at en ungdom som begynner med sprøytemisbruk i 16 års alder har kostet samfunnet 19 millioner kroner i en alder av 40 år. Tapte arbeidsfortjeneste er ikke med i denne beregningen. I tillegg kommer sykmeldinger for familiemedlemmer, for ikke å snakke om de menneskelige omkostningene i disse situasjonene. Det er derfor viktig, både menneskelig og samfunnsøkonomisk, å satse på forebygging og tidlig intervensjon

### 2.3 Rus og samtidig psykiatri (ROP-lidelser)

Befolkningsstudier fra Europa og USA viser at psykiske lidelser og rusbruk ofte opptrer sammen. Rusbruk har en klar sammenheng med utvikling av psykiske lidelser, desto mer alvorlig rusmisbruket er, desto høyere forekomst av psykiske lidelser. Personer med dobbeltdiagnose rus- og psykiske lidelser faller lett utenfor behandlingsapparatet. Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for behandling av ROP-lidelser. En tredjedel av pasientene som fikk tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2009, fikk også behandling innen psykisk helsevern. De fleste av dem var unge menn. Omtrent 10 prosent av alle pasienter som mottar behandling innen det tradisjonelle psykiske helsevernet, har rusmiddelproblemer i tillegg til psykisk sykdom. Ved akutte psykiske lidelser er andelen personer med rusproblematikk enda høyere, anslagsvis mellom 20 – 50 %.

### 2.4 Rusmiddelsituasjonen i Alstahaug Kommune:

Alstahaug kommune har om lag 7454 innbyggere (SSB feb. 2016). Alstahaug Kommune har de siste årene vært en by med noe vekst, noe som i hovedsak skyldes fiske- og oljerelatert industri i området. Det er det gjort erfaringer fra tilsvarende prosesser i Norge der man ser at et mer dynamisk lokalsamfunn også genererer en større tilgang på illegale rusmidler.

Den videregående skolen i området er lokalisert i Sandnessjøen. Dette medfører at mesteparten av ungdommene i aldersgruppen 16-20 år fra både Alstahaug og kommunene rundt befinner seg i Sandnessjøen store deler av tiden. Sandnessjøen blir derfor et naturlig knutepunkt for illegal rusaktivitet. Politiet konkluderer ut fra faktiske beslag at narkotikakriminaliteten i ungdomsmiljøet er økende.

Fra 2013 har kommunen gjennomført ulike kartlegginger som har bidratt til at kommunen nå har relativ god oversikt over rusfeltet. Disse kartleggingene er ungdomsundersøkelsen «Ung data» og kartlegging av rusmiddelavhengige «Brukerplan».

#### 2.4.1 Resultater Ungdomsundersøkelsen

Det ble for andre gang i mai 2015 gjennomført en stor ungdomsundersøkelse i kommunen, «Ung data», i regi KorusNord og Nova. Undersøkelsen ble foretatt i 8., 9. og 10. trinn ved Sandnessjøen ungdomsskole, Søvik skole, Tjøtta skole og Austbø skole. Svarprosenten var på henholdsvis 84 og 100%. Tallene er derfor representative for ungdomsgruppen i kommunen. Materialet har også vært gjennom en såkalt "datavask" hvor eventuelle «tulle svar» er fjernet

Tall fra Ungdata i Alstahaug kommune i 2015 viser at:

- Andel som svarer at de minst én gang siste 12 måneder har «drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset» er på hele 23 prosent mot 14 prosent nasjonalt. Det er høyere andel jenter (28 %) enn gutter (19 %) som har drukket seg tydelig beruset det siste året.
- Det er 9 prosent som oppgir å drikke nokså jevnt (ca 1-3 ganger i måneden) og 2 prosent som oppgir å drikke alkohol ukentlig. Det er ingen kjønnsforskjeller blant dem som oppgir å drikke nokså jevnt. Det er derimot kjønnsforskjeller i andel som oppgir å *drikke av og til, men ikke så ofte som månedlig*, hvor andelen er 22 prosent av jentene mot 10 prosent av guttene.

- 15 prosent av guttene og 19 prosent av jentene oppgir at de ikke vet om de får lov å drikke alkohol av foreldrene sine eller ikke.
- 2 prosent av guttene og 0 prosent av jentene oppgir å ha brukt hasj eller marihuana. I tillegg oppgir 3 prosent av guttene og 0 prosent av jentene å ha brukt dopingmidler (f.eks. anabole steroider).

Tall fra Ungdata i Nordland 2013, videregående skole viser at:

- Familieøkonomi har betydning for bruk av snus/røyk, men ser ikke ut å spille inn i forhold til alkohol.
- Andelen som har vært beruset mer enn fem ganger siste halvår øker med alder; VG1 25 prosent av guttene og 28 prosent av jentene, VG3 har det økt til 43 prosent av guttene og 45 prosent av jentene.
- Det er stor variasjon mellom de videregående skolene i Nordland når det gjelder andelen som rapporterer å bruke hasj (3-16 %). På VG3 har 17 % av guttene og 10 % av jentene brukt hasj eller marihuana siste året.

Jevnt over forteller resultatene at Alstahaug-ungdommen har det litt dårligere sammenlignet med gjennomsnittet fra resten av landet. Dette er ikke overraskende tall, da Nordland dessverre ligger dårlig an i flere typer nasjonale statistikker. En positiv tendens er imidlertid at flere ungdommer i Alstahaug bruker mindre tid på data sammenlignet med resten av landet. De trives på skolen og er fornøyd med sine foreldre. Det er også færre som slåss og som bedriver nasking og innbrudd og det skulkes mindre på skolene i Alstahaug kommune enn ellers i landet.

Det er likevel en del urovekkende tall som må tas på alvor av både foreldre/foresatte, skolene, kommunen for øvrig og lokalsamfunnet. Det rapporteres blant annet en høyere andel av ungdommene i Alstahaug som drikker seg beruset enn i landet for øvrig. Det er også en urovekkende høy andel av ungdommene, ¼ av ungdommene som rapporterer at de enkelt kan skaffe seg hasj/marihuana om de ønsker. Til sammenlikning rapporterer 1/5 av ungdommene nasjonalt at de kan få tak i narkotika dersom de vil. Dette sier noe om tilgjengelighet og synlighet av narkotika i ungdomsmiljøet i kommunen. På spørsmål om hvor ofte foresatte til ungdommene drikker alkohol svarer 32 % av ungdommene at far drikker alkohol ukentlig eller oftere, mens 26 % av mødrene rapporteres å gjøre det samme.

Ungdommene ser også ut til å være mer plaget med ensomhet og mobbing i Alstahaug enn i landet for øvrig og undersøkelsen viser at det er en øking fra 2013 til 2015 i antallet ungdommer som rapporterer å bli mobbet/plaget. Undersøkelsen viser at det er forskjeller mellom elevene på 8. og 9. trinn, som stort sett rapporterer at de har det bedre psykisk enn elevene i 10. trinn. Det eldste trinnet angir å være mer trist, anspent og ensomme.

Videregående skole gjennomførte i 2013 samme undersøkelse i regi fylkeskommunen, resultatene av undersøkelsen ble offentliggjort høsten 2013. Svarprosenten var 57 %. Av disse svarer i overkant av 60 % på 2. og 3. året at de drikker alkohol minst månedlig. 18 % svarer at de har brukt hasj/marihuana minst 1 gang siste 12 mnd.

### 2.4.2 Brukerplan

BrukerPlan er et kartleggingsverktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelbruk i kommunen. De som kartlegges er vurdert til å ha et rusmiddelbruk som er til skade for personens funksjonsnivå og relasjoner til andre. Verktøyet er utviklet av KORFOR (Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest), og det er KORFOR som behandler datamaterialet i kartleggingen. KoRus – Nord er tilrettelegger og bindeledd mellom KORFOR og kommunene.



Etter Folkehelseloven §5 skal kommunene ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Gjennomføringen av BrukerPlan er en del av kompetansesenterets oppdrag ut mot kommunene i vår region.

I mars 2015 ble det for 3.gang gjennomført en kartlegging av omfanget av kjent rusmisbruk i kommunen gjennom BrukerPlan-undersøkelsen. Kartleggingen ble utført av ansatte i psykisk helse- og rustjeneste, SLT-koordinator, fastlegene, NAV og koordinator for barn og unge.

Resultatet av Brukerplan har årlig blitt lagt frem i Kommunestyret og benyttes som et strategisk styringsdokument i det videre ruspolitiske arbeidet i kommunen.

Det er en tendens til at man blir opptatt av mørketall. Mørketall kan være interessant å diskutere, men den kunnskapen som faktisk har kommet ut av kartleggingen bør være viktigere å diskutere. Brukerplan som kartleggingsverktøy er utviklet for kommunene, for at informasjonen som fremkommer av kartleggingen skal være relevant fra et kommunalt ståsted. De kommuner som har vært med å kartlegge rusituasjonen med Brukerplan fra start har i år gjort det for 8. gang. Det er totalt 222 kommuner i Norge som KARTLA I 2015. Alstahaug kommune har besluttet å kartlegge årlig på grunn av at dette er verdifull informasjon i forhold til å oppnå en så målrettet innsats som mulig på rusfeltet. Dette for at arbeidet i forhold til rusmiddelavhengige i kommunen ikke er tuftet på synsing, men på faktiske tall og analyser av kommunesituasjonen.

### 2.4.3 Resultater Brukerplan

Det er registrert 49 rusmiddelbrukere i Alstahaug kommune. Antall brukere i forhold til antall innbyggere over 18 år i Alstahaug Kommune er 0,82 %, noe som er litt høyere enn gjennomsnittet for norske kommuner som er 0,69 %. Dette skyldes antakeligvis at fastlegene i Alstahaug kommune har vært med å kartlegge. Undersøkelser viser at i de kommuner hvor fastlegene har deltatt i kartleggingen av kjente rusavhengige er prevalensen høyere på grunn av at de produserer cirka 30 % påslag.

Det viser seg at kommunene i Norge generelt fanger opp ungdom sent, og gjerne etter fylte 20 år og oppover.

En del av kartlegginga i Brukerplan kartlegger hvorvidt rusmisbrukere har omsorg for - og/eller samvær med barn. I Alstahaug er det 2 % som har omsorg for barn, mens 6,3 % av kartlagte gruppe har samvær med sine barn. Dette er i forhold til nasjonale tall uvanlige «bra» tall, og det tyder på et stort omfang av omsorgsovertakelser i denne gruppen. Oppfølgingen av de 6,3 % med samvær med barn må prioriteres av hjelpeapparatet. Er samværet i regi av barnevernstjenesten, med tilsyn osv. Kommunen har en plikt til å følge opp og forsøke å beskytte disse barna mot ytterligere traumatisering, da barn av rusmiddelavhengige i utgangspunktet er risikoutsatt. Ved å kartlegge årlig vil man kunne følge utviklingen i forhold til barn i risikozonen og stille spørsmål dersom barn ikke følges opp.

Mennesker med sammensatte behov og behov for langvarige helsetjenester har en rett til en individuell plan (IP), eventuelt en tiltaksplan. «Forgjengeren» til IP-arbeid er ofte en tverrfaglig ansvarsgruppe. Kartlegging i Alstahaug viste i 2013 at det var relativt mange pasienter som var registrert med ansvarsgruppe uten individuell plan eller tiltaksplan og at kommunen hadde et forbedringspotensial på dette området. I 2015 vises det at det er jobbet aktivt på området og ifølge kartleggingen har 18,4 % IP, 61,2 % tiltaksplan, 4,1 % kriseplan for overdoseforebygging og 38,8 % har ansvarsgruppe.

Det bør nevnes at det ved gjennomgang av journaler kommer frem at alle pasienter som er kartlagt har fått informasjon om og blitt tilbudt IP, men at ikke alle pasienter har ønsket det og at det kun er de pasienter der det vurderes at det er overdoserisiko som er tilbudt kriseplan.

Rusprofilen i BrukerPlan-undersøkelsen viser at de mest brukte rusmidlene i kommunen er alkohol, cannabis, sentralstimulerende midler (amfetamin, metamfetamin, syntetiske prep) og benzodiazepiner (reseptbelagte medikamenter, eksempelvis stesolid). Det er lite opiatier (heroin, morfin) og kokain i omløp. Disse tall stemmer overens med politiets faktiske rusbeslag. Antall personer som injiserer narkotika intravenøst er 6 av 49 totalt (12,2%). Dette er i tråd med nasjonale tall. Å finne de rusmiddelavhengige som injiserer er viktig med tanke på følgetilstander av sprøytebruk, som infeksjon og blodsmitte. Dette har stor betydning for helsetilstanden til den enkelte bruker. Spørsmål om hvorvidt pasient injiserer skal implementeres i kartleggingsverktøyet som benyttes i 1. gangssamtalen i psykisk helse- og rustjenesten.

I Kartleggingsverktøyet BrukerPlan vurderes brukers funksjonsnivå innen bolig, arbeid/aktivitet, økonomi, fysisk og psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk. Fungering klassifiseres i 3 nivåer henholdsvis grønt, gult og rødt. Grønt indikerer at personen ruser seg men likevel klarer å opprettholde et ganske bra funksjonsnivå. Gult indikerer et lavt funksjonsnivå, der bruker ruser seg ganske mye og av et sånt omfang at flere av følgende områder blir vanskelig Rødt angir at bruker sitt funksjonsnivå er svært lavt og at personen ruser seg ukritisk og i praksis er ute av stand til å ta vare på seg selv (jf GAF score 30-40). På landsbasis er det 6-7 % av brukerne som skårer rødt på funksjonsvurderingen. I Alstahaug kommune er det 15 brukere som scorer rødt på rus og/eller psykisk helse, som tilsvarer 30 % av kartlagte gruppe. Denne gruppen ruser seg mye og har et dårlig funksjonsnivå på alle områder. Gjennomgående har pasientene diagnoser innen både rus og psykiatri (ROP-lidelser) og et svært dårlig funksjonsnivå, noe som stiller store krav til hjelpeapparatet og samhandling mellom de ulike tjenesteyterne.

Boligsituasjonen til rusmiddelavhengige har i høy grad med boligmarkedet og ikke sosial boligpolitikk å gjøre. Om boligmarkedet er trangt vil denne gruppen ha lite eller ingen muligheter for å komme inn på det private boligmarked. Dette skyldes både økonomiske forutsetninger og samfunnets stigmatisering av rusmiddelbrukere. I Alstahaug er det i dag lite boliger tilgjengelig og prisene er høye. Kartleggingen viser at det er 7 brukere som pr. definisjon er bostedsløse, dette tallet har vært relativt stabilt siste årene. Alstahaug kommune har ingen som bor på gata men noen brukere som bor hos hverandre. Dette tallet vil være interessant å følge i kartleggingene framover men det jobbes aktivt med å øke andelen kommunale boliger (jf boligpolitisk plan).

Aktivitet i dagliglivet er nøkkelen i all rusbehandling. Dokumentasjon viser at jo flere man får i meningsfull aktivitet, jo mindre omfattende blir rusaktiviteten. Derfor kartlegges daglig aktivitet nøye i BrukerPlan undersøkelsen. Også her kategoriseres brukerne i grønt, gul og rødt nivå avhengig av tilbud om aktivitet. I vår undersøkelse ble 31 (63%) brukere registrert med rødt innen aktivitetsområdet og 5 (10%) brukere registrert med gult. Det betyr at 2/3 av de kartlagte rusmisbrukere ikke har noen form for meningsfull aktivitet. Dette er et stort problem både i forhold til livskvalitet for den enkelte og for funksjonsnivået deres generelt og det ble av den grunn søkt om midler fra fylkesmannen i 2015. Kommunen fikk innvilget 1,2 mill til lønnsmidler og ansatte 2 miljøterapeuter og 2 brukerrepresentanter i et eget rusteam der fokus blant annet var/er å tilrettelegge for meningsfull aktivitet (jf. Evaluering av tiltaksmidler sendt fylkesmannen i februar 2016). Prosjektet forventes videreført dersom kommunen mottar midler i 2016.

Det er tradisjonelt kjønnsforskjell inne rusmiddeladferd. Ifølge nasjonale tall består rusbrukergruppen av 1/3 kvinner (33 %) og 2/3 menn (67 %). I Alstahaug ble det i 2013 kartlagt få kvinnelige rusmiddelavhengige - 14,3 % . Det er ikke noe som tilsier at Alstahaug ser annerledes ut enn resten av Norge og det betød at kommunen burde legge større vekt på å identifisere kvinnelige misbrukere og tenke hvordan hjelpeapparatet kunne gjøres mer tilgjengelig for kvinner. Tallene fra BrukerPlan i 2015 viste at man i noen grad har lyktes med det og det ble kartlagt 20 % kvinner av den totale andelen rusavhengige. Arbeidet med å identifisere denne gruppen må fortsatt prioriteres og fastlegene er viktige i det arbeidet primært på grunn av at kvinner har flere legekonsultasjoner enn menn.

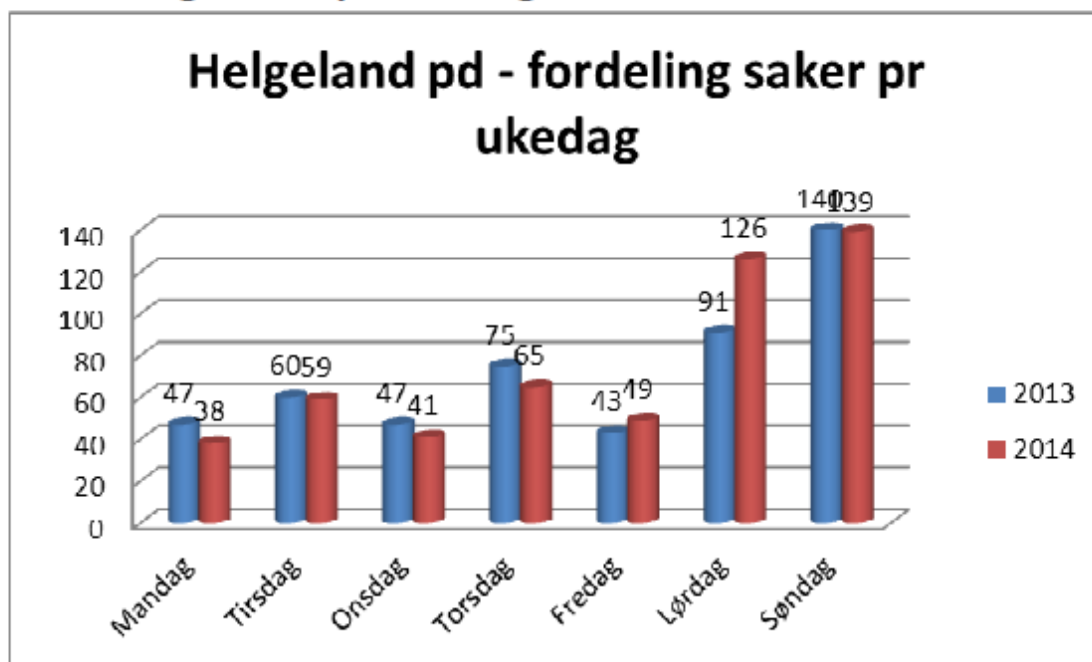
## 2.5 Voldskriminalitet

Helgeland politidistrikt har gjennom mange år vært blant de politidistriktene som har hatt flest registrerte voldssaker pr 1000 innbygger. Helgeland politidistrikt hadde i 2013 6,4 saker pr 1000 innbygger. Landsgjennomsnittet var på 5,3 saker pr 1000 innbygger. Antallet voldssaker i Helgeland politidistrikt har vært relativt stabilt men dog litt nedadgående de siste 2 årene, men med årlige og lokale variasjoner. Familievold er det saksfeltet som de siste 10 årene har økt mest. Dette kan ha flere årsaker. Det offentlige har hatt stor fokus på dette saksfeltet og ting kan tyde på at det har blitt lettere for de som er involvert å melde fra om overgrep. Det ser ut som om det er mer renhårig og forbundet med mindre skam å melde ifra om slik type vold. Krisesentrene og politiet ser allikevel at det fortsatt er store mørketall på dette saksfeltet.

Politiet har tatt ut lokal voldsstatistikk og det har skjedd en nedgang i antall voldssaker, (legemsfornærmelser, legemsbeskadigelse, trusler) i Alstahaug fra 2014 – 2015. I 2013/2014 var det registrert 48 saker i Alstahaug mens tallet for 2015 er 39 saker. Av de 48 saker i 2013/14 skjedde 16 voldssaker i sentrum i all hovedsak på natt enten lørdag eller søndag. Tallet for 2015 viser en nedgang i antall voldshendelser i sentrum fra 16 til 8 saker.

Statistikk for Helgeland politidistrikt viser, som for resten av landet at de fleste voldshendelser skjer i forbindelse med helg og natt til lørdag og søndag. 87 % av de som har begått vold er menn mens 13 % av sakene er kvinner som voldsutøver. Den typiske voldsutøver er menn i alderen 20-30 år. Det er også menn som i de fleste saker er fornærmet (58%) mens kvinner er fornærmet i 42 % av sakene

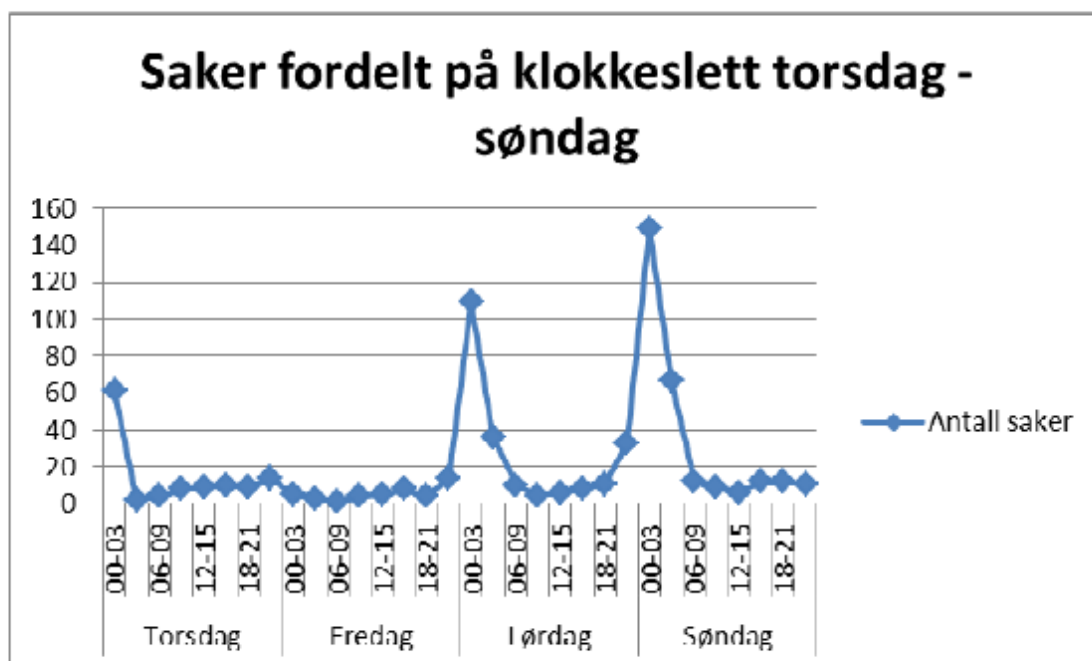
## Fordeling saker pr ukedag



Tabell 6 Vold - pr ukedag <sup>6</sup>

De fleste voldssaker skjer i forbindelse med helg og natt til lørdag og søndag.

## Saker fordelt på klokkeslett torsdag – søndag



Tabell 7 Vold - tid på døgnet <sup>7</sup>

Det er rus involvert i de aller fleste av voldssakene og i samtlige av de 8 voldssaker i sentrum var det rus involvert. Tidspunkt for hendelser er: 1 av 8 natt til lørdag, 4 av 8 natt til søndag, 2 søndag ettermiddag, 1 på ukedag.

Det er en stor økning i narkotikasaker de siste par årene. Det har også blitt beslaglagt større mengder med tyngre pulverstoffer, i all hovedsak metamfetamin. Det er fortsatt få eller ingen beslag av heroin. Hasj er svært utbredt og vanlig.

I 2013 var det pr april opprettet over 50 narkotikasaker i politiets Ytre driftsenhet, mens tallet i tilsvarende periode i 2016 var på 47 saker. For hele 2015 er antallet narkotikasaker i Alstahaug på 80 saker mens tallet for 2016 hittil er på 32 saker. Det relativt «lite» antallet saker for 2015 i Alstahaug skyldes ifølge politiet at andre politioppgaver ble prioritert. Fra 2016 har man imidlertid endret driften slik at to politibetjenter har fått «narkotikakriminalitet» som prioritert saksfelt.

Det bør nevnes at det har vært en kraftig økning av «designer drugs» de siste årene og at det har skjedd en endring i alvorlighetsgraden av volden som utøves til det verre. I samtlige av de voldssaker som skjedde i sentrum har gjerningsmann vært ruspåvirket.

Av dokumenterte tiltak mot vold i det offentlige rom, anbefaler politiet fremdeles reduserte skjenketider fra kl 03.00 – 02.00, da det i flere kommuner i Norge har vist at reduserte skjenketider som tiltak er effektivt i forhold til å forebygge vold i det offentlige rom. I tillegg ser politiet at antallet voldssaker er redusert med 50 % fra 2014 til 2015 i sentrum. Det skal dog nevnes at tallmaterialet er relativt liten, men med tanke på hva vold koster samfunnet er det likevel verdt å legge merke til nedgangen. Andre tiltak som har vist å ha positiv effekt er; bedre skjenkekontroll, større synlighet av politi i sentrumsområdene og tilstedeværelse av voksne/tillitspersoner i sentrumsområdene. Det er siden forrige ruspolitiske plan opprettet et møtefora mellom utelivsbransjen, politi og SLT. Formålet med det har vært å få til et system som sikrer at dersom en person utvises fra en uteplass genereres denne informasjon til samtlige uteplasser i Sandnessjøen slik at utvisning gjelder for alle uteplasser. Dette system fungerer nå utmerket. Endret turnus hos politi har betydd større polititilstedeværelse på natt i helgene, noe som i sin tur betyr at politiet er mer synlig på uteplasser / i sentrum på natt i helgene. Politiet sin oppfattelse av voldshendelser i sentrum er i samsvar med statistikk, nemlig at det har blitt mindre vold de siste 2 årene.

Siden 2014 er det satt opp en drosjekørdner i sentrum og både politi og drosjen mener at dette tiltak har hatt en positiv effekt i forhold til roligere natteforhold i sentrum på helg. Dette var et forebyggende tiltak og synes å ha effekt.

Den økende vold- og rusproblematikken vil kreve et fortsatt samarbeid mellom politi, næring og kommune. Samarbeid mellom SLT-koordinator og politi fungerer godt og det gjennomføres mange bekymringssamtaler med ungdom i risikozonen årlig i tillegg til mer generell rusforebygging opp mot ungdom/foreldre.

## 2.6 Barnevern

Barnevernstjenesten er et av de viktigste tiltakene for å styrke det forebyggende rusarbeidet opp mot barn/ungdom i kommunen. Tidlig intervensjon og tiltak i forhold til familier i risikozonen er avgjørende for å bryte uheldige omsorgsvilkår og styrke samspillet i familier. Dette krever kunnskap på mange plan, barnevernsfaglig kompetanse og ressurser til å endre fokus fra krisehåndtering og akutte hendelser til forebyggende og støttende tiltak. Arbeidet er krevende både faglig og ressurs- og tidsmessig. En slik endring krever en økonomisk investering i nåtid som kommunen ikke nødvendigvis ser den økonomiske gevinsten av før flere år senere. Det er nødvendig at barnevernstjenesten samarbeider med andre instanser i det forebyggende rusarbeidet. Barnevernstjenesten er representert i kommunens SLT-gruppe (samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak).

Barnevernstjenesten har ikke statistikk over hvor mange av sakene som var relatert til rus i 2016 men opplyser imidlertid at det de siste årene har hatt en rekke omsorgsovertakelser i forbindelse med foreldre som er rusmiddelavhengige. I disse tilfellene har de fleste foresatte noe samvær, men samværene er under tilsyn.

## 2.7 Nav

NAV har ansvar for å forvalte Lov om sosiale tjenester i NAV. Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. NAV har ansvar for å bidra til å skaffe midlertidig botilbud ved akutte behov. Brukerne er ikke registrerte med diagnoser og NAV har av den grunn ikke tallfestet hvor mange av våre brukere som har et problem med rusmisbruk. Imidlertid oppleves det at brukerne i dag har mer sammensatte problemer enn tidligere, der rus ofte er en av utfordringene. De siste årene har antall brukere i aldersgruppen 18 – 24 år som har mottatt økonomisk sosialhjelp fra Alstahaug kommune blitt redusert. Nedgangen antas å ha sammenheng med økt fokus på arbeidsrettet oppfølging. Samtidig ser vi at den gruppen som fortsatt er brukere krever mye oppfølging og tiltak over tid fordi sakene ofte er svært omfattende.

## 3.0 Kommunens ansvar på rusfeltet

Kommunen har et overordnet ansvar for en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, et «sørge-for ansvar», som reguleres av lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Tjenestene kommunen tilbyr skal være forsvarlige. I dette begrepet ligger det at tiltak skal være helhetlig, integrert og varig. Koordinerende enhet skal tydeliggjøres. For brukere med sammensatte behov, herunder rusmisbrukere, er det viktig å sikre tilpassede og sammenhengende tjenester. Utgangspunktet for alt arbeid med rusmiddelmisbrukere er frivillighet. Det er imidlertid et eget kapittel i loven som omhandler rusbehandling ved tvang. Dette gjelder i særlig skjærpede omstendigheter og ved gravide rusmiddelavhengige som opprettholder sitt rusbruk i graviditeten. Der er en egen lovbestemmelse om tvang ved misbruk av rusmidler under svangerskap, der formålet er vern om det ufødte barnet. Det er viktig å legge merke til at denne lovbestemmelsen innbefatter all form for rus, også alkohol. I Alstahaug kommune er det kommuneoverlegen som fatter endelige vedtak i disse sakene før saken prøves for Fylkesnemnda. Barnevernsloven gjelder fra dagen da barnet er født.

### 3.1 Statens ansvar for rusbehandling

Spesialisttjenesten arbeider etter lov om spesialisthelsetjenester, og skal gi spesialisert rusbehandling i tråd med prioriteringsforskriften. I 2004 ble rusbehandling et nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten og pasienter med rusproblematikk fikk pasientrettigheter som omfatter rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager, rett til behandling for sitt rusmisbruk, rett til fornyet vurdering fra spesialisthelsetjenesten og rett til å velge hvor man skal motta behandling for sitt rusmisbruk.

### 3.2 Samhandling

Samhandlingsreformens intensjon er helhetlige pasientforløp. Det betyr at pasientforløpet er viktigere enn hvordan tjenestene er organisert. Det stiller krav til kommunene og spesialisthelsetjeneste om å utfylle hverandre og ha fokus på hvem som kan bidra med hva og når.

Behandling av rusmisbruk er en lang prosess med mange aktører og det er derfor ekstra viktig at tjenestene fremstår som helhetlige og koordinerte. Brukene har krav på en individuell plan og ifølge forskning er det et stort forbedringspotensial på dette området i denne pasientgruppen. Både kommune og spesialisthelsetjenesten har plikt til å informere om-, tilby og å utarbeide individuell plan sammen med brukeren.

## 4.0 Lokal organisering

Rusarbeid generelt deles inn i tre innsatsområder: Forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering. I kommunens rusarbeid er det i dag minst 5 sektorer involvert. Erfaringsmessig blir sektorgrenser innad i kommunen ofte til hinder for enkel og god samhandling, og det foregår mye godt arbeid parallelt. Ofte kjenner ikke den ene sektoren til hva den andre gjør, og dermed drar men lite veksel på kompetanse, erfaring og nyskapning.

Alstahaug kommune har i lengre tid hatt et ønske om å satse målrettet på tiltak innen det rusforebyggende arbeidet, og da med særlig fokus på tilbud til ungdom. Dette har vært gjort ved opprettelse av ulike stillinger i flere sektorer, som har medført flere parallelle tilbud. Det er viktig å kontinuerlig stille spørsmål med **helheten** og **samhandlingen** mellom tilbudene, da det ofte oppleves at pasienter "faller mellom flere stoler" og blir stående igjen uten tilfredsstillende tilbud eller oppfølging. Dette til tross for at den samlede kommunale innsats og ressursbruk er betydelig. På grunnlag av dette ble utviklingsprosjektet «Rusteam» igangsatt i 2008 med ekstern finansiering, og avsluttet i 2013. Prosjektet skulle gjennomgå organiseringen av rustilbudet i Alstahaug kommune i sin helhet med hensikt å optimalisere tilbudet. Dette medfører vurderinger om mulig å utnytte de menneskelige ressursene på en bedre måte. Hensikten er å skape nye arenaer for samhandling innen egen organisasjon, med intensjon om å bedre og effektivisere tilbudet for brukerne.

Rusteamprosjektet var et utviklingsprosjekt som avdekket et stort behov for en koordinatorfunksjon for barn og unge med sammensatte vansker og/eller risiko. Denne stillingen er opprettet etter intern omrokking, og har som viktigste oppgaver å være en en-dør inn i tjenesteapparatet, å kartlegge barnets/familiens behov, for deretter å sette i verk tiltak, å sikre gode overganger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune og å ha en oversikt over antallet barn i kommunen med behov for sammensatte tjenestebehov. Det er fortsatt meget gode tilbakemeldinger på denne funksjonen.

## 5.0 Tiltaksdel

I avsnitt 1.4 ble planens fokusområder definert som:

1. Forebyggende tiltak for barn og unge
2. Tidlig intervensjon i forhold til barn og unge i risikozonen
3. Sammenhengende tjenester til rusmiddelavhengige

I det videre vil hvert fokusområde bli diskutert i form av bakgrunn og utfordringer, og det settes delmål med tilhørende tiltak på bakgrunn av dette. For at planen skal være gjennomførbar og realistisk er det lagt vekt på å begrense antall tiltak pr fokusområde. For å ha mulighet til å gjennomføre tiltakene som vedtas i denne planen, er målsetningen å ha stort sett kostnadsnøytrale tiltak. Dersom tiltak etter planen trenger finansiering utover dagens nivå, må dette fremmes i egne saker til politisk vurdering på ordinær måte.

### 5.1 Bakgrunn forebyggende tiltak for barn og unge

Barn og unge i Alstahaug kommune har gjennomgående bra og de fleste trives godt. Allikevel er det enkelte ungdommer som drikker i tenårene og ungdommer som begynner med illegale rusmidler. Hvordan kan kommunen bidra til å hindre uønsket bruk av rusmidler? Rusforebyggende tiltak er viktig for å styrke befolkningens kunnskap om rusrelaterte skader og for å utsette debutalder for omgang av rusmidler hos unge.

I det forebyggende arbeid skiller det gjerne mellom universelle, selektive og indikative tiltak.

- **Universelle tiltak** er tiltak som er rettet mot hele befolkningen eller en større gruppe. Kontroll på salg og skjenking av alkohol er et typisk universelt tiltak
- **Selektive tiltak** er tiltak som er rettet mot spesielle grupper som antas å ha økt risiko for eksempelvis rusmiddelproblemer. SLT – team er et eksempel på et selektivt tiltak
- **Indikative tiltak** er tiltak som er rettet mot personer hvor problemer eller risikofaktorer er observert. Oppfølging av barn til rusavhengige på bakgrunn av Brukerplan er et eksempel på indikativt tiltak.

Barn og unge ferdes i all hovedsak på 3 arenaer: Hjem, skole og fritid. Det forebyggende arbeidet må skje på alle disse arenaene. Rus og familiesamspill vurderes hos helsestasjon og jordmørtjenesten fra svangerskap og regelmessig i førskolealder. Mye av det arbeidet som drives i regi av helsestasjon og skolehelsetjeneste er forebygging av bruk av rusmidler både hos foresatte og ungdom. I tillegg er skolen en viktig arena i det forebyggende og holdningsskapende arbeid.

## 5.2 utfordringer

### a)Hjemmet

Utfordring: Det er ikke alle foreldre som har tilstrekkelig kunnskap om viktigheten av tilstedeværelse og viktigheten av å være en positiv rollemodell.

Barns rusvaner læres gjennom observasjon av og kommunikasjon med sine foresatte. En studie blant tiendeklassinger i Oslo viste at kjennetegn ved unge som drikker mye, er at de ofte har foreldre hvor den sosiale kontrollen er svak (Stranbu, Åse). Foreldre har stor påvirkningskraft i forhold til ungdommens alkoholbruk gjennom å sette tydelige grenser samt være en god rollemodell. Håndtering av rus som samtaletema er en utfordring for mange foresatte, noe også ungdomsundersøkelsen i kommunen understøtter. Det er essensielt for det videre forebyggende arbeid, at det arbeides målrettet med å bevisstgjøre foreldre om at de har en sentral rolle som positive rollemodeller for sine barn.

### b)Skole

Utfordring: Norske elever har mangelfulle kunnskaper om alkohol og illegale rusmidler.

I en spørreundersøkelse, der 20.000 norske ungdommer har deltatt, kom det frem at norske tenåringer har svært mangelfulle kunnskaper om alkohol- og illegale rusmidler (Pape 2006)

Skolen er en sentral arena hvor holdninger dannes gjennom kunnskap, læring og sosialt fellesskap med andre elever. Skolen har undervisning om tema rus på 7. og 10. trinn. Det er avgjørende at undervisningen i forhold til tema er kunnskapsbasert og oppdatert. Undervisningen bør ses i sammenheng med utviklingen av sosial kompetanse og styrket selvbilde da gode valg handler om å ha mot til å si nei takk til rusmidler. Andre strategier som kan virke beskyttende er restriktive normer når det gjelder røyking og alkohol i skolesammenheng.

### c)Fritid

Utfordring: Alstahaug kommune har ikke tilstrekkelig fokus på rusfrie arenaer.

Det finnes situasjoner der voksne bør tenke seg om før de drikker alkohol. Spesielt gjelder dette der barn og unge ferdes. Det er en rekke bygdefester både i nabokommunene og i Alstahaug hver sommer. Slike arrangementer foregår ofte både på dags- og kveldstid og er også populære blant barn og ungdom. Det synes som at det da blir mer legitimt for den voksne befolkning å drikke alkohol åpenlyst med barn og ungdom tilstede. Det er viktig at kommunen gjør grep for å forhindre at barn/ ungdom deltar på disse arrangementene eller at det legges til rette for alternative rusfrie arenaer.



Et samarbeid med nabokommunene er viktig da ungdommer ikke begrenses av kommunegrenser med tanke på festdeltakelse. Alstahaug kommune har allerede flere rusfrie tiltak på unges fritidsarena som ungdomsklubben, miljøkvelder på videregående skole, klubbcup, paintballarrangement 16. mai mv.

### 5.3 Mål og tiltak i det forebyggende arbeidet

Delmål	Forebyggende tiltak blant barn og unge skal bidra til å heve debutalderen på alkohol, redusere alkoholforbruk blant ungdom og hindre bruk av illegale rusmidler
Tiltak	<p>Etablere rutiner for foreldresamarbeid, informasjon og kunnskapsutveksling mellom foresatte og SLT-gruppen i overgangen mellom 7. og 8. klassetrinn</p> <p>Etablere et nettverk av foreldre som fungerer som natteravnere når det er ulike arrangementer/ høytider, der en vet at det vil være flere ungdommer i sentrum.</p> <p>Utarbeide «tips til foreldre»- brosjyre. Både til barnehage- og skolebarn.</p> <p>Vurdere om programmet «Unge og rus» programmet skal implementeres.</p> <p>Undervisning om tema «rus» i ungdomsskole og videregående skole</p>
Evaluering 2016	<p>Det er etablert rutiner for at politi og SLT-koordinator er på foreldremøte før oppstart 8. klasse på sentrumsskolen samt på videregående skole 1. og 2. års elever (foresatte til elever &lt; 18 år). Dette er lagt i årshjul for respektive skoler og er gjennomført. Det er imidlertid ikke klare rutiner for foresatte til ungdomsskoletrinnelevener på distriktsskolene, dette må på plass ila 2016.04.21</p> <p>Natteravn: dette er et arbeid som jobbes med av frivillighetssentralen.</p> <p>Sendes årlig ut informasjonsskriv/ tips vedrørende alkoholkonsum i julen, sendes foresatte til barnehagebarn og barneskolebarn. Ønske fra SLT- gruppen om at det også bør sendes til foresatte til ungdomsskoleelever. Skrivet vil tilpasses aldersgruppe og sendes ut årlig i desember 2016.</p> <p>Programmet 'Unge og Rus'. Det er vurdert av undervisningsdirektoratet og KoRus at programmet ikke har ønskelig effekt og at det derfor ikke anbefales benyttet fremover.</p> <p>Skolene har pensum innen fagområdet, det anbefales at skolene i tillegg benytter seg av undervisningsmateriell som ligger på skole.forebygging.no. SLT-koordinator tar ansvar for å gjøre skolene kjent med materialet.</p>

Det er viktig at tiltak som iverksettes så langt som mulig er forankret i forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om hva som virker. Tiltakene må kontrolleres og evalueres jevnlig samt korrigeres ved behov.

## 6.0 Tidlig intervensjon- barn og unge i risikozonen

### 6.1 Bakgrunn

Tidlig intervensjon er et ledd i folkehelsearbeidet og plasserer seg mellom generell forebygging og behandling. Tidlig intervensjon handler om å identifisere utsatte grupper som er i risikozonen for å utvikle rusproblematikk. Tidlig intervensjon i forhold til rus har 2 hovedformål. Disse er å forhindre negative konsekvenser av alkohol eller illegale rusmidler, samt å forhindre utvikling av avhengighet av rusmidler. Ruspolitisk handlingsplan fokuserer på 2 målgrupper for det tidlige intervensjonsarbeidet:

1. Barn av rusmiddelavhengige, fordi disse har en dokumentert økt risiko for selv å utvikle rusproblemer
2. Ungdom som bruker rusmidler og som står i fare for å utvikle et rusproblem.

### 6.2 Utfordringer

#### a) Barn av rusavhengige

Utfordring: Barn som lever sammen med rusavhengige blir ikke identifisert tidlig nok.

Det er en utfordring å fange opp barn som lever i familier med rusmisbruk tidlig nok. Barna er som regel lojale mot foreldre og skjuler hverdagen sin. Barna er prisgitt at voksne «ser» dem og fanger dem opp. Det stiller krav hjelpeapparatet som barnehage, skole, helsestasjon, psykisk helsetjeneste, NAV og spesialisthelsetjenesten om å ha nødvendig kunnskap om faresignaler hos barnet, samt en forståelse av egen rolle og kjennskap til gjeldende retningslinjer for handling.

Fastlegen har en sentral posisjon i forhold til å oppdage tidlige symptomer, både på grunn av sin generelle kunnskap om risikofaktorer og symptomer, men også fordi fastlegen ofte har spesifikk kunnskap om familiehistorikken til de ulike barna. Kompetanse på dette feltet i flere av kommunens virksomheter er helt nødvendig.

#### b) Ungdom som er i ferd med å utvikle et rusproblem

Utfordring: Ungdom som ruser seg blir ikke identifisert tidlig nok.

Det er relativt få unge som eksperimenterer med illegale rusmidler, men de som gjør det, utgjør en risikogruppe for å utvikle alvorlige rusmiddelproblemer. Sentralt i arbeidet med ungdom som ruser seg er å identifisere, intervensjon og avbryte pågående rusing. Denne gruppen nås i liten grad gjennom allment rettede informasjonsarbeid. For unge i alderen 15-18 år som har begått kriminelle handlinger er «oppfølgingsteam vest» et alternativ. Dette er et tiltak i konfliktrådet hvor målet er å snu en negativ utvikling samt forhindre at nye lovbrudd blir begått. Det er påtalejuristen som bestemmer om foreslåtte tiltak kan utgjøre særvilkår i en påtaleunntatelse. Cirka 90 % av ungdommene som følges opp gjennom dette programmet har rusproblemer.

### 6.3 Mål og tiltak for tidlig intervensjon

<b>Mål</b>	Kompetanse til å identifisere barn av rusavhengige og ungdom som ruser seg og evne til å gå fra bekymring til handling.
------------	---

<b>Tiltak</b>  Barn av rusmiddel- avhengige	1. Identifisere barn i risikozonen gjennom dokumenterte modeller  2. Identifisere barn som lever sammen med rusavhengige gjennom årlige BrukerPlan kartlegginger og følge opp funn systematisk
<b>Tiltak</b>  Barn og unge	3. Implementere veilederen «Fra bekymring til handling» (IS-1742) i aktuelle virksomheter  4. Videreføre fokus på rusforebygging i SLT-nettverket, for å identifisere risikoutsatte ungdommer og ungdomsmiljøer  5. Styrke samarbeidet mellom aktuelle instanser som har ansvar for ungdom som dropper ut av videregående skole.
<b>Evaluering 2016</b>  Barn av rusmiddel- avhengige   Barn og unge	1 Dette gjøres innen funksjonen koordinator for barn og unge. Det benyttes kartleggingsverktøy utarbeidet av Øyvind Kvello, som er et respektert og anbefalt verktøy. 2 BrukerPlan gjennomføres årlig og kommunen har god oversikt over barn av kjente rusavhengige. Det er gjort en rekke omsorgsovertakelser i den forbindelse fra barnevernstjenesten og der barna bor hjemme er det vurdert forsvarlig og familiene følges opp. 3 Dette er ikke gjennomført pr. dags dato. Overføres til neste periode. 4 Dette gjennomføres blant gjennom SLT-møter hver 14 dag, fagteammøter hver 14. dag, HM-møter hver 14. dag. Det er i tillegg gjennomført en HKH analyse som ble ferdigstilt mars 2016. 5 Er ikke gjennomført, men kommunen har et godt samarbeid med OT og NAV. Ikke prioritert pga at nåværende modell fungerer og er ivaretatt gjennom ulike samarbeidsfora.

## 7.0 Sammenhengende tjenester til rusavhengige

### 7.1 Bakgrunn

Rusrelatert problematikk finnes i mange former og alvorlighetsgrader. Problemene relatert til rus fremstår som problemer av både fysisk, psykisk, sosial og kulturell karakter. Problemene til rusavhengige er ofte svært komplekse noe som blant annet avspeiles i pasientens dårlige funksjonsnivå, som dokumentert i BrukerPlan. Å jobbe med mennesker med rusavhengighet tar ofte mange år og er svært ressurskrevende.

**Psykisk helse- og rustjeneste** har i all hovedsak ansvaret for koordinering av tjenester og individuell oppfølging av brukere, i samarbeid med Nav, fastlege og spesialisthelsetjenesten mv. Psykisk helse- og rustjeneste har ansvar for å iverksette arbeid med individuell plan / tiltaksplan og vil normalt ha koordinatorfunksjon for individuelle planer for rusmiddelavhengige.

**NAV** har ansvar for arbeidsrettede tiltak herunder kvalifiseringsprogram, økonomisk rådgivning, inntektssikring og midlertidig bolig.

## 7.2 Utfordringer

### a) Boligtilbudet til rusmiddelmissbrukere

Utfordring: Alstahaug har ikke boliger med oppfølgingstjenester til rusmiddelavhengige.

En god boligsituasjon er nødvendig for rehabilitering, helse og verdighet. For rusavhengige som er i behandling i spesialisthelsetjenesten er det avgjørende å ha en bolig som står klar når behandlingsoppholdet er over. Mange av disse brukere vil ha behov for praktisk bistand, opplæring og oppfølging for å klare dagliglivets gjøremål og hjelp til å strukturere dagen sin. Hvilken hjelp som tilbys er avgjørende for at mange brukere i det hele tatt klarer å bo. Planavdelingen arbeider pr tiden med en opptrappingsplan for kommunale boliger, herunder boliger til rusavhengige. Hvor mange boliger det er behov for og om boligene skal tas av den eksisterende kommunale boligmassen er under utredning. Parallelt med dette er det nedsatt en boligtildelingsgruppe der aktuelle instanser samarbeider om planlegging, prioritering og tildeling av bolig til rusavhengige.

### b) Aktivitetstilbud

Utfordring: Mange rusmiddelmissbrukere er uten aktivitetstilbud. Det finnes lite tilbud til denne gruppe brukere.

BrukerPlan-kartleggingen viser at størsteparten av rusavhengige i kommunen ikke har noe dag eller aktivitetstilbud. Med bakgrunn i tall fra BrukerPlan kartleggingen som ble gjort i 2013, 2014 og 2015 søkte helseavdelingen om midler ved fylkesmannen for blant annet å opprette et aktivitetstilbud til brukergruppen. Alstahaug kommune fikk tildelt lønnsmidler våren 2015 (1,2 mill.) og startet et aktivitetstilbud høsten 2015.

### c) Gravide

Saksomkostninger forbundet med oppfølging av gravide rusmiddelmissbrukere er svært kostbart og det er ikke satt av midler til dette i helsebudsjettet

Det er kommuneoverlege som har ansvar for den overordnede oppfølgingen av gravide rusmiddelavhengige frem til barnet er født. Når barnet fødes overtar barnevernstjenesten ansvaret. Advokat og saksomkostninger forbundet med nødvendig Fylkesnemndsbehandling er imidlertid svært høye og pr i dag er det ikke satt av økonomiske midler til dette.

### d) Ettervernstilbud

Arbeidet med Ruspolitisk handlingsplan har avdekket et behov for et bedre ettervernstilbud for de som har gjennomført omfattende rusbehandling. Viser til pkt b, der tildelte midler fra fylkesmannen omtales. Tildelte lønnsmidler har bidratt til å opprette/utvide individuell oppfølging i et ettervernsløp. Tjenesten rapporterer om at pasienter nå følges opp på en mer helhetlig og forsvarlig måte.

## 7.0 Sammenhengende tjenester til rusavhengige

Mål	Sammenhengende tjenester til rusavhengige
Tiltak	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Prioritere nåværende boliger eller etablere boliger med oppfølgingstjenester for rusmiddelavhengige</li><li>2. Styrke oppfølgingstjenesten for rusmiddelavhengige som bor i ordinære eller privatleide boliger</li><li>3. Etablere et aktivitetstilbud til rusmiddelavhengige i samarbeid med NAV og frivillige organisasjoner</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. tilstrebe å få en økonomisk «ramme» for oppfølging av gravide rusmisbrukere</li> <li>5. Kartlegge hvordan et ettervernstilbud skal se ut, etablere et eget i kommunen eller kjøpe plass ved institusjon?</li> <li>6. Følge opp BrukerPlan 2013 og gjennomføre ny kartlegging 2014. BrukerPlan gjennomføres annet hvert år fremover</li> </ol>
<b>Evaluering</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Det er, etter omlegging av boligkontoret, etablert faste boligmøter og saksgang i forhold til søknader er nå svært godt forankret og ivaretatt. Kommunen har vedtatt og begynt forprosjektering vedrørende riving av dårlige kommunale boliger samt oppbygging av nye, der det vil komme 20 ekstra nye boliger. Gruppen innen rus er en prioritert gruppe i kommunen. Retningslinjene for tildeling av kommunal bolig er i tillegg revidert.</li> <li>2 Miljøtjeneste for rusavhengige er styrket med 2,3 årsverk i ett nytt prosjekt der kommunen har fått midler fra fylkesmannen for 2015. Det vil bli søkt om videreføring av midler for 2016.</li> <li>3 Aktivitetstilbud blir ivaretatt via rusprosjekt og er i en kontinuerlig utvikling avhengig av de behov som er. Det er samarbeid med Nav, frivillighetssentral, legekantor, Hias, Vop, private bedrifter m.fl</li> <li>4 Dette er ikke gjennomført og vil bli dekket i ordinær drift evt. som egen sak som må behandles ved behov i formannskap.</li> <li>5 Dette er kartlagt igjennom rusprosjektbeskrivelse. Rusteamet har i all hovedsak oppfølging i ettervern, i enkelte tilfeller blir det kjøpt plass ved privat institusjon.</li> <li>6 Det er gjennomført brukerplan i 2014 og 2015. Ny kartlegging skal gjennomføres i løpet av mai/juni 2016</li> </ol>

## 8.0 Innledning alkoholpolitiske retningslinjer

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47-2008-2009) har et tydelig fokus på folkehelse og forebygging, og kommunen har fått mer og større ansvar. Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar. Behov identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig for å hindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne. Samhandling er ikke nok, det er den tiltakskjeden vi klarer å sette i gang i forhold til den enkelte ungdom eller grupper av ungdom som vil avgjøre om vi oppnår resultater.

Rusmiddelavhengighet fører til dårlig folkehelse og store samfunnsmessig kostnader. Målet med forebygging er å forhindre at rusproblemer oppstår og å begrense skadevirkninger. Det er en klar sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og helseskader, sosiale konsekvenser, sykdommer og ulykker. Avhengighet av rusmidler medfører store sosiale problemer, redusert levestandard, dårlig helse og ernæring.

### 8.1 Alkoholloven

Alkoholloven (AL) [LOV-1989-06-02-27](#) gir kommunen mer ansvar for virkemidlene i arbeidet med å redusere skader ved rusmiddelbruk. Internasjonal forskning om effekter av forebyggingstiltak viser at reguleringer og avgifter er de mest effektive og de minst kostnadskrevene tiltakene (Klepp & Aarø 2009).

Kommunene har mange kontrollpolitiske virkemidler til rådighet. Det omfatter bevillinger og tidsrammer for salg og skjenking, kontrollvirksomhet i kommune og hvordan overtredelser av AL sanksjoneres. Dette er virkemidler som har vist forskningsmessig effekt på konsum og skader og som blir brukt i begrenset og minkende grad (SIRUS 5/2010)

I alkoholpolitikken står bransjehensyn ofte mot hensynet til folkehelsen. Undersøkelser av kommunenes forvaltning viser at utviklingen går i retning av en betydelig liberalisering av alkoholpolitikken. I andre nordiske land har EU-tilpasninger medført økning i konsumet. Det er viktig at slike perspektiv er med i tenkingen om forvaltning av virkemidlene også lokalt. Det er av sentral betydning at kommunen har en god forvaltning av bestemmelsene, inkludert gjennomføring av sanksjoner knyttet til brudd. Aldersgrense, alkoholavgifter, avgrensing i antall utsalgs- og skjenkesteder er alle virksomme tiltak for å redusere totalforbruket av alkohol. Avgifter har størst effekt på forbruket i grupper med dårlig økonomi.

## 9.0 Alkoholpolitiske retningslinjer

### Målsetting:

Den kommunale alkoholbevillingspolitikken forvaltes innenfor de rammer som er gitt i Lov av 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (heretter AL), samt forskrifter til AL.

AL har som målsetting å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som et ledd i dette, sikter loven å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer.

Det tas sikte på et nært samarbeid med bevillingshaverne slik at gjeldende regelverk blir fulgt. Bevillingshaveren plikter å sette seg inn i lov- og regelverk, og være særlig restriktiv på at det holdes orden i og utenfor salgs- og skjenkestedet. Videre plikter de å påse at det ikke selges eller serveres alkohol til synlig berusede personer, og at aldersgrensene for salg og servering av alkohol følges nøye.

## 10.0 Salgsbevillinger

Reguleres av AL kap. 3 Salg av alkoholholdige drikker.

Det stilles bl.a. krav til vandel og skikkethet, jf. AL § 1-7b.

Omsetning av alkoholholdig drikk gruppe 1 tillates kun fra dagligvarebutikker med rikt vareutvalg og fra rene ølutsalg.

### 10.1 Salgstider for alkoholholdig drikk tom 4,7 %

Hverdager og dag før Kristi Himmelfartsdag

fra kl. 08:00 – kl. 20:00

Dager før søndag- og helligdager

fra kl. 08:00 – kl. 18:00

På valgdagene for Stortingsvalg, fylkestingsvalg, kommunestyrevalg og folkeavstemning gjelder vanlig salgstid.

Salg og utlevering av alkoholholdig drikk skal ikke skje på søn- og helligdager, 1. og 17. mai.

### 10.2 Vinmonopolet

AS Vinmonopolet gis rett til å ha et utsalg for alkoholholdig drikk over 4,7 %.

Åpningstiden for AS Vinmonopolets utsalg fastsettes av departementet, jf AL § 3-4.

## 11.0 Skjenkebevillinger

Det er anledning å gi bevilling i følgende kombinasjoner:

Gruppe 1: Drikk som inneholder over 2,5 og høyst 4,7 % alkohol

Gruppe 2: Drikk som inneholder over 4,7 og mindre enn 22 % alkohol

Gruppe 3: Drikk som inneholder mellom 22 og 60 % alkohol.

Angående kriterier for behandling av søknader om skjenkebevilling vises det til AL kap. 4 - Kommunale skjenkebevillinger.

I tillegg stilles det krav til vandel og skikkethet, jf. AL § 1-7b Krav til vandel.

Bevillingshavere må etablere nødvendig dørvaktordning. Disse bør være fylt 25 år og skal ha gjennomgått vekterkurs eller være godkjent av politiet.

## 12.0 Skjenketider

Skjenketider ifølge AL § 4-4:

*Skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 3 kan skje fra kl. 13.00 til 24.00. Skjenking av annen alkoholholdig drikk kan skje fra kl. 08.00 til 01.00.*

*Kommunestyret kan generelt for kommunen eller for det enkelte skjenkested innskrenke eller utvide tiden for skjenking i forhold til det som følger av første ledd.*

*Fastsatt skjenketid kan utvides for en enkelt anledning.*

*Skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 3 er forbudt mellom kl. 03.00 og 13.00.*

*Skjenking av annen alkoholholdig drikk er forbudt mellom kl. 03.00 og 06.00.*

*Tiden for skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 3 kan ikke fastsettes utover den tid det kan skjenkes annen alkoholholdig drikk.*

*Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter skjenketidens utløp.*

*På overnattingssteder kan det skjenkes alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 til overnattingsgjester uten hensyn til begrensningene i denne paragraf.*

### 12.1 Skjenking innendørs

Etter søknad kan skjenking innendørs innvilges på følgende vilkår:

- Alkoholholdig drikke gruppe 1 og 2 har maksimal skjenketid fra kl.06.00 til 02.00 alle dagene i uken, hele året, med mindre annet regelverk sier noe annet.
- Alkoholholdig drikke gruppe 3 har maksimal skjenketid fra kl.13.00 til 02.00 alle dagene i uken hele året, med mindre annet regelverk sier noe annet.

Vilkår knyttet til bevillingen:

Alle som har fått innvilget alminnelig skjenkebevilling, skal ha godkjente vakter fra kl. 23.00 til 03.00 uavhengig av ukedag.

Skjenkebevilling gitt for enkelt anledning hvor det arrangeres dansefester eller større arrangementer kan det etter søknad dispenseres fra gjeldende tider inntil Alkohollovens maksimaltider

Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter skjenketidens utløp, jf. AL § 4-4.

For øvrig gjelder bestemmelsene gitt i medhold av Lov om omsetning av alkoholholdig drikk (AL)

## 12.2 Skjenking utendørs

Etter søknad kan skjenking utendørs innvilges på følgende vilkår:

- Alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 har skjenketid fra kl. 12.00 til 24.00 på søn- og hverdager, og fra kl 12.00 til 02.00 fredag og lørdag. Bestemmelsen gjelder hele året, med mindre annet regelverk sier noe annet.
- Alkoholholdig drikk gruppe 3 har skjenketid fra kl. 13.00 til 24.00 på søn- og hverdager, og fra kl 13.00 til 02.00 fredag og lørdag. Bestemmelsen gjelder hele året, med mindre annet regelverk sier noe annet.

Uteområdet skal klart avgrenses og skilles fra utearealet for øvrig med inngjerding som avtales med bevillingsmyndighet. Arealet skal fremkomme ved tegning i forbindelse med søknad.

## 13.0 Situasjoner hvor det ikke gis skjenkebevilling

Det gis ikke bevilling for skjenking av alkoholholdig drikk til skjenkesteder som retter seg mot ungdom og der aldersgrensen er under 18 år.

Det gis ikke skjenkebevilling i spisesteder som kombinerer driften med gatekjøkkenvirksomhet.

### 13.1 Skjenking i kommunale bygg

Det kan gis ambulerende skjenkebevilling og skjenkebevilling for enkeltanledning i kombinerte anlegg for skole/idrett/kultur, såfremt det ikke er under et idrettsarrangement.

## 14.0 Ambulerende skjenkebevilling

I henhold til AL § 4-5 kan kommunestyret gi en eller flere bevillinger som ikke blir knyttet til bestemt person eller skjenkested, og kan tillate at en eller flere av disse bevillinger blir utøvd på et sted eller steder som godkjennes for en enkelt anledning og for skjenking til deltakere i sluttet selskap.

Ambulerende skjenkebevilling gis bare til sluttete selskaper. Med "sluttete selskap" menes at det allerede, og før skjenkingen begynner, er dannet en sluttet krets av personer som samles for et bestemt formål, i et bestemt lokale.

Søknad om slik bevilling bør være kommunen i hende innen 2 uker før arrangementet skal avholdes.

Det innhentes ikke uttalelse fra politi eller andre for søknader om ambulerende skjenkebevilling. Imidlertid skal politiet underrettes om tiltaket.

For hver skjenkebevilling skal det angis en styrer og en stedfortreder. Styrer og/eller stedfortreder skal være til stede under hele arrangementet.

Det kan gis fritak fra kravet om stedfortreder dersom arrangementets karakter tilsier det er tilstrekkelig med en styrer.

Bevillingshaver er ansvarlig for at skjenking av alkoholholdig drikk foregår på en slik måte at reglene i gjeldende lov og forskrift overholdes, og at alkoholpolitiske hensyn ivaretas. Bevillingshaver må først og fremst påse at det ikke skjenkes alkoholholdig drikk til for unge og/eller synlig berusede personer, og at det ikke skjenkes ut over tillatt skjenketid slik denne er fastsatt i bevillingen.



### **14.1 Situasjoner hvor du ikke behøver søke bevilling**

Private arrangementer i leide lokaler, trenger ikke skjenkebevilling, jf. AL § 8-9.

### **15.0 Skjenkebevilling for enkelt anledning**

Hjemles av AL § 1-6 og § 4-2.

Bevilling for en enkelt, bestemt anledning/en bestemt del av året, gjelder for åpne arrangementer som for eksempel festivaler, konserter og dansetilstelninger.

Ved søknad om skjenkebevilling for enkeltanledning skal det innhentes uttalelse fra sosialtjenesten og politi. Dette i henhold til AL § 1-7.

For hver skjenkebevilling skal det angis en styrer og en stedfortreder. Styrer og/eller stedfortreder skal være til stede under hele arrangementet.

Det kan gis fritak fra kravet om stedfortreder dersom arrangementets karakter tilsier det er tilstrekkelig med en ansvarshavende.

Ved skjenkebevilling for enkelt anledning, større arrangement som festivaler, dansegalla etc., settes krav til at ansvarshavende har kunnskap om alkoholloven (dokumenterte kurs el. kunnskapsprøven)

Søknad om slik skjenkebevilling bør være kommunen i hende innen 3 uker før arrangementet.

Skjenkebevilling for enkeltanledning er nødvendig der det skjenkes alkohol mot vederlag.

Søknad om skjenkebevilling for enkelt anledning sendes Sosialtjenesten v/kommuneoverlege, samt Lensmannen i Alstahaug og Leirfjord til uttalelse før administrativ behandling.

### **16.0 Bevillingsperioden**

Bevillinger gitt etter AL § 1-6 første og andre ledd, videreføres inntil fire nye år uten krav om søknad om ny bevilling. Videreføring forutsetter at kommunen har foretatt en gjennomgang av alkoholpolitikken etter kommunevalget.

### **17.0 Antall bevillinger**

AL § 1-7a gir kommunen anledning til å sette tak for antall bevillinger. Alstahaug kommune vil ikke regulere antall salgs- eller skjenkesteder. Søknader vil bli skjønnsmessig vurdert i hvert enkelt tilfelle, jf. AL § 1-7a.

### **18.0 Sosialpolitiske hensyn**

Alstahaug kommune skal til en hver tid ta sosialpolitiske hensyn med i vurderingen når nye bevillinger blir gitt. Slike hensyn kan være skjenketetthet i området, eksisterende tilgjengelighet i kommunen totalt, områdets formål (boligområder, områder hvor barn og unge ferdes i stor grad) m.m. Sosialpolitiske hensyn skal også være med i vurderingen når skjenketider vedtas.

### **19.0 Tildeling av bevilling**

Kommunestyret utøver den myndighet som ikke er delegert til andre, eller som loven selv legger til andre organer.

#### Kommunestyrets myndighet:

Kommunestyret utøver den myndighet som etter følgende bestemmelser ikke er delegert til andre:

Fastsette et bestemt antall bevillinger etter § 1-7a.

Vedta alkoholpolitisk handlingsplan etter § 1-7d.

### Delegasjon til formannskapet

Kommunestyret har delegert all myndighet til å behandle og avgjøre prinsipielle saker innen lovens virkeområde til formannskapet. Det presiseres at formannskapet behandler og avgjør saker som:

Bevilling etter § 1-7.

Inndragning av salgs- og skjenkebevillinger etter § 1-8.

### Delegasjon til administrasjonssjefen:

Kommunestyret har delegert til administrasjonssjefen myndighet til å behandle ikke-prinsipielle saker innen lovens virkeområde.

Administrasjonssjefen har myndighet til å behandle og avgjøre bruken av ambulerende skjenkebevilling og for skjenking ved en enkelt anledning.

Administrasjonssjefen har myndighet til å godkjenne endring av styrer og stedfortreder.

### Klage:

Enkeltvedtak etter § 1-8 og kapittel 3,4 og 7 (gebyr) kan klages til fylkesmannen.

For øvrig vanlig klagebehandling.

## **20.0 Gebyr for salg og skjenking**

Gebyr for fast bevilling fastsettes for ett år om gangen, for hver enkelt bevilling på grunnlag av forventet omsatt mengde alkoholholdig drikk. (AL § 7-1 og Forskrift kap. 6.)

Bevillingsgebyret skal betales etter følgende satser, jfr. AL § 6-2:

Salg:

- 0,20 kr pr. vareliter for alkoholholdig drikk i gruppe 1

Skjenking:

- 0,45 kr pr. vareliter for alkoholholdig drikk i gruppe 1

- 1,20 kr pr. vareliter for alkoholholdig drikk i gruppe 2

- 3,95 kr pr. vareliter for alkoholholdig drikk i gruppe 3.

Bevillingsgebyret utgjør pr. år minimum kr. 1570,- for salg og kr. 4900,- for skjenking. Ved årets utløp skal bevillingshaver sende inn oppgave over faktisk omsatt mengde alkohol.

Frist for innlevering av oppgave over faktisk omsetning i året før med revisjonsattestert regnskap, samt estimat over forventet omsetning i inneværende år, leveres Alstahaug kommune innen 1. mai hvert år.

For ambulerende bevilling kreves et gebyr på kr. 350,-.

Gebyr for skjenkebevilling ved enkelt bestemt anledning koster kr. 1000,- per dag i bevillingsgebyr, med mulig tillegg beregnet ut fra faktisk omsatt mengde alkoholholdig drikk.

Gebyrene kan bli endret av kommunestyret eller ved endring i lov.

## **21.0. Kontrollvirksomhet**

I henhold til AL § 1-9 har kommunen ansvar for å føre kontroll med utøvelsen av de kommunale salgs- og skjenkebevillingene.

Alstahaug kommune inngår avtale med Nordfjeldske Kontroll AS for oppfyllelse av dette lovkravet. Administrasjonssjefen har ansvaret for gjennomføringen av kontrollene og har ansvaret for oppfølging av kontrollørene.

Kontrollen skal særlig omfatte salgs- og skjenketider, aldersgrensebestemmelsene, og at det ikke selges eller skjenkes til personer som er åpenbart påvirket av rusmidler.

Videre skal kontrollørene sjekke at styrer og stedfortreder til enhver tid er knyttet til salgs- eller skjenkestedet.

Kommunen skal sikre at kontrollen til enhver tid er rettet mot de forhold som synes hensiktsmessig etter en vurdering av de lokale forhold. Jf. Forskrift om alkoholomsetning nr. 538 § 9-4.

Videre skal kontrollen ha som formål å veilede bevilingshaverne om ALs bestemmelser og lokale retningslinjer/forskrifter.

Kommunen har ansvar for å kontrollere at innehavere av salgs- og skjenkebevillinger fører internkontroll med den virksomhet som drives i henhold til bevillingen, AL og bestemmelser fastsatt i medhold av AL § 1-9 og forskrift nr 538, kap 8.

Det skal også foretas kontroll med om skjenkestedet har etablert tilfredsstillende rutiner for ordning med dørvakter, samt at dørvaktene har vekterkurs.

Avgitt kontrollrapport danner også grunnlag for sanksjoner, for eksempel der lov, vilkår eller retningslinjer brytes.

Salgs- og skjenkestedene skal kontrolleres så ofte som behovet tilsier. Hvert sted skal kontrolleres minimum 2 ganger pr år, og oftere ved behov. Bevilingshavere med skjenkebevilling for enkeltanledning kan også bli kontrollert.

## 22.0 Reaksjon ved brudd på AL eller annen relevant lovgivning.

Dersom det ved kontroll i hht kap 9 i AL eller rapport fra andre myndigheter avdekkes brudd på AL og andre relevante bestemmelser, vil reaksjoner ved brudd følge AF § 10-2 til § 10-6; prikktildeling og inndragning.

Ut fra forskriftene vil bevilingshaver kunne tildeles en prikk, to prikker, fire prikker og åtte prikker. Dersom bevilingshaver i løpet av en periode på to år er tildelt til sammen 12 prikker, skal kommunestyret inndra bevilling for et tidsrom på en uke. Dersom det i løpet av toårsperioden blir tildelt mer enn 12 prikker skal kommunestyret øke lengden på inndragelsen tilsvarende.

### **Følgende overtredelser fører til tildeling av åtte prikker:**

- salg, utlevering eller skjenking til person som er under 18 år, jf. AL § 1-5 annet ledd
- brudd på bistandsplikten, jf. § 4-1 annet ledd i AF
- brudd på kravet om forsvarlig drift, jf. AL § 3-9 og § 4-7
- hindring av kommunal kontroll, jf. AL § 1-9.

### **Følgende overtredelser fører til tildeling av fire prikker:**

- salg og utlevering til person som er åpenbart påvirket av rusmidler, jf. § 3-1 i AF,
- skjenking til person som er eller må antas å bli åpenbart påvirket av rusmidler, jf. § 4-2 første ledd i AF
- brudd på salgs-, utleverings- og skjenketidsbestemmelsene, jf. AL § 3-7 og § 4-4
- skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 3 til person på 18 eller 19 år, jf. AL § 1-5 første ledd
- brudd på alderskravet til den som selger, utleverer eller skjenker alkoholholdig drikk, jf. AL § 1-5 tredje ledd.

**Følgende overtredelser fører til tildeling av to prikker:**

- det gis adgang til lokalet til person som er åpenbart påvirket av rusmidler, eller
- bevillingshaver sørger ikke for at person som er åpenbart påvirket av rusmidler forlater stedet, jf. § 4-1 i AF
- mangler ved bevillingshavers internkontroll, jf. AL § 1-9 siste ledd, jf. kapittel 8 i AF
- manglende levering av omsetningsoppgave innen kommunens frist, jf. kapittel 6 i AF
- manglende betaling av bevillingsgebyr innen kommunens frist, jf. kapittel 6 i AF.
- brudd på krav om styrer og stedfortreder, jf. AL § 1-7c
- gjentatt narkotikaomsetning på skjenkestedet, jf. AL § 1-8 annet ledd
- gjentatt diskriminering, jf. AL § 1-8 annet ledd.

**Følgende overtredelser fører til tildeling av én prikk:**

- brudd på kravet om alkoholfrie alternativer, jf. § 4-6 i AF
- brudd på regler om skjenkemengde, jf. § 4-5 i AF
- konsum av medbrakt alkoholholdig drikk, jf. § 4-4 i AF
- gjester medtar alkohol ut av lokalet, jf. § 4-4 i AF
- brudd på krav om plassering av alkoholholdig drikk på salgssted, jf. § 3-3 i AF
- brudd på vilkår i bevillingsvedtaket, jf. AL § 3-2 og § 4-3
- brudd på reklameforbudet, jf. AL § 9-2, jf. kapittel 14 i AF
- andre overtredelser som omfattes av AL § 1-8 første ledd, jf. blant annet AL § 3-1 sjette ledd, § 4-1 annet ledd, § 8-6, § 8-6a, § 8-12 og § 8-13.

## Kilder

Helsedirektoratet. 2011. *Høring – nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling, og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP – lidelser*. Helsedirektoratet Oslo.

Helsedirektoratet IS-1742. 2009. *Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*

Helse- og omsorgsdepartementet St.meld.nr.47 (2008-2009). 2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

Pape, Hilde, Storvoll, Esbjerg Elisabeth og Rossow, Ingeborg. *Så feil kan man ta! En studie av unge menneskers kunnskap om alkohol- og narkotikabruk*. Tidsskrift for ungdomsforskning nr. 6/2006 s. 97 -109.

Sosial- og helsedirektoratet IS – 1455. 2007. *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Strandbu, Åse og Øia, Tormod. 2010. *15 – åringer – hvem drikker? En undersøkelse av tiendeklassinger i Oslo 2009 Nova rapport 1/10*. Nova Oslo.

Øyvind Horverak, Elin K. Bye, *Det norske drikkemønstret*, SIRUSrapport nr. 2/2007, Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo 2007

Nettsider:

[www.absentia.no](http://www.absentia.no)

[www.actis.no](http://www.actis.no)

<http://www.barnsbeste.no><http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunal-Rusmiddelpolitisk-handlingsplan/Publikasjoner/veileder-for-kommunal-rusmiddelpolitisk-handlingsplan.pdf>

[http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/ungdom drikker mindre når foreldrene sett er grenser 799354](http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/ungdom%20drikker%20mindre%20n%C3%A5r%20foreldrene%20sett%20er%20grenser%20799354)

[Alkohollov](#)

[Alkoholforskrift](#)