

Samarbeid, mestring og verdighet



Malt av Tone Nærum, tittel «Det angår ikke oss»

Plan for rusfeltet 2018-2022



BERGEN
KOMMUNE

Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
1. Innledning og sammendrag	5
1.1. Sammendrag.....	5
1.2. Hva har Bergen kommune oppnådd på rusfeltet i perioden 2011 - 2016.....	7
1.3. Hovedmål i kommende planperiode.....	8
1.3.1. Recovery i alle tjenester	9
1.4. Begrepsavklaringer.....	9
1.5. Lover, andre planer, meldinger, veiledere.....	12
2. Forebyggende arbeid – tre trinn	13
2.1. Forebyggende trinn 1: Forebygging som er bra for alle.....	13
2.1.1. Regulert alkoholomsetning - redusert skadepotensiale	14
2.1.2. Alkohol – normalt og risikofylt konsum	15
2.1.3. Bevillingspolitikk	15
2.1.3.1. Rusmiddelbruk og vold	16
2.1.3.2. Rus og vold i nære relasjoner	16
2.1.4. Oppvekst og levekår	17
2.1.4.1. Betydningen av gode relasjoner i oppveksten	18
2.1.5. Ungdomstid og rusmiddelbruk	18
2.1.6. Graviditet.....	19
2.1.7. Alkohol og arbeidsliv	20
2.1.8. Kjønsroller, seksuell helse og rus.....	20
2.1.9. Eldrebefolkningen og bruk av rusmidler og medikamenter	21
2.1.10. Fastlegenes rolle	21
Målsettinger.....	22
2.2. Forebyggende trinn 2: Forebygging som er bra for noen.....	23
2.2.1. Barn eksponert for rusmidler og medikamenter i svangerskapet	23
2.2.2. Barn som pårørende.....	24
2.2.3. Risikoutsatte barn og unge	25

2.2.4.	Oppsøkende virksomhet	26
2.2.5.	Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak.....	26
2.2.6.	Forebyggende helsearbeid for barn og familier.....	27
	Målsettinger.....	28
2.3.	Forebyggende trinn 3: Forebygging som er nødvendige for enkelte.....	28
2.3.1.	Tidlig Ute	28
2.3.2.	Der Ungdom Er (DUE)	29
2.3.3.	Barnevernet i Bergen.....	29
2.3.4.	Det koordinerende psykiske helsearbeidet for barn og unge i Bergen	30
2.3.5.	Unge i NAV sosialtjeneste	30
2.3.6.	Psykisk utviklingshemming og rus.....	31
2.3.7.	Medikamentavhengighet	31
	Målsettinger.....	32
3.	Åpne russcener og lavterskel helse- og omsorgstjenester	32
3.1.	Handlingsplan mot åpne russcener 2012-2017.....	32
3.1.1.	Åpne russcener, dagens situasjon	33
3.1.2.	Fortsetter arbeidet mot åpne russcener	33
3.2.	Lavterskel helse og omsorg, skadereduksjon	34
3.2.1.	Mottak- og oppfølgingsentre (MO-sentre).....	34
3.2.2.	Smitteforebyggende arbeid og Hepatitt C	35
3.2.3.	Sprøyterom/Brukerrom.....	35
3.3.	Narkotikadødsfall	35
3.4.	Lavterskel arbeidstiltak	36
3.5.	Rus og psykisk helse (ROP).....	37
3.6.	Krisesentertilbud til personer med rusmiddelproblemer	37
3.7.	Akuttovernatting og midlertidige botilbud	38
3.8.	Spesialisthelsetjenesten	38
	Målsettinger.....	39

4.	Habilitering og rehabilitering	40
4.1.	Habilitering og rehabilitering	40
4.2.	NAV sosialtjeneste	40
4.2.1.	Rus- og avhengighetsbehandling.....	41
4.2.2.	Retningslinje for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	41
4.2.3.	Arbeid og aktivitet.....	41
4.3.	Bolig.....	42
4.3.1.	Tjenester i egen bolig	43
4.3.2.	Trygge bomiljø.....	44
4.4.	Pleie- og omsorgstjenester.....	45
	Målsettinger.....	45
5.	Samarbeid.....	46
5.1.	Forskning og utviklingsarbeid.....	46
5.1.1.	Morgendagens utfordringer	47
5.2.	Brukerplankartlegging.....	48
5.3.	Brukermedvirkning	48
5.4.	Pårørende som ressurs	49
5.5.	Ideelle/frivillige organisasjoner.....	49
5.6.	Spesialisthelsetjenesten	50
5.7.	Kriminalomsorgen.....	50
5.7.1.	Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).....	51
5.8.	Nasjonalt og internasjonalt samarbeid.....	51
	Målsettinger.....	51
	Bergen bystyre behandlet saken i møtet 22.11.2017 sak 278/17 og fattet følgende vedtak:.....	52

Forord

En human og kunnskapsbasert rusomsorg er differensiert og individrettet, og satser på hele bredden innen rusfeltet; forebygging, behandling, skadereduksjon og rehabilitering, og ser på denne bredden som en forutsetning for å lykkes. Dette er utgangspunktet for byrådetts forslag til ny rusplan for Bergen 2018-2022.

Bergen har hatt, og har fortsatt store utfordringer på rusfeltet. Vi er derimot på rett vei. Sammenlignet med situasjonen for bare fem år siden får flere et behandlingstilbud når de trenger det, flere får gode boliger tilpasset deres situasjon og flere får gode skadereduserende lavterskeltilbud. Det hjelper i midlertidig lite for dem som ikke får den hjelpen de trenger, og målet med denne planen er å sørge for at alle får den hjelpen de har behov for når behovet er der.

Den viktigste forebyggende innsatsen vi gjør er å sørge for at alle barn og unge har trygge og gode oppvekstvilkår. Dette står sentralt i byrådetts plattform, og er et avgjørende premiss for at vi skal lykkes på rusfeltet.

Det er bygget opp en rekke lavterskel skadereduserende tilbud de siste årene, blant annet Mottaks- og Oppfølgingssentrene og sprøyterommet. Skal vi ha håp om å hjelpe mennesker til et bedre liv på sikt, er det en grunnleggende forutsetning å sikre verdighet og unngå at mennesker dør som følge av sin rusavhengighet. Dette er bunnplanken i rusomsorgen i Bergen.

Noe av det viktigste kommunen gjør er å sørge for at de som har hatt en vellykket rusbehandling ikke får tilbakefall. Dette må gjøres gjennom å tilby gode boliger og arbeid- og aktivitetstiltak som skaper trygge rammer, sosiale nettverk og mestringsfølelse. Å styrke dette vil være et viktig satsingsområde i denne planen.

For å lykkes med de tiltakene kommunen har på feltet er det avgjørende at vi til en hver tid bruker den mest oppdaterte kunnskapen på feltet. Derfor legger denne planen vekt på samarbeid med kunnskapsaktørene rundt oss, både den faglige kompetansen i spesialisthelsetjenesten og ideelle organisasjoner, samt forsknings og utdanningsinstitusjonene rundt oss.

Rusplanen 2018-2022 er først og fremst en strategisk plan. Den beskriver situasjonen i dag, hvilke utfordringer som finnes, hvilke mål vi har for fremtiden og hvordan vi skal nå dem. Mange av tiltakene som beskrives ligger allerede inne i bystyrets budsjett og økonomiplan. Øvrige tiltak må vurderes i forbindelse med de årlige budsjetter og økonomiplanrullinger. Denne planen legger føringer for hvilke tiltak som bør prioriteres.

Erlend Horn

Byråd for sosial, bolig og inkludering

1. Innledning og sammendrag

1.1. Sammendrag

Rusfeltet er et prioritert område for byrådet, og det er allerede igangsatt omfattende satsinger i tråd med byrådets politiske plattform. Samtidig er det fortsatt store utfordringer på rusfeltet i Bergen som ikke i tilstrekkelig grad er møtt med tiltak og virkemidler. Denne planen både definerer og referer til innsatsområder innenfor flere fagområder, gjennom videreføring av eksisterende tilbud og gjennom nye målsettinger. «Samarbeid, mestring og verdighet. - Plan for rusfeltet 2018-2022» er en overordnet strategiplan. Sammen med aktuelle kommunale planer fra andre politikkområder og handlingsplaner som konkretiserer innsatsområdene som skisseres i «Samarbeid, mestring og verdighet. - Plan for rusfeltet 2018-2022» sikrer en kvalitetsutvikling i tjenestene. Recovery og brukermedvirkning, i praksis og som verdigrunnlag, skal implementeres i alle tjenester som møter rusavhengige. Tiltakene som fremmes i planen er ikke begrenset til spesifikke grupper eller bestemte type rusmidler. Planen omtaler tema og fremmer mål innen sentrale levekårsområder som arbeid, økonomi, sosiale forhold/fattigdom, skole/utdanning, bolig, barnevern, ernæring og helse- og omsorgsfeltet. Likevel er planen i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle rusproblemer (tidlig innsats), eller allerede har etablert, et rusproblem.

Kapittel to omhandler forebyggingsområdet. Alkohol er det rusmiddelet som koster samfunnet mest både i form av lidelser og belastning på helsetjenestene. Et høyt alkoholkonsum øker risikoen for avhengighet og sykdommer. I tillegg fører alkohol til skader og problemer for andre enn den som drikker selv. Å oppdage, identifisere og iverksette effektive tiltak overfor personer som står i fare for eller er i ferd med å utvikle et rusproblem gjøres for sent i dag. Dette er godt dokumentert. Planen omhandler hvordan kommunen skal bli bedre til å organisere og utvikle forebyggende tiltak på området. Kapitlet er delt inn i tre bolker som omhandler henholdsvis universell forebygging (innsats som er bra for alle), selektiv forebygging (innsats som er bra for noen) og indikativ forebygging (innsats som er helt nødvendige for enkelte).

Kapittel tre omhandler åpne russcener og lavterskel helse- og omsorgstjenester. Bergen kommune skal fortsette det tverrsektorielle samarbeidet der målet er nedbygging av åpne russcener og hjelp til de som oppholder seg der. Grunnleggende betingelser som bolig, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfylte aktiviteter er avgjørende for alle mennesker. Uten at disse elementene er på plass, har den enkelte dårlige forutsetninger for et godt liv og for å kunne nyttiggjøre seg av helse-, omsorgs- og velferdstjenester. MO-sentrene er gode og lett tilgjengelige sosiale arenaer hvor brukerne kan komme og nyttiggjøre seg et mangfold av tjenester og aktiviteter. Sentrene har noen felles grunnfunksjoner men er noe differensierte i forhold til målgrupper og aktivitetstilbud. Brukerne er forskjellige og har ulike behov. Et differensiert MO-senter tilbud gjør at brukerne kan oppsøke det senteret som har de tjenestene og aktivitetene de til enhver tid har behov for.

Kapittel fire omhandler habilitering og rehabilitering. NAV sosialtjeneste har en sentral rolle i oppfølging av personer med rusproblemer gjennom å tilby råd, veiledning og hjelpetiltak. Gjennom en recoveryorientert tilnærming skal også NAV sosialtjeneste utvikle individuelle rehabiliteringsopplegg for den enkelte bruker. Dette omfatter blant annet forhold som økonomi, bolig, meningsfulle aktiviteter og arbeid. Koordinert samarbeid med fastlegene, spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenester og ideelle organisasjoner er en forutsetning for gode habilitering- og rehabiliteringsforløp. En god bolig og tilpasset oppfølging i bolig styrker mulighetene for å skape nødvendig stabilitet i hverdagslivet for mange brukere. Booppfølgingstjenester i NAV sosialtjeneste, Sosiale botjenester, Botreningscenteret og Myrsæter bo- og rehabiliteringssenter har en viktig funksjon i habilitering og rehabilitering. Fremskaffing av flere egnede boliger og økt kapasitet i booppfølging er en prioritert innsats i planperioden. Det er også en prioritert oppgave å etablere flere omsorgsbolig+ og tilpassede sykehjemsplasser for personer med omfattende rusmiddelproblemer.

Kapittel fem er avslutningskapittelet og omhandler tema om samarbeid. Rusfeltet er i kontinuerlig endring. Morgensdagens utfordringer har en ikke helt oversikt over. Det er derfor viktig å følge trender og utviklingstrekk både i Bergen, nasjonalt og internasjonalt. Byrådet ønsker deltagelse og samarbeid med kompetansemiljøer, frivillig/ideell sektor, brukere, pårørende, andre byer og nasjonale og internasjonale organisasjoner for å få kunnskap og ideer til å løse utfordringer på rusfeltet. Et viktig tiltak er å opprette en ny forsknings og utviklingsenhet på rus/psykisk helse feltet. En egen kommunal FOU (Forsknings- og utviklingsenhet) på dette feltet vil kunne beskrive og evaluere tiltak som er etablert og bidra i utprøving av nye tiltak. FOU enheten vil bidra til kunnskap om hva som hindrer og hva som må styrkes. Samtidig er det viktig å styrke samarbeidet med nære samarbeidspartnere som kriminalomsorg, spesialisthelsetjenesten, ideelle organisasjoner med flere. Det er særlig viktig for byrådet å styrke brukernes innflytelse, møte de pårørendes behov og skape en tjeneste der hjelpen kommer tidlig inn og er preget av lett tilgjengelighet, helhet og kvalitet. Byrådet ønsker å involvere bruker- og pårørende stemmene og fremme deres perspektiver på fagområdet.

Det er viktig å måle utviklingen på rusfeltet i planperioden. Det skal derfor gjennomføres BrukerPlan kartlegginger i planperioden. Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelbruk i kommunen. Bystyret skal holdes orientert om utviklingen på rusfeltet.

1.2. Hva har Bergen kommune oppnådd på rusfeltet i perioden 2011 - 2016

Rusfeltet i Bergen kommune har i løpet av forrige planperiode 2011 – 2016 gjennomgått en omfattende utvikling. Særlig gjelder dette tilbud og tjenestene til voksne personer med sammensatte rus- og psykiske helselidelser.

Kartlegginger

- Utekontakten har gjennomført HKH (Hurtig kartlegging og handling) om
 - overdosedødsfall i Bergen (2011)
 - minoritetsungdom i Bergen sentrum (2012)
 - ungdomsmiljøer i Loddefjord (2013)
 - åpne russcener før og etter stengning av Nygårdsparken (2014 og 2015)
- Strax-huset: gjennomført to HKH
 - boligsituasjonen for personer over 30 år med alvorlige rusproblemer (2013)
 - inntak av rusmidler i Bergen (2015)
- Det er kartlagt med BrukerPlan i tjenestene under Etat for sosiale tjenester, Etat for psykisk helse og rustjenester og enkelte brukergrupper i NAV stat i 2014, 2015 og 2017.

Forebygging

- Oppfølgingstiltaket Der Ungdom Er (DUE) er styrket i planperioden.
- Tidlig Ute (påtaleunntatelse, sosialfaglig oppfølging som alternativ til straff) er styrket i planperioden.
- Iverksetting av Cannabisprogram på Utekontakten (2014)
- Styrket SLT ordningen (Samordne lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge) med en stillingsressurs fra høst 2014. Det er nå to SLT koordinatorene (målgruppe henholdsvis 0-12 år og 13-18/21 år).

Lavterskel helse og omsorgstjenester, skadereduksjon

- Etablering av Mottaks- og Oppfølgingsentre (MO-sentre) på Wergeland og Nesttun (2014)
- Arbeidstiltaket Dagsverket, lavterskel arbeidstilbud, er styrket i planperioden (2014)
- Etablering av sprøyterom (2016)
- Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall (2017)

Rehabilitering/habilitering

- Etablering av Arna Aktiv som bydekkende tjeneste (2014)

- Etablering av Fritid med bistand som bydekkende tjeneste (2014)
- Overføring av ansvar for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utdeling fra Bergen kommune til Helse Bergen HF (2014). Herunder opprettet spesialisthelsetjenesten LAR poliklinikker.
- Etablering av arbeids- og aktivitetstilbudet LARA nord – rehabiliteringstiltak for personer i LAR i samarbeid med Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) i 2016.

Bolig og booppfølging til personer med rusproblemer

- Etablert resultatenheter Sosiale botjenester i Etat for sosiale tjenester. Enheten gir byomfattende booppfølgingstjenester (2014)
- Etablert samlokaliserte boliger: Bjørnsonsgate botiltak, Lonemarka botiltak, Grunnane botiltak og Merkurvegen botiltak.
- Housing First (prosjektoppstart 2013) og fast tiltak i 2017.
- Det er etablert tett samarbeid mellom Etat for sosiale tjenester og Boligetaten omkring de mest vanskeligstilte ved tildeling av kommunal bolig (fra 2013)
- Flere har fått tilpasset individuell oppfølging i egen bolig (fra 2013)

Samarbeid

- Etablering av forpliktende samarbeid mellom Vest politidistrikt, Helse Bergen HF og Bergen kommune omkring arbeid mot åpne russcener (2012) i koordineringsgruppe og operativ gruppe.
- Etablering av ROP forløp, avtale inngått mellom kommunene i opptaksområdet til Helse Bergen HF (2014).
- Det er inngått avtaler mellom Helse Bergen HF og Bergen kommune om samarbeid ved inntak og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Avtalene gjelder for Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og psykisk helsevern for barn, unge og voksne. (2015)
- Opprettelsen av Samarbeidsutvalget for rusfeltet (SAR) i 2015 (underutvalg av Samarbeidsutvalget mellom Helse Bergen HF og kommuner i deres opptaksområde).
- Sømløst forløp unge (SFU), 3-årig samhandlingsprosjekt inkl. samarbeidsavtale med Stiftelsen Bergensklinikkene (2015)

1.3. Hovedmål i kommende planperiode

Byrådet fremmer følgende hovedmål:

- Utjevne levekår og sikre høyest mulig grad av skolegjennomføring i grunn- og videregående skole for å forebygge utenforskap og marginalisering.
- Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.
- Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
- Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

- Sikre reell brukerinnflytelse gjennom flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
- Sikre kompetanseutvikling på rusfeltet.
- Sikre at personer med omfattende rusmiddelproblemer og pleie- og omsorgsbehov får et godt tilbud tilpasset deres situasjon.

1.3.1. Recovery i alle tjenester

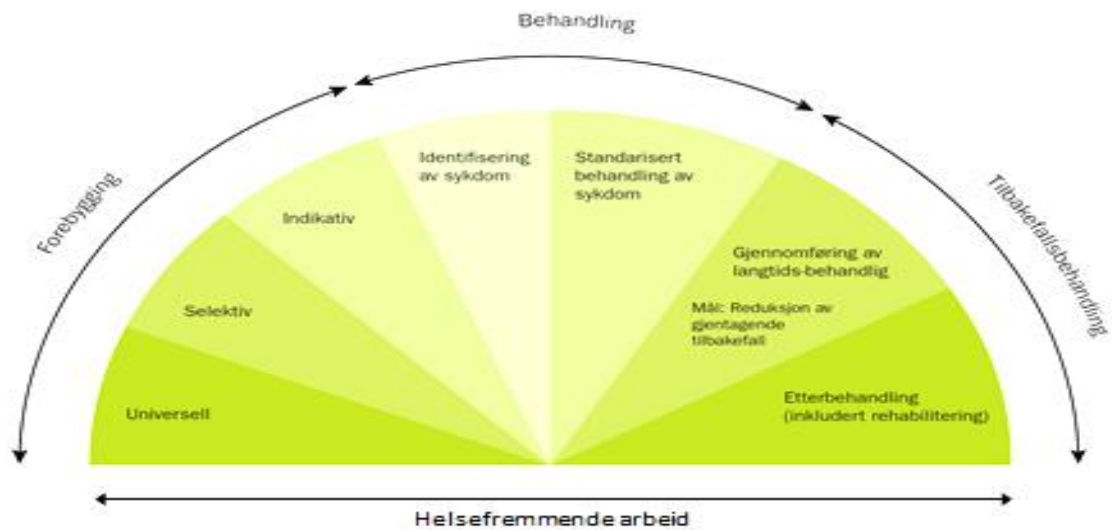
Recovery er brukerinnflytelse i praksis. Det er et mål at alle kommunale tjenester som møter mennesker med rusavhengighet skal være recoveryorienterte. Både innen det psykiske helsefeltet og rusfeltet har brukermedvirkning og brukerstyring fått en mer sentral plass, både på systemnivå og på individuelt nivå. Det er etablert ny kunnskap ved å lytte til personer med rus-/psykiske lidelser som har tilfrisknet helt eller delvis, og ved å anerkjenne deres erfaringer om hva som har vært virksom hjelp.

En recoveryorientert praksis i tjenestene vil gi rusavhengige et møte med tjenester som er preget av optimisme og håp. Helsefremmende arbeid og recovery bygger på myndiggjøring. Myndiggjøring som faglig tilnærming betyr fokus på brukernes personlige styrke og kraft. Tjenestene skal skape et handlingsrom omkring den enkelte bruker slik at brukeren kan utvikle sine iboende ressurser og handlekraft i forhold til endringer bruker ønsker å gjøre.

1.4. Begrepsavklaringer

Planen belyser fire hovedinnsatsområder; forebygging, lavterskel helse og omsorg, rehabilitering/habilitering og samarbeid. Til de fire hovedinnsatsområdene gis det en oversikt over utfordringer, visjon og målsettinger.

Hensikten med «Mestring – medvirkning – verdighet», Plan for rusfeltet 2018 – 2022, er å bidra til å hindre at utvikling av rusproblemer oppstår, redusere skader av rusbruk og tilrettelegge for god habilitering og rehabilitering for personer som har utviklet rusproblemer.



Oversatt og tilpasset fra Mrazek & Haggerty (1994)

Universell forebygging er tiltak og tjenester som er bra for alle. Universell forebygging tar utgangspunkt i familier, skoler og nærmiljøer. Helsefremmende og forebyggende arbeid omhandler alle forhold som påvirker individuell utvikling på en positiv måte:

- Intellektuell utvikling
- Språkutvikling
- Kognitive, emosjonelle og psykologiske funksjoner
- Sosial kompetanse
- Fysisk utvikling

Selektiv forebygging er tiltak og tjenester som er nyttige for noen. Selektiv forebygging er innsats vi gjør for å identifisere risikofaktorer som påvirker noen mennesker negativt. Risikofaktorer øker sjansen for at en står i fare for å utvikle risikofylt rusbruk og ulike andre helsemessige og sosiale utfordringer:



Der en observerer og/eller identifiserer risiko vil ansatte i Bergen kommune iverksette innsats så tidlig som mulig. Hovedmålet er å hindre negativ utvikling i grupper som er utsatt for en eller flere miljørelaterte risikofaktorer. Selektiv forebygging kan være både helsefremmende (som kan øke mestring og velvære) og forebyggende (som reduserer risiko). Fokus vil være både på gruppe/miljørettede tiltak, men også på individuell oppfølging der det er nyttig.

Indikativ forebygging er tiltak og tjenester som er nødvendig for enkelte. Indikativ forebygging er strategier og tiltak som rettes mot enkeltpersoner med økt risiko eller begynnende rusproblemer. Fokus vil være på individuell oppfølging, tilrettelegging og støtte med utgangspunkt i den enkelte sin situasjon.

Skadereduksjon. Skadereduksjon har til hensikt å redusere helsemessige og sosiale skader og problemer forbundet med rusmiddelbruk. Skadereduksjon har to hovedelementer, en pragmatisk folkehelseinnsats og en tilnærming basert på menneskerettstenking. Skadereduksjon inngår i en recoverybasert tilnærming.

Recovery. Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Viktige personlige elementer i bedringsprosessen har vist seg å være myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål. Arbeidet på rusfeltet skal bygge på recoveryorientert tilnærming.

Habilitering og rehabilitering. Habilitering og rehabilitering er å styrke brukernes muligheter for å erverve seg - eller gjenvinne tapt funksjonsevne, bidra til egenmestring og best mulig fungering i dagliglivet. Kommunen har et overordnet ansvar for å tilrettelegge og bistå brukerne i deres habilitering/rehabiliteringsprosesser.

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten betegnes som Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). TSB omfatter avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling i poliklinikk eller døgninstitusjon, institusjonsplasser der personer som er avhengige av rusmidler kan holdes tilbake uten eget samtykke.

LAR. Legemiddelassistert rehabilitering, et behandlingstilbud for mennesker med opiatavhengighet.

Samarbeid. Samarbeid og samhandling er en forutsetning for å skape gode resultater for brukere og pårørende. *Samarbeid* handler om at flere parter arbeider sammen om å løse konkrete oppgaver og problemstillinger. *Samhandling* er den gjensidige deltakelsen, engasjementet og koordineringen i gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt instans har totalansvaret.

1.5. Lover, andre planer, meldinger, veiledere

I politisk plattform 2015-2019 legges det vekt på at rusomsorg må være en av Bergens prioriterte oppgaver i årene som kommer.

I kommuneplanens samfunnsdel legges de overordnede og langsiktige strategiene for Bergen kommune. Her fremkommer blant annet at kommunen skal legge til rette for sunne levevaner, beskytte mot helsetrusler og fremme fellesskap, trygghet, inkludering og deltagelse. Mulighetene for et godt liv skal være uavhengig av sosiale lag, bosted og kulturell bakgrunn. Bergensere skal tilbys gode tjenester i alle livets faser.

Bruk av rusmidler påvirker mennesker i ulike alder og på ulike måter. Rusfeltet må derfor ses i sammenheng med målsettinger i kommuneplanen og andre kommunale planer som direkte eller indirekte påvirker ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer i folk sine liv:

- Plan for psykisk helse i Bergen kommune 2016 – 2020
- Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall
- Handlingsplan mot fattigdom
- Levekår og helse i Bergen 2016
- Folkehelseplan for Bergen kommune
- Boligmelding 2014 – 2020 for Bergen kommune
- Handlingsplan for 250 flere kommunale utleieboliger 2017-2021
- Melding om skolehelsetjenesten
- Plan for habilitering og rehabilitering
- Plan for bedre seksuell helse
- Regnbuebyen Bergen - Plan for kjønns- og seksualitetsmangfold 2017 – 2021
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014 - 2017
- Retningslinjer for salgs- og skjenkebevillinger
- Bergens barn – byens fremtid. Plan for helsestasjons- og skolehelsetjeneste, psykisk helsearbeid og barnevernet i Bergen 2016-2026
- Kunnskapsgrunnlaget for sosialtjenesten (årlig)
- Plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse- og omsorgstjenesten i Bergen kommune (2016-2019)
- Idrettsplan for Bergen 2017 – 2022
- Sammen i vennskap, lek og læring – helhetlig plan for SFO i Bergen kommune
- Sammen for kvalitet – læring. Plan for kvalitetsutvikling i bergensskolen 2016/17-2019/20

Andre relevante dokumenter er:

- Lov om sosiale tjenester i NAV
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om barneverntjenester

- Lov om vern mot smittsomme sykdommer
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helse
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven)
- Lov om kommunalt krisesentertilbud
- Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)
- St. melding nr. 30 – Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
- St. prop. 15 S – Opptrappingsplan for rusfeltet 2016 – 2020.
- Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.
- Nasjonal overdosestrategi 2014 – 2017
- Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid 2014 – 2020.
- Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten
- Barn som pårørende
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser – ROP-lidelser.
- 100 råd som fremmer recovery. Veileder NAPHA

2. Forebyggende arbeid – tre trinn

Visjon

Bergen skal være et bysamfunn som gir sosial trygghet, gode oppvekstvilkår, god alderdom og reduserer de individuelle og samfunnsmessige helseomkostninger som følger av rusmiddelbruk.

2.1. Forebyggende trinn 1: Forebygging som er bra for alle

Trinn 1 er samfunnets grunnleggende arbeid for gravide, barn, unge, voksne og familier. Dette er befolkningsrettede, universelle tiltak rettet mot folk flest. Befolkningsrettede tiltak kan ha små effekter på den enkelte, men siden tiltakene når mange mennesker er effekten gjerne stor for samfunnet. Her er det nyttig med et godt samarbeid mellom flere arenaer og fagmiljø for å sikre at tiltakene er samkjørte og kunnskapsbaserte.

En alkoholpolitikk med fornuftig balanse mellom hensyn til salgs- og skjenkenæring og folkehelse, gode helsestasjonstjenester til barn og familier, tilgang til fastleger og annen nødvendig helsehjelp, gode barnehager og skoler, tilgang til kultur-, sport- og andre fritidsaktiviteter, trygge og stimulerende familierelasjoner og sosiale nettverk, gode nærmiljøer osv. er noen av mange tiltak og tjenester som påvirker folk sin hverdag. Dette er eksempler på tiltak og tjenester som hver for seg har sin egen begrunnelse, og som har det til felles at de også forebygger utvikling av rusmiddelproblemer. Kunnskap som fremkommer i rapporten Levekår og helse i Bergen 2016 gir grunnlag for planlegging og videreutvikling av

tiltak og tjenester innenfor de ulike politikkområdene som arbeider byggende og forebyggende i Bergen kommune.

2.1.1. Regulert alkoholormsättning - redusert skadepotensiale

Det er gjennom historien knapt beskrevet ett eneste samfunn eller en eneste kultur der det ikke forekommer rusmidler. I Norge har samfunnet valgt å akseptere bruken av alkohol som rusmiddel. Tilgjengeligheten er forsøkt regulert gjennom ulike ordninger som Vinmonopolet, salg gjennom ulike ordninger i dagligvarehandelen, og gjennom skjenkesteder. En regulert tilgjengelighet er alminnelig akseptert som en nødvendig forutsetning for tilstedeværelsen av rusmidler i samfunnet.

ÅRSOMSETNING SKJENKESTEDER OPPGITT I ANTALL LITER			
ÅR	ØL GR. 1	VIN GR. 2	BRENNEVIN GR. 3
2007	4 468 468	514 972	81 827
2008	4 468 377	596 840	105 391
2009	2 997 900	495 310	81 535
2010	4 089 930	678 072	130 884
2011	3 971 557	729 665	111 669
2012	4 089 122	821 482	124 678
2013	3 951 404	900 114	119 766
2014	3 954 250	991 744	113 888
2015	3 799 697	1 070 528	107 464

Tabell fra Kontor for skjenkesaker. Årsomsättning i antall liter alkohol i alkoholgruppe 1, 2 og 3 solgt pr. år ved skjenkestedene i Bergen kommune i perioden 2007 - 2015.

Etter år 2000 viser tall fra Folkehelseinstituttet¹ at tilslutningen til den restriktive alkoholpolitikken har økt vesentlig. For eksempel mente 74 % av befolkningen i 2004 at det ikke burde være mulig å kjøpe brennevin i butikk, mens 88 % mente tilsvarende i 2012. Selv om forbruket av alkohol i Norge har økt vesentlig er totalkonsumet blant de laveste i Europa. Land som Irland, Østerrike og Frankrike drikker om lag 50 % mer alkohol pr innbygger over 15 år, sammenlignet med Norge. I 2011 var det over 90 % av danske ungdommer i alderen 15-16 år som hadde drukket alkohol i løpet av det siste året, mens tilsvarende for Norge var om lag 60 %. Likevel er det viktig å merke seg at alkoholforbruket har økt jevnt de siste 10-15 årene. Mens det i 1999 var om lag 4000 innleggelser i sykehus med alkoholrelatert hoveddiagnose, var det over 6000 i 2014. En av ti voksne har et alkoholproblem; ¾ av dem er ikke i behandling. Behandling foregår hos fastlegen, i kommunale pleie- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten.

Det finnes mange ulike beregningsmodeller for de kostnadene samfunnet har på grunn av alkoholforbruket. I Norge er kostnadene estimert å være over 22 milliarder kroner årlig².

¹ Folkehelseinstituttet: Rusmidler i Norge 2013.

² Oslo Economics, rapport fra 2013.

Bergen kommune har i underkant av 300 000 innbyggere, og representerer om lag 5 % av befolkningen, som indikerer kostnader i størrelsesorden 1,1 milliarder kroner årlig. Arbeidsgivere bærer den største kostnaden i form av redusert effektivitet og fravær.

2.1.2. Alkohol – normalt og risikofyllt konsum

Det er vanskelig å definere hvor grensene går mellom et høyt forbruk, risikofyllt forbruk og om det er snakk om et rusproblem. Det er glidende overganger og individuelle forskjeller. Selv om en kvinne og en mann veier like mye, vil samme mengde alkohol virke sterkere og gjøre mer skade på kvinner.

Norge har ikke offentlig anbefalte grenseverdier for konsum av alkoholenheter pr. uke, men flere land har anbefalinger for å minimere risiko og tydeliggjøre helserisikoen. I Sverige er anbefalingene at kvinner drikker mindre enn 9 alkoholenheter pr. uke, og menn mindre enn 14 alkoholenheter pr. uke.³ I tillegg har bruksmønsteret konsekvenser; hvis man eksempelvis drikker 7 enheter i uka så er det en betydelig større risiko knyttet til å drikke alt på samme dag enn 1 enhet per dag.

Menn drikker mest alkohol, men alkoholkonsumet har økt mest blant voksne kvinner. Det er aldersgruppen over 50 år som drikker alkohol hyppigst, men konsumet øker betydelig allerede fra 40 års alder. Kvinner i alderen 50-70 har et alkoholforbruk som er omtrent tre ganger så høyt som deres døtre⁴. Økning i vinforbruket har med stor sannsynlighet sammenheng med en relativt sterk økning i kvinners alkoholkonsum, jfr. tabell på side 14.

2.1.3. Bevillingspolitikk

Alkoholovens formål er i størst mulig utstrekning å begrense de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan medføre (alkoholoven § 1-1). Det er bevillingshavers ansvar at alkoholoven blir fulgt. Undersøkelser fra bl.a. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og Helsedirektoratet viser at mindreårige i mange tilfeller får kjøpt alkohol i butikk og skjenket alkohol på et skjenkested. Også mange som er åpenbart påvirket av rusmidler får kjøpt og skjenket alkohol. Dette er noen av de alvorligste bruddene på alkoholoven, og vil kunne føre til en inndragning av bevillingen. I 2012 kartla SIRUS omfanget av overskjenking på utesteder i utvalgte deler av Oslo. Resultatene som er presentert i rapporten Fri flyt, viser at testkjøperne fikk servering i 93 % av kjøpstilfellene, selv om de var åpenbart påvirket. Bruddene kan skyldes for eksempel uoppmerksomhet, feilbedømming eller manglende opplæring og kunnskap hos dem som selger og skjenker. Overtredelsene kan også skyldes at utestedet har en praksis som ikke er i samsvar med intensjonene i alkoholoven⁵. Kontor for skjenkesaker vil derfor i samarbeid med skjenkenæringen gjennomføre kurset «Ansvarlig vertskap».

³ Norsk Helseinformatikk: Alkohol risikosoner.

⁴ NOVA: Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG)

⁵ Helsedirektoratet: Ansvarlig vertskap, opplæringshefte.

Ansvarlig vertskap er et kurs tilpasset personer som jobber på og/eller driver et skjenkested. Kurset gir opplæring i hva alkoholloven krever, og belyser hva som skjer med kroppen, både fysisk og psykisk, når man drikker alkohol. Målet er at denne kunnskapen gir bevillingshaverne en bedre forståelse for hvorfor skjenkereglene finnes og at det bidrar til redusert overskjenking.

Generelt sett er Bergen en trygg by, men det skjer en oppblomstring av vold og konflikter i Bergen sentrum på kveld og natt i helgene. Økt beruselsesgrad er en forklaringsfaktor.

2.1.3.1. Rusmiddelbruk og vold

Vold kan defineres som «enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den andre personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil.»

En kan skille mellom kontrollerende vold og episodisk vold. Den kontrollerende volden er gjentakende og eskalerende, ofte med en blanding av ulike former for vold, trakassering og trusler. Den kontrollerende volden er ofte knyttet til vold som skjer mellom mennesker som har relasjoner til hverandre. Den episodiske volden utløses ved visse stressituasjoner der frustrasjon og sinne slår over i fysisk aggresjon. Voldsutøveren har vanligvis ikke noe kontrollbehov.

Internasjonal forskning har vist at det er en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold. I en stor andel av voldstilfellene er enten utøver eller offer eller begge parter alkoholpåvirket. Hvor stor denne andelen er, ser blant annet ut til å variere mellom land med ulike drikkemønstre. I USA og Canada har man funnet at omkring 50 % av voldstilfellene er alkoholrelaterte, mens man i de nordiske landene med mer beruselsesdriking (for eksempel helgefyll) har sett at denne andelen er rundt 70 – 80 %.⁶

Alkohol påvirker hjernen og bevisstheten endrer seg med økt alkoholkonsentrasjon i blodet. Lav promille påvirker stemningsleiet og en føler seg lett påvirket. Med økende promille blir en generelt mer kritikkløs og risikovillig. En av flere potensielt skadelige konsekvenser er økt forekomst av episodisk vold. Bergen skal være en trygg og attraktiv by for gjester og innbyggerne og det skal lages en egen handlingsplan mot alkoholrelatert sentrumsvold.

2.1.3.2. Rus og vold i nære relasjoner

Vold i nære relasjoner er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Å bli utsatt for vold i nære relasjoner er knyttet til en rekke fysiske og psykiske helseproblemer. Kommunen har et særskilt ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep. Rusmiddelbruk kan være en risiko både for å utøve og bli utsatt for vold. Bruk av alkohol og andre rusmidler har en påviselig effekt på sannsynligheten for å utøve vold mot partner. Mellom en fjerdedel og halvparten av voldstilfellene i hjemmet er ifølge forskning alkoholrelaterte. Det vil si at

⁶ NOU 2010:3. «Drap i Norge i perioden 2004-2009». Helse- og omsorgsdepartementet.

utøver, offer eller begge parter var alkoholpåvirket på gjerningstidspunktet⁷. Forebygging av rusmiddelmissbruk kan derfor også bidra til forebyggingen av vold i nære relasjoner.

2.1.4. Oppvekst og levekår

En trygg og god oppvekst legger rammene for et godt voksenliv og kan ha positive ringvirkninger som videreføres over generasjoner. I Folkehelseplan for Bergen kommune fokuseres det på at trygg tilknytning, helse og livstilsvaner, sosial kompetanse, selvfølelse og mestringsområder etableres i ung alder. Bergen kommune har satset mye på forebygging gjennom fysisk aktivitet for barn og unge, også de uorganiserte. Innsatsen har mellom annet resultert i åpne anlegg, FYSAK og ulike prosjekter som også har vært målrettet for lavinntektsfamilier. Både familieliv, barnehageliv, skoleliv og sosialt liv må inkluderes når det snakkes om oppvekst.

Bedring av levekår og utjevning av sosiale forskjeller er en viktig del av arbeidet med å forebygge utvikling av rusmiddelproblemer. Å vokse opp i fattigdom er forbundet med økt risiko for skjevutvikling som kan påvirke eksempelvis følelsesmessig tilknytning, språk, atferd og skoleprestasjoner. Kombinert med andre levekårsutjevningende tiltak er innsats knyttet til språkutvikling av stor betydning for barns oppvekst og fremtidig helse.

Tidlig innsats, forebygging og helsefremmende tiltak er vesentlig for å utjevne sosiale forskjeller og helseutfordringer både mellom og innad i bydelene. Skoler i de mest levekårsutsatte områdene har vært prioritert når ressurser fordeles. I tråd med planen Bergens barn – byens fremtid, vil kommunen styrke innsatsen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og etablere nye tverrfaglige ressursenter for barn og familier. Helsestasjoner har en unik mulighet til å avdekke forhold som tilsier rettet innsats for å styrke barns mulighet til mestring. Språkutvikling er et satsingsområde for å styrke det fremtidige læringsutbyttet i utdanningsforløpet. Kommunen vil fortløpende vurdere hvilke levekårsområder som skal prioriteres i videreutviklingen av arbeidet med tidlig innsats.

I et ruspolitisk perspektiv er høy kvalitet i barnehager og skoler som fremmer både helse og læring to viktige satsingsområder. Dette innebærer at barnehagen og skolen arbeider aktivt for at den enkelte elev skal oppleve trivsel, trygghet og sosial tilhørighet. Det er viktig å identifisere sårbare barn og å styrke deres mestringsevne og læringsutbytte. Barnehagekvalitet betyr litt for mange men ekstremt mye for de sårbare barna. Med høy kvalitet forbindes godt utdannet personell, små barnegrupper, aldersadekvate leker, mye språkstimulering, varme og trygge omsorgsgivere og at barna får være aktive deltakere. Forskning tyder på at de sårbare barna lider særlig mye når barnehagekvaliteten er lav. Barnehager med høy kvalitet bygger gode grunnmurer og hjelper sårbare barn å tette utviklingshull⁸. Helsefremmende skoler bidrar gjennom sitt faglige innhold, kvalitet og samarbeid med andre til å fremme utvikling og

⁷ NOU 2010:3 «Drap i Norge i perioden 2004 – 2009». Helse- og omsorgsdepartementet.

⁸ Høgskolen i Hedmark, Oppdragsrapport nr. 6 – 2014: Trivsel og kvalitet i barnehagen. Senter for praksisrettet utdanningsforskning.

helse og redusere betydningen av ulike typer belastninger, inkludert sosial ulikhet⁹. Det helsefremmende arbeidet i skolen bidrar til trivsel og mestring, godt læringsutbytte og øker sannsynligheten for at elevene gjennomfører grunnskolen og videregående skole.

2.1.4.1. Betydningen av gode relasjoner i oppveksten

Foreldre, venner og skole utgjør sentrale rammer rundt dagens ungdomsliv. Mye forskning viser at det store flertallet av norske tenåringer har det bra på alle disse arenaene. Samtidig vet vi at noen ungdommer ikke er like godt sosialt integrert. Blant ungdom som har en dårlig relasjon til bare én av disse tre, oppgir nær 40 prosent å ha psykiske plager. For ungdom der alle tre relasjoner er svake oppgir 3 av 4 depressive symptomer, halvparten oppgir å ha blitt mobbet, og de har langt dårligere helsesituasjon og selvbilde enn ungdommer med gode relasjoner til foreldre, skole og venner.¹⁰

I tillegg til gode barnehager og skoler er det avgjørende at Bergen kommune legger til rette for mangfoldige idretts-, aktivitets- og fritidstilbud lokalt i bydelene. Barne- og ungdomstiden vurderes som et strategisk viktig idretts- og kulturpolitisk område for Bergen. Et bredt aktivitetstilbud til barn og unge gir muligheter for berikende opplevelser og er som sådan betydningsfullt i barn og unges identitetsutvikling/dannelse og for livskvalitet. I det lokale idretts-, kultur- og fritidsarbeidet skal barn og unge prioriteres. Idrett, kultur- og fritidstiltakene skal stimulere barn og unge til deltagelse, medvirkning, tilhørighet og opplevd mestring. Områder med levekårsutfordringer skal løftes frem, og sammen med idrett og kultur skal vi arbeide for å utjevne sosiale forskjeller

2.1.5. Ungdomstid og rusmiddelbruk

Det varierer mye hvor gamle ungdommer er når de begynner å drikke så mye alkohol at de kjenner seg beruset. I begynnelsen av tenårene er det tre–fire prosent som har vært beruset, mens det blant avgangselevne i videregående er rundt 75 prosent. Det er generelt små forskjeller i alkoholvaner mellom gutter og jenter. Det er likevel noen flere jenter enn gutter som drikker seg beruset i midten av tenårene. Omfanget av beruselse og hvor mange unge som drikker alkohol jevnt en eller flere ganger i måneden, går noe ned. Det er en viss tendens til at ungdom som blir mobbet i noe større grad har vært beruset på alkohol. Ungdom som mobber andre har derimot langt oftere vært beruset. Dette gjelder både gutter og jenter¹¹

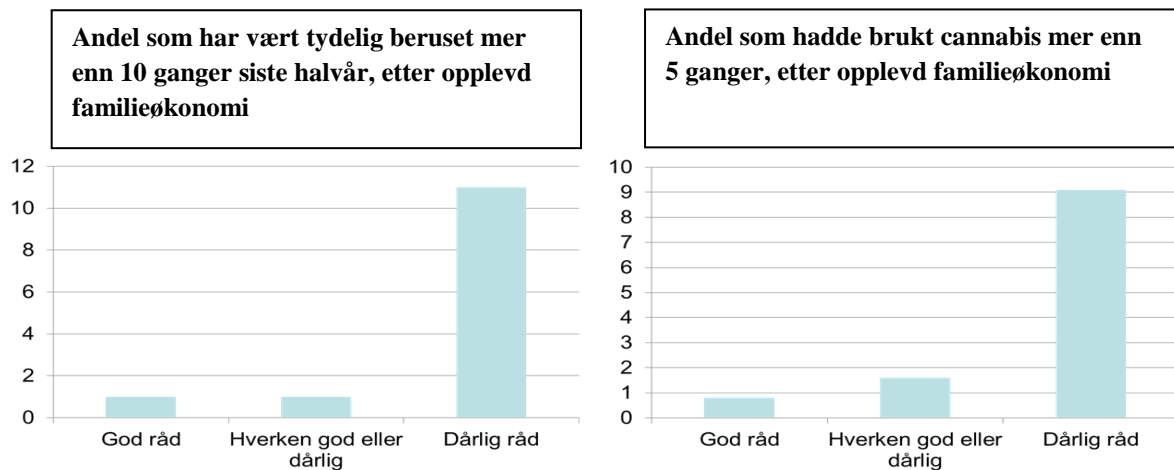
Bergensundersøkelsen blant elever i ungdomsskolen i 2013 avdekket en klar sammenheng mellom opplevd familieøkonomi og grad av beruselse og av cannabisbruk. Denne kunnskapen bekreftes av forskningsfunn fra Folkehelseinstituttet. Ungdataundersøkelsen i 2016 bekrefter at ungdom i lavere sosiale lag drikker mer enn annen ungdom. Det er klasseforskjeller i tenåringsdriking, i foreldredriking og oppdragelsesstil. En studie bygget på en

⁹ Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aarø LE. Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger, Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.

¹⁰ Dæhlen, Andersen 2017: Sosiale relasjoner i ungdomstida. NOVA rapport 8/17

¹¹ NOVA: Ungdataundersøkelsen 2016.

spørreundersøkelse av ca. 18.000 ungdommer i alderen 13-18 år ved 82 forskjellige skoler, fordelt på 16 norske kommuner i ulike landsdeler, viste at tenåringer med lavt utdannede foreldre drakk alkohol hyppigere og var langt oftere beruset enn andre. De hadde også en tidligere alkoholdebut. Det samme gjaldt tenåringer med foreldre som har offentlig ytelse som inntekt.



Kilde: Bergensundersøkelsen 2013, Kompetansesenter rus vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene

I gruppen av substanser som i Norge er klassifisert som narkotika, er det cannabis som er klart mest brukt. I ungdomsgruppen 15-16 år er det i størrelsesorden 7 % som har brukt cannabis noen gang, og 2 % har brukt stoffet i løpet av de siste 30 dagene. Dette indikerer at mange av de som prøver hasj eller marihuana, ikke går over til å bruke stoffet regelmessig, men bare bruker det én eller noen få ganger¹².

For unge ungdommer under 18 år som eksperimenterer med cannabis og står i risiko for å utvikle en avhengighet benytter Utekontakten og ungdomshelsetjenestene «Bevisstgjøringsamtaler» som metode. Det tilbys 3-4 samtaler knyttet opp mot faktakunnskap om cannabis, bevisstgjøring og refleksjon om bruk, samt motivasjon for endring.

2.1.6. Graviditet

Alkohol er skadelig for fostre. Ved alkoholinntak går alkoholen over i morkaken og fostervannet. Når fostre utsettes for alkohol påvirkes celler og organer og celleutviklingen kan skades. Hjernen er særlig sårbar for skade fordi den er under utvikling gjennom hele svangerskapet. Årsaken til den generelle anbefalingen om avholdenhet fra alkohol i svangerskapet er de alvorlige skadene av inntak av alkohol medfører for barn i magen.

Enkelte fostre kan ha varianter av gener som gjør det vanskelig å bryte ned alkohol. Et slikt foster vil da være ekstra utsatt overfor alkohol i svangerskapet. Det er ingen perioder i svangerskapet hvor det er trygt å drikke alkohol. Skadene på sentralnervesystemet og de andre

¹² SIRUS: Rusmidler i Norge 2015

organene kan oppstå når som helst i svangerskapet, og skadene er uopprettelige. Det finnes derfor ingen måte å helbrede disse tilstandene.

2.1.7. Alkohol og arbeidsliv

Restriktive holdninger og formelle regler om alkoholbruk i arbeidstiden er trolig en medvirkende årsak til at forbruket av alkohol er lavt i Norge sammenlignet med andre vestlige land. En ser imidlertid to motstridende utviklingstrekk når det gjelder alkoholbruk i arbeidstiden. På den ene siden forsterkes holdninger om at alkoholbruk i arbeidstiden ikke er akseptert. På den annen side skjer det endringer i arbeidslivet som skaper en rekke nye anledninger for bruk av rusmidler i situasjoner som er mer eller mindre tilknyttet arbeidet. Kurs, seminarer, jobbreiser medfører at det oppstår gråsoner mellom arbeid og fritid. Et annet eksempel er fremveksten av nye kreative fellesskap, ofte betegnet som «hub» eller «coworkingspaces» som kan representere både en arbeidsplass men også et sted for opplevelser og arrangementer.

Det er et viktig prinsipp at ansatte som søker hjelp for sin avhengighet skal møtes med forståelse, respekt og tilrettelegging av kommunen som arbeidsgiver. Bergen kommune er en Akan-kommune. Akan står for Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk. Akan-arbeidet i virksomhetene forankres i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom ledelsen og de ansatte i virksomheten. Intensjonen er å forebygge rus- og avhengighetsproblemer, og å gi ansatte som utvikler et problem tilbud om hjelp før eventuell oppsigelse vurderes. Ansattes arbeidsrelaterte rusmiddelbruk påvirker arbeidsmiljøet. Arbeidet med rusmiddelspørsmål ses som en naturlig del av personal-/HR-arbeidet og det systematiske arbeidet med helse, miljø og sikkerhet.

2.1.8. Kjønnroller, seksuell helse og rus

Kjønnroller er normer og forventninger knyttet til det å være gutt/jente eller mann/kvinne. Kjønnrelaterte sosiale normer og forventninger formidles eksempelvis av familie, skole, venner, medier, og kjønnrollene er for en stor del bestemmende for følelser, interesser, atferd og kjønnete tankemønstre. Av disse årsakene er det viktig at Bergen kommune bygger innsatsene på rusfeltet på måter som ivaretar kjønnsperspektivet. Det gjelder både forebyggende innsats, tidlig intervensjon og i skadereduserende og rehabiliterende arbeid.

Trygg seksuell identitet og god seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksuelle krenkelser og traumer øker risikoen for skadelig rusmiddelbruk. Noen ganger er seksuelle krenkelser knyttet til identitet og kultur. Rusmiddelbruk øker også risikoen for seksuelle krenkelser, ved at en eller begge parter - offer og gjerningsperson - er beruset når krenkelsen skjer.

Også omgivelsene sine reaksjoner på seksualitet påvirker forholdet mellom seksuell helse og rus. Forskning viser at en større andel av de voksne LHBTI-personer (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og interkjønnpersoner) har økte helseproblemer, særlig knyttet psykisk helse og rus. Dette skyldes trolig økt stress knyttet til å være en minoritet som i mange miljøer er utsatt for stigmatisering og diskriminering.

2.1.9. Eldrebefolkningen og bruk av rusmidler og medikamenter

At alkoholkonsumet øker med alderen er spesielt bekymringsfullt fordi eldre tåler alkohol dårligere enn yngre. Mange eldre som bruker alkohol har flere sykdommer og tar samtidig medikamenter som i minst mulig grad bør kombineres med alkoholbruk. Eksempelvis kan medikamenter mot høyt blodtrykk, diabetes og depresjon gi svært alvorlige bivirkninger hvis de brukes samtidig med alkohol.

Eldre kan raskt utvikle problemer hvis de har et stort forbruk av rusmidler og medikamenter fordi hjernen eldes og generelt får et dårligere funksjonsnivå. Dersom eldre også bruker mye alkohol, kommer skadene på hjernen fortere og skadene blir mer alvorlige. En av seks eldre som mottar hjemmehjelp har kombinasjonen av flere medikamenter og stort forbruk av alkohol. Disse eldre er skadeutsatte. Vanlige skader er bruddskader etter fallulykker. Mange eldre som bruker mye alkohol får også store endringer i sin intellektuelle kapasitet og risikoen for å utvikle demens øker betydelig¹³. Demens på grunn av stort forbruk av alkohol kan oppstå allerede i 30-årene, men det er vanligere å se alkoholutløst demens når man passerer 50. Eldre over 70 år med stort forbruk av alkohol vil svært raskt kunne utvikle demens.

Det er et behov for økt kunnskap om rusrelaterte problemer og hjelpebehov i de ordinære pleie- og omsorgstjenestene. I en undersøkelse av sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren sine erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov, fremkommer det at til tross for at pleie- og omsorgstjenestene har erfaring med målgruppen, er det lite fokus på å identifisere rusmiddelbruk blant eldre.¹⁴

2.1.10. Fastlegenes rolle

Bergen kommune har avtale med og er oppdragsgiver for ca. 230 fastleger. Fastlegens oppgaver overfor sine pasienter omfatter alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus. Dette innebærer at fastlegen har et ansvar for et helhetlig perspektiv, som gjelder utredning, behandling og oppfølging av sine pasienters psykiske vansker og lidelser og/eller rusmiddelproblemer på lik linje med somatisk sykdom, og skal henvise sine pasienter til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov. Fastlegen må ha kunnskap om forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler og alternative tilnærminger ved behandling av depresjon, angst, søvnløshet og smertetilstander. Forskrivning av vanedannende legemidler skal i størst mulig grad skje ved konsultasjon hos fastlegen. Forskrivning ved henvendelse per telefon eller på annen måte utenom konsultasjon bør unngås. Standardiserte kartleggingsverktøy kan benyttes i konsultasjonen for å avdekke og følge utviklingen av psykiske problemer og rusmiddelbruk¹⁵.

¹³ Lunde, L.-H. (2017). Risikofylt alkohol- og legemiddelbruk blant eldre – implikasjoner for klinisk praksis [Hazardous alcohol and prescription drug use among older adults – implications for clinical practice]. *Scandinavian Psychologist*, 4, e7.

¹⁴ L. Flesland; Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov, *Nordisk sykeplejeforskning*, 01/2014.

¹⁵ Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Helsedirektoratet IS 2076

Fastlegene har derfor en viktig rolle i å identifisere personer i sin pasientgruppe som befinner seg i risikosituasjoner der det må undersøkes nærmere om vedkommende står i fare for å utvikle – eller har utviklet – skadelig rus- og/eller medikamentbruk. Fastlegen er en sentral aktør i det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene.

Egenandelene hos fastlegen representerer et reelt tilgjengelighetshinder for noen utsatte grupper. Egenandelene fastsettes av Stortinget, som også bestemmer nasjonale skjermingsordninger. Med unntak av egenandelstaket faller viktige pasientgrupper, som personer med ruslidelser, utenom disse ordningene, og de blir dermed underforbrukere av fastlegens tjenester.

Målsettinger:

- I Bergen skal barnehage, skole, kultur og idrett fremstå som kraftsentre i nærmiljøene
- Iverksette tidlig innsats, forebygging og helsefremmende tiltak for å utjevne sosiale forskjeller og helseutfordringer både mellom og innad i levekårssonene.
- Prioritere ressurser til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, tverrfaglige ressursentre for barn- og familier, barnehager, skoler og fritidsaktiviteter i utsatte levekårsområder.
- Bergen kommune skal delta fast i Ungdataundersøkelsene i regi av NOVA.
- Styrke den rusfaglige kompetansen om cannabis og øke antallet cannabisavvenningskurs.
- Utarbeide en egen handlingsplan mot alkoholrelatert sentrumsvold.
- Bergen kommune skal sammen med politi og salgs- og skjenkenæringen gjennomføre kurset «Ansvarlig vertskap».
- Bergen kommune skal legge til rette for etiske refleksjoner om alkohol og arbeidsliv i ledersamlinger, personalmøter og lignende sammenhenger.
- Ivareta perspektiver knyttet til kjønn, seksuell orientering og kjønnsuttrykk i planlegging og utvikling av tjenester på rusfeltet.
- Alle som yter tjenester i hjemmet til mennesker med somatisk sykdom, funksjonsnedsettelse og psykiske lidelser skal utvikle retningslinjer for håndtering av bekymringsmeldinger knyttet til risikofyllt rus- og medikamentbruk hos sine brukere.
- Bergen kommune skal ta initiativ til dialog med Norsk forening for allmenntilleggsmedisin om å utvikle digitale verktøy for kartlegging av bruk av alkohol og andre rusmidler.

2.2. Forebyggende trinn 2: Forebygging som er bra for noen

Trinn 2 består av selektive tiltak som rettes mot grupper eller individer med kjent og forhøyet risiko for å utvikle et problem eller en sykdom. Risiko kan vurderes på grunnlag av forhold i miljøet og hos individet. Hensikten er å identifisere utsatte grupper eller individer og iverksette tiltak som reduserer risikoen for at de utvikler problemer, eller at mindre alvorlige problemer forverrer seg. Tidlig identifikasjon bygger på observasjoner. Det er den enkelte person sin atferd og/eller andre indikasjoner som tilsier at vedkommende befinner seg i en risiko for å utvikle skadelig rusmiddelbruk. Rusmiddelproblemer utvikler seg ofte sammen med, eller som en følge av andre problemer. Når noen er i risikosituasjoner er det viktig med god kommunikasjon mellom ulike tjenester. Målet er å sikre rask avklaring av problemet og hvem som er de beste til å hjelpe. Eksempel på selektive tiltak er samtalegrupper for barn som er pårørende til en mor eller far som har en alvorlig psykisk lidelse, oppsøkende arbeid fra utekontakten eller utvidet individuell hjelp fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

2.2.1. Barn eksponert for rusmidler og medikamenter i svangerskapet

Det blir født mellom 30 og 60 barn årlig i Norge av mødre i LAR-behandling hvor fosteret har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i fosterlivet. Metadon eller buprenorfin kan trappes helt eller delvis ned under graviditet, forutsatt at nedtrappingen skjer under betryggende medisinske forhold. Det bør være kvinnen selv som tar avgjørelsen om nedtrapping, og det bør legges et løp hvor kvinnen har mulighet til å ombestemme seg underveis i tråd med de plager hun opplever. Legen bør forsikre seg om at kvinnen ønsker nedtrapping, og denne bør gjennomføres på en måte som skaper minst mulig abstinenser for kvinnen og fosteret¹⁶. I sped- og småbarnsalder er det fastlege og helsestasjon som har et særlig oppfølgingsansvar, herunder etablering av ansvarsgruppe, bestemme type og omfang av tiltak og fokus på å styrke foreldreferdighetene.

Kvinneklinikken og Avdeling for rusmedisin ved Haukeland Universitetssjukehus har startet et prosjekt med å tilby gratis gynekologisk undersøkelse og etablering av langtidsprevensjon for kvinner i LAR. Tilbudet er åpent ved gynekologisk poliklinikk hver fredag. Tilbudet er planlagt utvidet til å gjelde kvinner med rusmiddelavhengighet generelt i Hordaland forutsatt at kostnader til langtidsprevensjon (spiral) kan finansieres. Det er viktig at tilbudet er kjent hos fastlegene og hos andre kommunale tjenesteytere som er i kontakt med kvinner i fertil alder som har rusmiddelavhengighet.

Det fødes anslagsvis mellom 5 og 10 barn med føtale alkoholeffekter (FAE) i Bergen pr. år hvorav ca. 2-3 barn fødes med føtalt alkoholsyndrom (FAS). FAS er karakterisert ved et spesielt utseende, veksthemming og forstyrrelser i sentralnervesystemet. Barna kan også ha andre medfødte misdannelser, bl.a. medfødte hjertefeil. FAS er særlig assosiert med betydelig alkoholbruk i første tredjedel av svangerskapet. Barn med føtale alkoholeffekter (FAE) har de

¹⁶ Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (lar) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder.

samme problemene med sentralnervesystemet, men har ikke medfødte misdannelser og et normalt utseende¹⁷.

«Rusfri start på livet» er et byomfattende helsestasjonstilbud i Bergen for gravide og småbarnsforeldre som har, eller har hatt, et rusmiddelproblem. Tilbudet er frivillig og er lokalisert ved Solheimsviken helsestasjon. Rusfri start på livet bidrar til å støtte opp omkring rusfrihet i svangerskapet for å hindre fosterskade, og arbeider samtidig med å øke foreldrekompetansen til gravide/familier som har behov for det. Tilbudet innebærer tett oppfølging av familiene både i svangerskapet og frem til barnet er 2 år. Rusfri start på livet samarbeider med fastleger, andre aktuelle hjelpetjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten for å styrke foreldrenes omsorgsevner og bidra til at barnet får en god og stabil omsorgssituasjon.

2.2.2. Barn som pårørende

Rusbruk hos familiemedlemmer påvirker barn og unges livssituasjon i stor grad. Ikke alle lidelser fører til nedsatt omsorgsevne. Brutt ned til ulik alvorlighetsgrad viser undersøkelser utført av Folkehelseinstituttet at 6,5 prosent har foreldre med et såpass alvorlig alkoholmisbruk at det sannsynligvis går ut over daglig fungering og 2,7 prosent (30 000 barn) rammes alvorlig av foreldres alkoholmisbruk¹⁸.

Foreldrenes sykdom kan skape stress og uro i hverdagen. Selv om mange barn som pårørende klarer seg bra er det ikke uvanlig å observere symptomer på angst, depresjoner, atferdsvansker og konsentrasjonsvansker hos enkeltpersoner. I tillegg øker sjansene for frafall fra skole og utdanning¹⁹. Mange unge opplever at de ikke får god nok informasjon til å forstå foreldrenes sykdom og konsekvensene av den.

Helsepersonelloven § 10a pålegger helsepersonell en plikt til å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Plikten vil først og fremst gjelde helsepersonell med ansvar for behandling av pasienten.

For ytterligere å ivareta barn som pårørende skal også NAV sosialtjeneste oppfylle plikten til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende jfr. Helsepersonelloven § 10 a. Dette innebærer at når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal NAV sosialtjeneste blant annet:

a) gjennomføre samtale med bruker om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal barnet og andre som har omsorg for barnet tilbys å ta del i en slik samtale.

¹⁷ Alkohol og graviditet. Helsedirektoratet 2005. Rapport IS 1284.

¹⁸ Folkehelseinstituttet: Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk

¹⁹ Helsenorge.no: Når barn blir pårørende

b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som NAV sosialtjeneste anser som hensiktsmessig.

c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

2.2.3. Risikoutsatte barn og unge

Risikofaktorer påvirker barn på ulike måter. Jo flere belastninger barn og unge utsettes for, og jo lenger belastningene varer, desto mer øker sannsynligheten for et strevsomt liv.

Forebyggende rusarbeid blant barn og unge har mange fellestrekk med andre innsatsområder som psykisk helsearbeid, forebygging av atferdsvansker og/eller kriminalitet.

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at 15- 20 % av barnebefolkningen i Norge har en nedsatt funksjon og mestring på grunn av psykososiale og helserelevante belastninger. Ca. 5-8 % har alvorlige plager og belastninger. De fleste av disse og deres foreldre har behov for oppfølging av kommunale tjenester²⁰. For unge voksne med barnevernerfaring peker forskningen i retning av høy risiko for marginalisering på mange viktige livsområder samt forhøyet risiko for psykiske helseproblemer og andre livsproblemer. Denne gruppen har større vansker med å fullføre videregående skole, har lavere årsinntekt, mottar oftere sosialhjelp, arbeidsledighetstrygd eller uføretrygd, og har høyere dødelighet. Hyppig fravær og/eller frafall fra skole medfører at den formelle kompetansen ofte blir lav. Utenforskap over lang tid er også destruktivt i den forstand at nettverkene blir få, begrensede og upålitelige.

Sentralnervesystemet gjennomgår en modningsprosess gjennom hele ungdomstiden. Jevnlig rusmiddelbruk påvirker og forstyrrer områder i hjernen som har med hukommelse, følelsesmessige reaksjoner og planlagte/sammenhengende handlinger å gjøre. Følgene kan bli vansker med å kontrollere følelser og impulser, vansker med å tenke og handle langsiktig, og vansker med å motivere seg. Ungdataundersøkelsen viser at ungdom som debuterer med rusmidler tidlig har et mer konfliktskyt forhold til foreldrene og skolen. De begår flere kriminelle handlinger, har dårligere psykisk helse og får oftere omfattende rusmiddelproblemer senere i livet²¹.

«Kjentmann» er en et forebyggingsprogram, rettet mot skolen. Kjentmannsordningen har som siktemål å gi skolen et verktøy til å systematisere arbeidet med å forebygge utvikling av rusmiddelproblemer og å ivareta og hjelpe elever med rusmiddelproblematikk. Økt kunnskap og forståelse om rusmidler og rusmiddelbruk vil gi skolene trygghet i å håndtere situasjoner der rusmiddelbruk forekommer, og kan bidra til konstruktive løsninger for både skolen, elever og foresatte. Det er Kompetansesenter rus – region Vest Bergen ved Stiftelsen Bergensklinikkene, som har utviklet Kjentmannsordningen og er ansvarlige for opplæringen

²⁰ Folkehelseinstituttet (2014): Helsetilstanden i Norge

²¹ Prop. 15 S: Opptrappingsplanen for rusfeltet

og faglig oppfølgingen. Hordaland Fylkeskommune har besluttet at alle videregående skoler i fylket skal ha innført Kjentmannsordningen. Økt deltagelse i Kjentmannsordningen fra ungdomsskolene kan styrke det rusfaglige samarbeidet mellom ungdomsskolene og de videregående skolene i Bergen.

Når rusmiddelproblemer oppdages står både offentlige tjenester, den unge og de pårørende overfor et uoversiktlig og vanskelig terreng med ulike handlingsalternativer. Det kan være flere instanser som er involvert, men kan hende uten at det er et tilfredsstillende samarbeid mellom tjenestene. I tillegg har erfaringsmessig også ungdommenes foresatte et sterkt behov for å få rådgivning.

Bergen kommune vil gjøre det enklere for unge og deres foresatte å få rask og tilgjengelig hjelp. Det skal beskrives et tiltaksforløp når det avdekkes risikofullt rusmiddelbruk. Ansatte i kommunens tjenester skal samarbeide med andre tjenester i kommunen og statlige aktører. Når barn og ungdom settes i sentrum må løsningene formes ut fra hva som er best for dem, uavhengig av organisering og forvaltningsnivå.

2.2.4. Oppsøkende virksomhet

Målet for oppsøkende sosialt ungdomsarbeid er å forhindre at unge havner på utsiden av samfunnet. Oppsøkende arbeid er svært viktig innenfor tidlig intervensjonsarbeid rettet mot ulike målgrupper, og står i en særstilling til å kunne utvikle brukerorienterte innsats for personer som er i ferd med å utvikle rusmiddelproblemer. Oppsøkermetodikken gjør at en kommer i kontakt med unge som har hjelpebehov der de unge oppholder seg. Metodikken preges av fleksibilitet og mulighet til raske omstillinger og omprioriteringer.

Feltarbeiderne ved Utekontakten oppsøker ungdom på ulike skoler, og i Bergen sentrum. Dette skjer på dagtid, kveld og natt. Feltarbeiderne etablerer kontakt og bygger allianser med risikoutsatte unge. Tilstedeværelse på arenaer over tid gir anledning til å tilby unge hjelp og støtte i utfordrende perioder. Særlig viktig er oppsøkende tjenester sin kompetanse, evne og mulighet til å nå grupper som ellers ikke nås i tilstrekkelig grad av det ordinære hjelpeapparatet. Dette kan være personer med store hjelpebehov som selv ikke oppsøker hjelpeapparatet eller av ulike grunner unndrar seg omsorg. Formålet er å avdekke hjelpebehov, motivere til endring og sikre den enkelte videre oppfølging hos relevante hjelpeinstanser.

Det å arbeide på flere ulike arenaer over tid skaper også en unik bredde i kunnskapsgrunnlaget om miljøene. Ved systematisk feltarbeid og kartlegging kan feltarbeidere samle relevant kunnskap om målgruppenes levekår og livssituasjon. Kunnskapen gir et unikt grunnlag for å målrette og iverksette relevante tiltak tidlig i et problemforløp. Oppsøkende arbeid er en viktig del av en effektiv tidlig intervensjonskjede i kommunene.

2.2.5. Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak

Bergen kommune har samordnet rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid for barn og unge etter SLT - modellen. SLT står for «Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak». Hensikten er å samordne tiltakene/tilbudene på de ulike lokale forebyggingsarenaene

og få større effekt og synergier ut av de eksisterende tiltakene. SLT-modellen er en samhandlingsmodell som organiseres gjennom tre nivåer. De tre nivåene sørger for å fordele ansvaret for styring, koordinering og utføring av det forebyggende arbeidet:

- Politirådet - Det styrende nivået med lokale toppledere fra kommunen og politiet i Bergen.
- Sentralt fagråd - Det koordinerende nivået med representanter fra ansvarlig kommunale etater/tjenester, nære samarbeidspartnere og politiet i Bergen.
- Ressursgrupper i hver bydel - Ledere fra enheter/tjenester som arbeider direkte med barn og unge i kommunen, politi og frivillig sektor.

SLT-organiseringen skal sikre at alle som driver rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid møtes regelmessig, avdekker behov, oppnår en felles problemforståelse og samordner sine tiltak, synliggjør ressurser og initierer tiltak hos de ulike deltakerne i SLT-nettverket.

Bergen kommune har to SLT koordinatorene hvor den ene har fokus på tverretattlig samordning for utsatte unge fra 12 til 21 år i bydelene på rus- og kriminalitetsforebygging. Fra høsten 2014 styrket kommunen og politiet den tverrfaglige samordningen med en ekstra koordinator som har hovedfokus på risikoutsatte barn i barnehage og barneskolealder, vold i nære relasjoner og barn som pårørende i tjenester for voksne.

2.2.6. Forebyggende helsearbeid for barn og familier

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten, inkludert helsestasjon for ungdom, er en viktig forebyggingsaktør for barn og familier. Det utvidete hjelpetilbudet i tjenesten skal utvides og standardiseres for å gi barn og unge et likeverdig tilbud. I forlengelsen av helsestasjon og skolehelsetjenesten etableres Barne- og Familiehjelpen, som skal bistå barn og familier med ulike typer hjelpebehov, i samarbeid med både barneverntjeneste, Utekontakt, PP-tjeneste og andre. Dette utviklingsarbeidet er nærmere beskrevet i planen «Bergens Barn – byens fremtid».

Familieveiledningssentrene er i dag barneverntjenestens tiltaksavdeling for frivillige og pålagte hjelpetiltak. Hovedtiltakene er ulike typer foreldreveiledning for å styrke omsorgskompetanse og forebygge omsorgsovertakelser. Sentrene hjelper foreldre med å etablere et godt samspill og gode relasjoner til sine barn og bruker ulike metoder for å styrke foreldrene i forelderrollen. Barnevernet deltar sammen med andre tjenester i arbeidet med å forebygge alvorlige problemer der barn og unge utsetter sin helse eller utvikling for fare. Familieveiledningssentrene blir en del av Barne- og Familiehjelpen. I den helhetlige forebyggingslinjen av hjelpetjenester vil det bli tilgang på en rekke anbefalte kunnskapsbaserte program.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal være en pådriver for at langtidsprevensjon blir tilbudt alle kvinner med diagnostisert rusmiddelavhengighet i Bergen.
- Bergen kommune skal sammen med sentrale samarbeidspartnere utarbeide lokale handlingsprogram for SLT arbeidet.
- Det oppsøkende arbeid skal styrkes og videreutvikles med fokus på unge/unge voksne som er i ferd med å utvikle, eller har utviklet, rusmiddelproblemer.
- Det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet rundt foreldre og barn i familier som har rusmiddelproblemer skal styrkes.
- NAV sosialtjenesten skal oppfylle kravene til tiltak for barn som pårørende, jfr. Helsepersonelloven § 10 a.
- Det skal utvikles retningslinjer for hvordan barn- og ungetjenestene forholder seg når det er avdekket risikofylt rusmiddelbruk.
- «Kjentmannsordningen» skal gjøres kjent for alle ungdomsskolene.

2.3. Forebyggende trinn 3: Forebygging som er nødvendige for enkelte

For enkelte med mer alvorlige problem og utfordringer er det nødvendig med mer omfattende hjelp og oppfølging. Dette kan være problemer i familien, psykiske plager og lidelser, begynnende rusmiddelproblemer eller andre sammensatte, langvarige hjelpebehov. Målet er både å hjelpe og forbedre i en vanskelig situasjon, men også å forhindre en forverring eller forebygge andre samtidige vansker. Her skal samhandling mellom tjenestene styrkes for å koordinere innsatsen ved samtidig hjelp eller overganger fra en tjeneste til en annen. På dette trinnet finner vi blant annet barneverntjenesten, og koordineringstjenesten Psykisk helse barn og unge, forsterket helsestasjon «Rusfri start på livet», Utekontakten, spesielt tilrettelagte tiltak i NAV sosialtjeneste og andre instanser som ofte jobber særlig tett med spesialisthelsetjenesten og den statlige barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat).

2.3.1. Tidlig Ute

Tidlig Ute er et rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak i samarbeid med Hordaland politidistrikt, Bergen kommune og Helse Bergen HF. Tiltaket driftes av Utekontakten i Bergen.

Deltakerne får tilbud om et alternativ til en vanlig straffereaksjon, gjennom individuelt tilpasset oppfølging. Etter kartlegging får hver deltaker en egen kontaktperson, og en oppfølgingsplan utarbeides i samråd med deltaker. Samtlige deltakere gjennomfører strukturerte bevisstgjøringsamtaler om egen rusmiddelbruk.

Tidlig Ute er etablert for ungdom fra 15 til 25 år som blir pågrepet av politiet for narkotikarelatert kriminalitet. Kriterier for deltagelse er at siktede erkjenner de straffbare forholdene. Siktede må ønske et alternativ fremfor vanlig straffereaksjon. Dersom vilkårene for alternativ til straff brytes, går saken tilbake til påtalemyndighet for ny vurdering.

2.3.2. Der Ungdom Er (DUE)

DUE er et prosjekt rundt den enkelte ungdom/unge voksne hvor det legges til rette for at utsatt ungdom får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud om oppfølging i eget nærmiljø. Hver enkelt ungdom får en egen koordinator / kontaktperson som har relevant utdanning og erfaring fra arbeid med målgruppen. DUE er tilgjengelig 24 timer i døgnet.

De aktuelle ungdommene er hjemmehørende i Bergen kommune, er mellom 16 og 23 år og må oppfylle et eller flere av følgende kriterier:

- Står i fare for å utvikle problematikk som kvalifiserer til opphold i institusjon.
- Trenger videre oppfølging etter endt opphold i barnevernstiltak, institusjon eller fengsel.
- Har behov for behandling for rusmiddelproblemer og/eller psykiske vansker.
- Mangler bolig og / eller har behov for oppfølging i bolig.
- Mangler et meningsfullt aktivitetstilbud på dagtid

Det er barneverntjenestene eller NAV sosialtjenestene som etter en vurdering av hjelpebehov sender søknad til DUE-tiltaket. Utekontakten i Bergen har ansvaret for driften.

2.3.3. Barnevernet i Bergen

Barnevernet er samfunnets sikkerhetsnett for barn og unge, og skal bistå eller overta der foreldrene svikter eller ikke strekker til. Barnets behov for, og rett til, omsorg, utvikling, vern og beskyttelse er utgangspunktet. Barnevernets arbeid legger til rette for at barn og unge får vokse opp under gode og trygge oppvekstforhold, fortrinnsvis sammen med sine foreldre. I Bergen, som i landet for øvrig, har det vært en stor økning i antall meldinger til barnevernet de siste 10 årene. Bergen kommune har arbeidet målrettet med bevisstgjøring av ansvaret for å sende inn bekymringsmeldinger dersom en oppdager svikt i omsorg for barn.

Etter at barnevernet har gjennomført en undersøkelse kan familier få tilbud om ulike hjelpetiltak. Bergen kommune har de senere årene tatt i bruk familieråd som beslutningsmodell for å involvere barnet og familien i beslutninger som tas i barnevernet. Det økte fokuset på familier og nettverkets betydning for barns utvikling har også ført til etablering av tiltak som skal styrke dette, som familie og nettverksbaserte tiltak som familiesentre, familieveiledere og miljøarbeidere i hjemmet. I tillegg har barneverntjenesten etter loven tilgang til mer inngripende tiltak, som ruskontroller, tilsyn i hjemmet og pålegg om bruk av barnehage.

2.3.4. Det koordinerende psykiske helsearbeidet for barn og unge i Bergen

Det som i Bergen kommune er spesifikt benevnt som psykisk helsearbeid for barn og familier er tjenesten Psykisk Helse Barn og Unge (PHBU). Tjenesten er i dag lokalisert ved fire familieveiledningssentre. Det betyr at tjenesten er under ledelse av barnevernet, uten at den er en del av barneverntjenesten. Ved hvert av de fire PHBU-ene arbeider to koordinatorene med helse og sosialfaglig utdanning og ulike etterutdanninger samt en psykologspesialist, til sammen 12 ansatte.

PHBU koordinerer hjelp til barn og unge opp til 18 år med sammensatte og langvarige psykisk helsebehov og stort behov for koordinering av samtidig hjelp. Arbeidsoppgavene til tjenesten er å bidra til samordnet og helhetlig hjelp til det enkelte barn, ungdom og deres familier. PHBU tilbyr også korttids psykisk helsehjelp ved behov til de barna som følges opp av tjenesten, veiledning til skoler og foreldre, gruppetilbud og eventuell ytterligere kartlegging av barnas hjelpebehov.

2.3.5. Unge i NAV sosialtjeneste

Utsatte unge voksne kommer vanligvis i kontakt med NAV sosialtjeneste gjennom eget oppmøte, henvisninger fra oppfølgingstjenesten for videregående skoler, eller ved at foreldre tar kontakt. Flertallet av ungdommene som kommer til NAV sosialtjeneste har erfaringsmessig mangelfull/avbrutt utdanning og ulike sosiale og helsemessige utfordringer som eksempelvis rus- og/eller psykisk helse utfordringer. NAV sosialtjeneste arbeider etter prinsippet om at ungdommer skal få tilbud om arbeidsrettede tiltak og ikke bli mottakere av økonomisk sosialhjelp. De unge tilbys tett, differensiert og utadrettet oppfølging med mål om å komme inn i aktuell behandling, ordinære utdanningsforløp, arbeidspraksis eller en kombinasjon av denne type tiltak for på sikt å gjøre den enkelte selvforsørget.

Det kan være en stor utfordring å fremskaffe og iverksette tiltak som matcher brukernes behov, og en kartlegging av brukernes behov er derfor svært viktig. Det er både behov for lavterskel arbeids-/aktivitetsrettede tiltak, en bred statlig tiltaksmeny og lokalbaserte løsninger i samarbeid mellom kommune og stat. Det er NAV stat som har tiltaksmidler til arbeidsrettede tiltak men det vil i noen tilfeller være behov for at kommunen selv driver lavterskeltiltak. Et eksempel på dette er jobbfokus.

NAV Hordaland og Bergen kommune driver jobbfokus og FIA (Folk i arbeid) ved alle NAV-kontorene i Bergen og har svært gode erfaringer med disse tiltakene. Det stilles vilkår om oppmøte for å beholde stønad til ungdommene i tråd med regjeringens vedtak om aktivitetsplikt. Tiltaket tilbys målgruppen uavhengig av stønad som den enkelte har ved oppstart og kan også tilbys ungdom uten stønader.

2.3.6. Psykisk utviklingshemming og rus

Utviklingshemming innebærer alltid nedsatte kognitive ferdigheter, men også ulik grad av utfordringer når det gjelder motorikk, språk, sosial kompetanse og evne til å klare dagligdagse aktiviteter. Det er vanlig å dele inn diagnosen i lett-, moderat, alvorlig, og dyp psykisk utviklingshemming på bakgrunn av hvor store utfordringene er. Årsaken til utviklingshemmingen skyldes faktorer som kan oppstå både før- under- og etter fødsel. Utviklingshemming innebærer utfordringer eller sårbarhet som kan bety økt risiko for å utvikle sykdom eller lidelse, herunder rusmiddelproblemer²².

Det er gjort få undersøkelser av forekomsten av lett og moderat utviklingshemming blant ruspasienter. Mennesker med lettere psykisk utviklingshemming som bruker rusmidler har en økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Med andre ord har de en kortere ruskarriere før de får en ruslidelse. Forekomst av problematisk rusmiddelbruk blant utviklingshemmede øker med økende kognitiv funksjon. Det betyr at personer med lettere utviklingshemming, eller personer som er i grenselandet for å tilfredsstille diagnosekravene, har størst risiko for å utvikle rusmiddelproblemer²³.

Rustjenestene både i kommune og spesialisthelsetjenesten opplever at vanlige hjelpetiltak og behandlingsmetoder er utilstrekkelige for denne gruppen. Personer med utviklingshemming rapporterer også en negativ opplevelse i møte med standardiserte kommunale tjenester og standardisert rusbehandling.

2.3.7. Medikamentavhengighet

Med medikamentavhengighet forstås forbruk av ett eller flere vanedannende legemidler av en slik karakter at det forårsaker toleranseøkning og/eller abstinenssymptomer ved redusering eller når en avslutter behandling, samt at brukeren har en sterk trang til å ta medikamentene – ofte på tross av kunnskap om negative konsekvenser.

Medikamentavhengige personer bruker svært sjelden vanedannende legemidler fordi de ønsker en opplevelse av rus, men for å fungere normalt i hverdagen. Det handler i stor grad om å mestre det dagligdagse, være i jobb og ivareta familien, på tross av fysiske eller psykiske hindringer. Medikamentavhengige utgjør en egen kategori med spesielle behandlingsbehov og de har en annen identitet enn øvrige grupper av rusmiddelavhengige. God samhandling mellom pasient, fastlege og behandler i spesialisthelsetjenesten styrker tilfriskningsprosessen. Det vil ofte være den kommunale helsetjenesten ved fastlegene som følger opp pasientene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

²² Oddbjørn Hove, psykologspesialist (PhD); Psykisk utviklingshemming og omfattende generelle lærevansker. Foredrag og PP presentasjon, Helse Fonna 18. okt. 2016.

²³ S.K. Sauerlia, psykolog; Psykisk utviklingshemmede som bruker rusmidler: Kjennetegn, forebygging og behandlingsbehov i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Foredrag og PP presentasjon, Helse Fonna 18. okt. 2016.

Målsettinger:

- Skoleskulk i grunnskolen og Drop out i videregående skal reduseres gjennom styrket samhandling på individ- og systemnivå.
- Alle tjenester i kommunen som arbeider med rus- og avhengighetsproblematikk skal øke kompetanse på utfordringer knyttet til samtidig utviklingshemming og rusbruk
- Alle unge brukere under 30 år i NAV sosialtjeneste skal motta tilrettelagte aktivitets- og arbeidsrettede tilbud.

3. Åpne russcener og lavterskel helse- og omsorgstjenester

Visjon: Bergen kommune skal utvikle åpne russcener ved å gi hjelp til de som oppholder seg der. Bergen kommune skal ha høy tilgjengelighet og god kvalitet i lavterskel helse- og omsorgstjenestetilbudet.

3.1. Handlingsplan mot åpne russcener 2012-2017

Åpne russcener kan beskrives som offentlig tilgjengelige områder som mer eller mindre permanent preges av narkotikarelatert kriminalitet og ordensforstyrrelser, særlig knyttet til åpenlyst inntak av illegale rusmidler. Nygårdsparken var en av Nord-Europas største åpne russcener. I mars 2012 vedtok Bergen bystyre Handlingsplan mot åpne russcener. I forbindelse med stengning av Nygårdsparken for rehabilitering skulle det etableres flere og desentraliserte lavterskel helse- og sosialfaglige tilbud. Handlingsplan mot åpne russcener representerte et skifte fra tidligere innsats ved at den bygget på forskningsbaserte anbefalinger om tverrsektorielt samarbeid. Rent organisatorisk betyr dette at planens partnere, toppledelsen i politi, påtalemyndighet, Helse Bergen HF og Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering (BSBI), møtes hver annen måned i en koordineringsgruppe. Der drøftes strategiske grep for videre innsats. I tillegg møtes representanter for offentlige og ideelle gatenære tjenester hver 14. dag i en operativ gruppe mot åpne russcener, for å utveksle informasjon og dele erfaring.

Alle parter satser egne ressurser inn i arbeidet slik at personer med rusavhengighet har fått økt tilgang til ulike former for tjenester og hjelpetiltak. Resultatet er nyetablerte lavterskeltiltak, nye forsterkede boligtiltak som reduserer bruk av midlertidige botilbud, flere bosatt med booppfølging og økt antall pasienter i rusbehandling som følge av høy tilgjengelighet og halvert ventetid. Stengningen av Nygårdsparkens øvre del og den samtidige kontrollinnsatsen har ført til at den største åpne russcenen, er avviklet. I ettertid har det ikke etablert seg en tilsvarende stor åpen russcene i Bergen sentrum.

3.1.1. Åpne russcener, dagens situasjon

I umiddelbar nærhet av lavterskel hjelpetiltak, vil det i perioder være ansamlinger av rusavhengige, særlig knyttet til tiltakenes åpningstider. Det at brukere samles og snakker sammen utgjør i seg selv ikke en åpen russcene og trenger heller ikke oppfattes som en belastning for nærmiljøet. Erfaring fra MO-senteret Nesttun viser at lavterskeltjenester for mennesker i aktiv rus kan lykkes med å ivareta miljøet for naboer og brukere ved at tilbudet ved senteret også innbefatter virksomhet i et delvis skjermet og samtidig oversiktlig uteområde. I tillegg har de ansatte oppmerksomhet rettet mot samhandling mellom brukerne av senteret og nærmiljøet.

Ved Strax-huset i Damsgårdsveien har området hatt en negativ utvikling siden deler av rusmiljøet flyttet ut av sentrum. Det er i dag en etablert russcene der og belastningen for omgivelsene, naboer og forretningsdrivende er stor. I Vågsbunnen ved Kirkens bymisjon sitt lavterskeltiltak Møtestedet, meldes det også om sterk misnøye i omgivelsene med brukernes adferd rundt tiltaket. Nærmiljøarbeid i form av kontakt mellom tiltakene og nabolag er vektlagt i den opprinnelige handlingsplanen. Oppbygging av tillit mellom naboer, næringsdrivende og hjelpetiltak var ment å styrke brukernes opplevelse av Bergen som en inkluderende by. Nærmiljøarbeidet rundt disse to tiltakene synes bare i begrenset grad å ha lyktes.

Selv om en har avviklet den store åpne russcenen i Nygårdsparken og etablert desentraliserte tiltak, har altså den tverrsektorielle innsatsen ikke klart å hindre etablering av nye russcener utenfor enkelte av hjelpetiltakene. Å redusere og på sikt avvikle disse på en verdig måte, er viktig for både brukerne og naboene. Dette skal være en sentral del av innsatsen de neste årene.

3.1.2. Fortsetter arbeidet mot åpne russcener

Erfaring med arbeidet mot åpne russcener så langt, tilsier en omforent strategi for håndtering av negativ atferd i utsatte områder.

I et skadereduksjonsperspektiv er det positivt at rusavhengige har umiddelbar tilgang til rent brukerutstyr, helsehjelp, omsorg, mat og assistanse ved overdoser. Samtidig er skadepotensialet stort. Den fysiske nærheten mellom et hjelpetiltak og en russcene gjør at enhver bruker av hjelpetiltaket står i fare for å trekkes inn i, eller uforskyldt identifiseres av omgivelsene som del av et kriminelt og voldelig miljø. Desentralisering av hjelpetiltak og styrking av nærmiljøarbeidet rundt tiltakene skal fortsette slik at skadepotensialet for brukere så vel som nærmiljø reduseres.

En sterkere satsning på voldsforbyggende arbeid vil være avgjørende for å øke brukernes trygghet. Intern vold er et omfattende problem i rusmiljøet og også i de åpne russcenene. Et særtegn ved volden i åpne russcener er at den forekommer i det offentlige rom og i påsyn av andre. Vold i åpne russcener har sammenheng med mangel på formell og uformell sosial

kontroll. Utenforstående griper sjelden inn. Erfaringen gjør at miljøet oppfatter den interne volden som uten betydning for de som står utenfor miljøet. Dette representerer et tap av tillit til det generelle samfunnet og medfører ytterligere opplevelse av utenforskap. Volden anmeldes heller ikke til politiet, og skadde oppsøker i liten grad helsetjenesten. På den måten forblir volden, voldsutøver og offer «usynlige» for samfunnet.

Koordineringsgruppen i Handlingsplan mot åpne russcener nedsatte høsten 2016 en arbeidsgruppe som utredet prosjektmandatet for prosjekt «Sent ute». Mandatet ble presentert for oppdragsgivere i møte tidlig i 2017 og fikk sin tilslutning der. Formålet er å bidra til at personer i målgruppen, med en særlig utfordrende adferd som pågripes på åpne russcener, utredes for underliggende psykisk lidelse, tilbys adekvat helsehjelp og samordnede tjenester. Prosjektet er planlagt iverksatt fra våren 2018.

Erfaring fra andre lands tiltak mot åpne russcener, tilsier at innsatsen må sees i et ti- til femtenårsløp. Den tverrsektorielle innsatsen skal fortsette og den opprinnelige handlingsplanen skal rulleres. Det videre arbeidet må inkludere representanter fra prosjekter/tjenester som driftes av personer med brukererfaring. Ved å tilføre deres kompetanse vil en sikre kvaliteten i videreutvikling og tilpasning av eksisterende tiltak.

3.2. Lavterskel helse og omsorg, skadereduksjon

En av mange konsekvenser av langvarig og omfattende rusmiddelbruk, er reduksjon av hukommelse og oppfatning av tid. Flere rusmiddelbrukere har problemer med å forholde seg til timeavtaler i helse- og sosialtjenestene. Lavterskeltilbudene har faste åpningstider og ingen krav til henvisning av hensyn til dette. Effektive lavterskeltilbud har god tilgjengelighet, god kapasitet og har høy helse- og sosialfaglig kompetanse.

3.2.1. Mottak- og oppfølgingsentre (MO-sentre)

MO-sentre ble etablert som et av flere tiltak mot åpne russcener i Bergen. Sentrale verdier i møtet med brukerne er mening, mestring, deltagelse, fellesskap og oppmerksomhet på muligheter. Brukernes helsemessige og sosiale utfordringer er mangfoldige og komplekse. En viktig funksjon MO-sentrene har er å nå rusavhengige med råd og veiledning, omsorg og helsehjelp. MO-sentrene fungerer i tillegg som viktige sosiale arenaer for brukerne.

De tre MO-sentrene i Bergen har noe ulikt innhold. Tilbudene er innrettet slik at brukerne kan gjøre valg utfra behov og interessefelt. Alle sentrene tilbyr ulike aktiviteter og har gode besøkstall. MO-Wergeland tilbyr et bredt spekter av planlagte organiserte aktiviteter. MO-Nesttun har mer vekt på gruppeaktiviteter som inkorporeres i hverdagen på senteret. Strax-huset er det største senteret, og det har et bredt helse- og sosialfaglig tjenestetilbud på dag, kveld og natt.

Erfaringene fra MO-Nesttun skal ligge til grunn for etableringen av nytt MO-senter i Eidsvåg i 2018. Desentralisering av MO-sentre er en strategisk innsats blant annet for å redusere

pågangeren til Strax-huset og lavterskeltilbud i Bergen sentrum. Det er i den forbindelse behov for å gjøre en samlet vurdering av åpningstidene på MO-sentrene.

3.2.2. Smitteforebyggende arbeid og Hepatitt C

Personer som injiserer rusmidler har økt risiko for infeksjonssykdommer. En årsak er deling av brukerstyr, som sprøyte, filter, kokekar, snifferør med mer.

Smitteforebyggende arbeid er en kontinuerlig prosess. Tilgang til rent brukerstyr og helserådgivning er viktige virkemiddel for å forebygge smitteoverføring. I tillegg gir feilernæring større risiko for infeksjoner, så næringsrike måltider er også en del av det infeksjonsforebyggende arbeidet i lavterskeltiltakene.

Bergen kommune og Helse Bergen HF har en felles visjon om å utrydde hepatitt C blant personer med rusmiddelproblemer i Bergen innen de 10 neste årene. Hepatitt C er svært utbredt blant personer som injiserer rusmidler og det er anslått at mellom 70-80 % har kronisk hepatitt C. Sykdommen kan på sikt medføre skrumplever og leverkreft. Helse Bergen HF ved Avdeling for rusmedisin sin forskningsgruppe Bergen Addiction Research Group (BAR) og Bergen kommune skal gjennomføre et forskningsprosjekt hvor alle personer som har eller har hatt injiserende bruk av rusmiddel skal få tilbud om testing og eventuelt behandling for hepatitt C. Helse Bergen HF skal tilby dette til personer i LAR, mens Bergen kommunen skal gi samme tilbud til personer som ikke er i LAR. Prosjektet skal også utvikle effektive diagnostisering- og behandlingsforløp for målgruppen.

3.2.3. Sprøyterom/Brukerrom

I desember 2016 åpnet sprøyterommet i Bergen. Det er lokalisert til Strax-huset. På sprøyterommet skjer injisering under verdige forhold. Hygieniske rammer er ivaretatt og brukeren vet det er rask hjelp å få ved eventuell overdose.

Etter gjeldende Lov og forskrift er det kun lov å injisere heroin i sprøyterommet. Tilgangen på heroin i gatemarkedet styrer derfor bruken av tiltaket. I tillegg må mange avvises fordi de foretrekker andre rusmidler enn heroin. Tiltaket kan heller ikke brukes av de som røyker heroin. Dette til tross for at å endre praksis fra injisering til røyking er et viktig mål i forebygging av overdoser. Det arbeides for at forskriften skal endres slik at sprøyterommet kan benyttes av de som i dag nektes adgang. Forslag om endring av regelverket har vært fremmet i Stortinget og skal utredes av Helse og omsorgsdepartementet.

3.3. Narkotikadødsfall

Frem til 2011 døde det i underkant av 30 personer per år av overdose i Bergen. I perioden 2011 til 2014 har antallet ligget mellom 31 og 36 overdosedødsfall. I 2015 var det en nedgang til 17 overdosedødsfall. I 2013 vedtok Stortinget nullvisjon for overdosedødsfall. Dette var utgangspunktet for at Helsedirektoratet etablerte «Nasjonale overdosestrategi 2014-2017» der Bergen kommune deltar i den nasjonale arbeidsgruppen direktoratet nedsatte. Bergen kommune er også pilotkommune, og har en prosjektstilling knyttet til arbeidet med å forebygge overdoser. Bergen bystyre vedtok Handlingsplan for forebygging av overdoser og

overdosedødsfall i bystyresak 43/17. Handlingsplanen er forankret i tidligere vedtatte planer og bygger opp under lokal, nasjonal og internasjonal forskning.

Bergen kommune har iverksatt en rekke overdoseforebyggende tiltak:

- SWITCH kampanjen har som mål å motivere brukere til å endre inntaksmåte til å røyke heroin fremfor å injisere. Røyking fører til lavere risiko for overdoser.
- Varslingsrutine om sterkt eller urent rusmiddel i omløp.
- Kurs i hjerte- og lungeredning.
- Opplæring av brukere, pårørende og ansatte i bruk av Nalokson neseppray (motgift mot opioider).
- Etablering av sprøyterom 23/12-2016.

Bergen kommune har et engasjement for og fokus på å ivareta etterlatte etter narkotikarelaterte dødsfall. Pårørende har behov for gode og lett tilgjengelige tjenester. Retningslinje for lokale kriseteam og oppfølging av etterlatte etter selvmord er revidert slik at tjenestetilbudet også gjelder etterlatte etter dødsfall som følge av overdose. Videre samarbeider Bergen kommune med pårørendeorganisasjoner på flere områder, mellom annet rundt arrangementet som markerer verdens overdosedag 31.august. Høgskulen på Vestlandet bidrar med forskning knyttet til temaet «etterlatte etter narkotikarelaterte dødsfall», der Bergen kommune deltar.

Ambulant overdoseteam

I tråd med Handlingsplan for forebygging av overdoser og overdosedødsfall etablerer Bergen kommune et ambulant overdoseteam høsten 2017. Hovedmålet er å sikre oppfølging av overdoseutsatte etter en ikke-dødelig overdose. Teamet vil derfor ha oppmerksomhet på sårbare overganger som løslatelse fra fengsel og ikke planlagte utskrivelser fra rusbehandling.

Ambulerende overdoseteam skal også arbeide oppsøkende i særlig risikoutsatte rusmiljøer. Overdoseteamet skal ha tett oppfølging av de som har overlevd en overdose og de man anser er i særlig risiko for overdoser. Bergen kommune ønsker å etablere et overdoseforløp i samarbeid med Helse Bergen HF og andre aktører innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

3.4. Lavterskel arbeidstiltak

Parallelt med åpningen av de nye MO-sentrene i 2014 ble tilbudet i regi av Dagsverket ved ALF as, styrket med arbeidsgrupper rekruttert på Strax-huset og MO-Nesttun. Hvert senter har 10 plasser fordelt på to arbeidslag to dager i uken. Ved inntak til Dagsverket blir det gjort en vurdering av den enkelte deltagers ruspåvirkning. Dette har betydning for arbeidsinnsats så vel som for sikkerheten. Brukerne kan arbeide inntil fire timer for en lønn på kr. 50 per time. Lønn utbetales i kontanter når dagens arbeidsforhold avsluttes.

Bergen kommune besluttet høsten 2014 å utvide Dagsverket med fem nye plasser. Tilbudet til brukere som oppholdt seg i Vågsbunnen ble styrket. Dagsverket er populært blant brukerne,

og mange viser stor arbeidsvilje. Særlig stor er rekrutteringen blant brukerne på Strax-huset. Disse arbeidslagene er blitt et positivt innslag i nærmiljøene der de rydder og deltakerne opplever ikke sjelden positiv oppmerksomhet fra forbipasserende.

3.5. Rus og psykisk helse (ROP)

Bergen bystyre vedtok i oktober 2016 Plan for psykisk helse 2016 – 2020 – Gode liv i et inkluderende samfunn. Planen beskriver nærmere utfordringer og målsettinger for personer med samtidige rus- og psykisk helseutfordringer (ROP).

Rus- og psykisk helseutfordringer opptrer ofte samtidig. Noen ganger er bruk av rusmidler den utløsende faktoren for psykisk lidelser, andre ganger kan den komplisere den psykiske lidelsen og behandlingen av den. Det er også vanlig at psykisk syke kan bruke rusmidler for å dempe ubehagelige symptomer.

Mange personer med disse helseutfordringene er mangelfullt utredet for sine psykiske helseplager. I arbeidet med personer med samtidige rus- og psykiske lidelser er det viktig å ta utgangspunkt i den enkelte sitt funksjonsnivå. Jfr. Brukerplan kartleggingen i 2015 viser resultatene at langt flere med ROP-lidelser, scorer svært lavt innen samtlige funksjonsområder enn hos kartlagte med kun rusmiddelproblemer eller kun psykiske problem. Personer med samtidige rus- og psykiske lidelser er en svært sårbar og utsatt gruppe. Samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivå, basert på en recoveryorientert tilnærming, er avgjørende for gode resultater.

Det er mangel på hensiktsmessige boliger med tilpassede booppfølgingstjenester til brukere med ROP-lidelser. Brukerne blir ofte mangelfullt utredet og behandlet i spesialisthelsetjenesten. Den etablerte samhandlingsavtalen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, ROP-forløpet, er ikke tilstrekkelig implementert. Ansvarsforholdet mellom forvaltningsnivå og etater i kommunen må avklares bedre. Mange mangler kriseplaner for å få rett hjelp til rett tid. En stor andel av disse brukerne er utenfor arbeidslivet selv om de har både ønske om og kapasitet til å arbeide.

IPS – Individuell jobbstøtte er en metodikk utviklet i USA på 1980-tallet. Metodikken har vært prøvd i Bergen på forskjellige målgrupper, inkludert personer med moderate til alvorlige psykiske helseplager. Den senere tid er IPS modellen også blitt tilgjengelig for personer med rusproblemer. IPS-metodikken tar utgangspunkt i at brukers motivasjon for å jobbe samsvarer med arbeidsgivers bemanningsbehov. Fokus er rask retur til ordinært lønnet arbeid. Jobbspesialistene, utpekte ansatte i NAV, kobler bruker med aktuell arbeidsplass og følger tett opp både bruker og arbeidsgiver. Metoden vurderes som anvendelig også for brukere med ROP-lidelser.

3.6. Krisesentertilbud til personer med rusmiddelproblemer

Personer i aktiv rus har høy risiko for voldsutsatthet. Likevel er krisesentertilbudet for voldsutsatte rusavhengige ikke tilrettelagt for denne gruppen. Barne-, ungdoms- og

familiedirektoratet (Bufdir) har igangsatt et utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet til voldsutsatte med særlige utfordringer knyttet til rus, psykiatri og funksjonsnedsettelse. Dette er i tråd med formålsparagrafen i Lov om kommunalt krisesentertilbud.

Bergen kommune skal inngå ny avtale om krisesenterdrift fra 2018. Et fremtidig krisesentertilbud må ikke ekskludere rusavhengige. Det må også sikres at personer som er stabilisert på substitusjonsmedisiner, kan få disse utdelt i krisesenteret. I dag må de forlate tryggheten i senteret for å hente sin medisin annet sted.

3.7. Akuttovernatting og midlertidige botilbud

Bergen har et akutt overnattingstilbud til rusmiddelbrukere som har behov for det. Det stilles ikke krav til søknad eller saksbehandling. Plassene fordeles ut fra «først til møllen» prinsippet. Kommunen har avtale med Kirkens bymisjon og Frelsesarmeen om 12 slike plasser, i tillegg til 6 egne plasser på natthjemmet på Strax-huset.

Bergen har siden begynnelsen av 2000-tallet jobbet med å stille kvalitetskrav til leverandører av midlertidige botilbud (hospits) blant annet for å avvikle useriøse leverandører. I 2017 har kommunen avtale med to leverandører av midlertidige botilbud med kvalitetsavtale uten døgntilsyn.

I juni 2017 ble det etablert nye avtaler mellom Bergen kommune og leverandører av midlertidige botilbud i regi av ideelle organisasjoner. Det ble også inngått avtaler med leverandører av institusjonstilbud med rehabiliteringsplasser for rusavhengige. Hensikten med disse avtalene er blant annet å øke innslaget av kvalitet og omsorg og kunne tilby differensierte plasser ut fra den enkelte bruker sitt behov.

3.8. Spesialisthelsetjenesten

Helse Bergen HF, Avdeling for rusmedisin (AFR), etablerte i 2014 en lavterskel poliklinikk for rask oppstart i LAR. På M31 kan personer fra miljøet møte opp uten tilvisning og få tilbud om vurderingssamtale samme dag. Tilbudet er særlig aktuelt for opioidavhengige. Andre rusmiddelavhengige vil også få vurdering av behandlingsbehov og eventuelt bli hjulpet videre i behandlingsapparatet.

Helse Bergen HF drifter også Akuttposten som er plassert i tilknytning til Bergen legevakt. Der mottas pasienter for akutt medisinsk undersøkning, akutt avrusing og kortere avgiftingsforløp. Akuttposten bidrar også til at pasienter som ønsker behandling hjelpes videre til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Målsettinger:

- Den tverrsektorielle innsatsen mot åpne russcener skal videreføres gjennom rullering av handlingsplan.
- Medarbeider med brukererfaring i gatenære tjenester skal inviteres til å delta i operativ gruppe.
- Personer med adferdsutfordringer knyttet til vold, som oppholder seg over tid på åpne russcener, skal ved evt pågrep tilbys utredning for mulig underliggende psykisk lidelse gjennom prosjektet Sent ute.
- Bergen kommune skal styrke det voldsforebyggende arbeidet gjennom økt helse- og sosialfaglig tilstedeværelse på åpne russcener.
- MO senter i Eidsvåg skal etableres.
- Utrydde Hepatitt C i Bergen innen ti år.
- Det skal etableres flere differensierte botilbud, blant annet boliger for personer med samtidige rus- og psykisk helse utfordringer.
- Samhandlingsavtalen om pasienter med samtidige rus- og psykisk helse utfordringer mellom Bergen kommune og Helse Bergen HF (ROP-forløpet) skal implementeres i alle psykisk helse, -rus - og sosiale tjenester.
- Alle personer med samtidige rus- og psykisk helse utfordringer skal få tilbud om individuell plan, kriseplan og funksjonell ansvarsgruppe.
- Å ansette en egen IPS-koordinator (Individuell jobbstøtte) for personer med samtidige rus- og psykisk helse utfordringer.
- Ny avtale om krisesentertilbud fra 2018 må inkludere tilbud til personer i aktiv rus.
- Bergen kommune skal arbeide for å endre sprøyteromsforskriften til å omfatte flere typer rusmidler og rusinntaksmåter.
- Det skal etableres et ambulant overdoseteam i Bergen.
- Verdens overdosedag 31.august skal markeres årlig i Bergen.

4. Habilitering og rehabilitering

Visjon:

Bergen kommune skal være en foregangskommune i arbeidet med å tilrettelegge for sømløse brukerstyrte rehabiliteringsprosesser, rehabiliteringstjenester- og tiltak.

4.1. Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering handler henholdsvis om å lære seg nye ferdigheter og om gjenreisning til tidligere funksjonsnivå; å utnytte sitt potensiale og sine ressurser for å leve et godt liv. Rehabilitering og habilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler. Flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå mest mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse på forskjellige samfunnsarenaer. Gode habiliterings- og rehabiliteringsinnsats krever kontinuitet og tid.

Alle som leverer tjenester til rusavhengige må fortløpende forholder seg til pasientens egen vurdering av tilstand og motivasjon for behandling. Hvis tjenestene som tilbys er mest mulig hensiktsmessige i forhold til pasientens egenvurdering, kan man også forvente betydelig bedre resultater av behandlingen.

For å lykkes i en habilitering- og rehabiliteringsprosess vil det ofte være behov for oppfølging i forhold til flere livsområder som eksempelvis bolig, økonomi, psykisk - og fysisk helse, nettverk, fritid og arbeid i tillegg til rusbehandling. Å få til et godt samarbeid og koordinering er en utfordring. Det må i større grad tilstrebtes at den enkelte får sømløse behandlingsforløp; kontinuitet i oppfølgingen før, under og etter behandling.

4.2. NAV sosialtjeneste

De ulike tjenestene brukerne har behov for kan være ansvarsplassert i ulike deler av kommunen; innen samme etat, på tvers av etater i samme byrådsavdeling, og på tvers av byrådsavdelinger. Likeledes vil det ofte være behov for koordinerte tjenester fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. NAV sosialtjeneste har en sentral rolle i oppfølging av personer med rusproblemer gjennom å tilby råd, veiledning og hjelpetiltak. NAV sosialtjeneste har sammen med bruker ansvaret for å utvikle individuelle rehabiliteringsopplegg og tilby individuell plan (IP) til personer som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester.

Alle NAV sosialtjenestene har egne veiledere med bred kompetanse på rusproblemer som skal tilby individuell helhetlig oppfølging og koordinere tjenester før, under og etter rusbehandling og/eller fengselsopphold. Sosialtjenesten tilbyr midlertidig botilbud til

bostedsløse, gir booppfølgingstjenester til personer med rusproblemer og kan henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

4.2.1. Rus- og avhengighetsbehandling

Rusmiddelavhengige som henvender seg til NAV-kontoret med behov for behandling, er ingen ensartet gruppe. Det er store variasjoner både med hensyn til omfang og type rusmiddelbruk, sosiale forhold og psykisk og somatisk helsetilstand. Sammenhengen mellom rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser er veldokumentert.

BrukerPlan undersøkelsen i Bergen i 2015 viste at det var 1376 personer som ble vurdert å ha samtidige rus- og psykisk helse problemer. 288 av disse ROP brukerne ble vurdert å ha et kritisk dårlig funksjonsnivå. En viktig samarbeidsutfordring - som involverer både pasienten, TSB og NAV - vil derfor være å få til en samordnet vurdering omkring hva som er den rusmiddelavhengige sitt behov for spesialisert behandling, hva som mer går i retning av omsorg/langsiktig sosial habilitering og rehabilitering, og hvordan det enkelte individuelle pasientforløp skal koordineres.

En annen utfordring er å bygge ned terskler slik at det blir en enkel, rask og brukerstyrt prosess for å komme til kartlegging, utredning og beslutning om videre oppfølging av brukeren sine rusmiddelproblemer. Helsedirektoratet arbeider med å utforme pakkeforløp for TSB. Pakkeforløp skal bidra til økt fokus på pasientens ressurser, bedre samhandling og likeverdig behandling.

4.2.2. Retningslinje for samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Bergen kommune og Helse Bergen HF har inngått avtale innen rusmedisin og psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Bergen (Tjenesteavtale 3-5). Tjenesteavtalene er retningslinjer for samarbeid før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten for pasienter som har behov for tjenester fra Bergen kommune. Formålene er blant annet å sikre sammenheng i behandlingsforløpet og sikre at tjenester ytes på rett nivå til rett tid.

4.2.3. Arbeid og aktivitet

Arbeid og aktiviteter representerer utviklingsmuligheter og sosialt fellesskap. Erfaringsmessig er det vanskelig å komme i arbeid for personer som har stått lenge utenfor arbeidslivet eller har manglende erfaring fra arbeidslivet. Tett individuell oppfølging i et helhetlig perspektiv synes å være et suksesskriterium jfr. ulike forskningsbaserte evalueringer²⁴. Inkludering i arbeidslivet medfører læring av sosiale regler og koder for samvær. Det styrker mulighetene til å utvikle en ny sosial identitet med endret livsstil og nye hverdagsrutiner²⁵.

Mange personer med rusmiddelproblemer har behov for hjelp til å komme i gang med en aktivitet. Flere har drevet med aktiviteter tidligere og ønsker opplevelsen av å gjøre noe

²⁴ UNI Helse: Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport.

²⁵ Høgskolen i Sør-Øst Norge: Fra outsider til A4. Forskningsrapport nr. 1/2016

meningsfylt. Gjennom aktiviteter kan en få muligheter å treffe vanlige mennesker utenom familienettverket og hjelpeapparatet. Aktiviteter og deltagelse omkring fellesinteresser er viktig for å bygge gode sosiale nettverk og bygge identitet som ikke er knyttet til rusmiddelbruk.

Utover hele NAV sitt tjenestespekter motiverer sosialtjenestene for bruk av ALF as sine tiltak, som vaskeri, ryddegrupper og hotelldrift, og har etablert tiltak som Arna aktiv og Fritid med bistand i Fyllingsdalen hvor rusavhengige gis aktivitets- og arbeidstilbud. Det er innført aktivitetsplikt for mottakere av økonomisk sosialhjelp i aldergruppen 18-30 år.

Aktivitetsplikten omfatter også personer med rusproblemer, også de som står lengre fra arbeidsmarkedet. NAV sosialtjeneste skal utvikle og utvide flere arbeidsrettede og aktivitetsrettede tilbud i flere bydeler til personer med rusmiddelproblemer som er i et rehabiliteringsløp, herunder økt bruk av tiltak i regi av frivillige/ideelle organisasjoner. Bergen kommune har som mål å presentere egen handlingsplan for arbeid og aktivitet i planperioden.

4.3. Bolig

Mangel på tilrettelagte boliger til personer med rusmiddelproblemer er fortsatt en utfordring. I oppfølgingen av Boligmeldingen fra 2006, ble det igangsatt et boligprogram for å anskaffe 400 flere utleieboliger til bruk for husstander i «boligkøen», jfr. Bystyresak 197/07.

Sommeren 2017 er drøyt 370 av de totalt 400 boligene tatt i bruk, og det er i sak bystyresak 43/17, 22.02.2017, vedtatt en ny handlingsplan for ytterligere 250 flere kommunale utleieboliger.

I boligprogrammet har en de senere år prioritert å anskaffe boliger for særskilte grupper, og flere anlegg for rusmiddelavhengige har blitt tatt i bruk. I anleggene i Bjørnsonsgate, på Lonemarka, Grunnane, og i Merkurvegen gis det botilbud som er differensierte, og der den enkelte beboer kan gis oppfølging og tjenester tilpasset mestring og behov.

Ved årsskiftet 2014/2015 var boligkøen på 445 husstander. Ved inngangen til 2016 var køen redusert til 362, mens det pr juni 2017 kun var 201 husstander registrert som ventende til kommunal utleiebolig. Køen har dermed blitt halvert de siste årene, og vil med det nye boligprogrammet og en fortsatt prioritering av å gi tilbud om bolig med samtidige tjenester kunne fortsette å synke.

De fleste som etterspør en kommunal utleiebolig er enkeltpersoner. Mange har utfordringer knyttet til rus, og har behov for bolig med 1-2 rom. Behovene til den enkelte er ulike og mangfoldige og kommunens utleieboliger må derfor imøtekomme og understøtte mange forskjellige behov. Å finne gode løsninger krever nytenkning og tett samarbeid på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivåer.

Det pågår nå planlegging av det nye boligprogrammet. Tjenestene i kommunen har god oversikt over brukere og behov, og i fellesskap prioriterer en hvilke anlegg som skal utvikles. I tabellen under fremgår hvilke anlegg en i første omgang skal prioritere å utvikle. Noen av

boligene vil kunne bygges med investeringstilskudd fra Husbanken, og dermed kunne benevnes Omsorgsbolig, jfr omtalen i kapittel om Pleie- og omsorgstjenester noe senere.

Målgruppe	Kartlagt behov for boenheter i planperioden	Boligtype/beskrivelse	Drift
I. Personer med særlig utfordrende og sammensatt problematikk	3	Frittstående eneboliger	Ambulant oppfølging
	9	Småhus/Hardbrukshus Samlokaliserte boliger, eksempelvis 3 hus à 3 tomter	
II. Personer med utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser, som også ruser seg	6 + personalbase	Bofelleskap Skjermede enheter 1 anlegg/bygg	Døgndrift Vektertjenester Samordnet tjenestebehov
III. Personer med kognitiv svikt som følge av rus	6	Enkeltleiligheter i samme bygg/oppgang	Ambulant oppfølging
IV. Personer med dobbeltdiagnoser - rus og psykiatri (ROP)	8 + personalbase	1 anlegg (4+4) Anlegg delt i to halvdelar à 4 beboere, adskilt av personalbase i midten	Døgndrift Tilsyns- og tjenestebehov
V. Personer med alvorlige psykiske lidelser	15	4-6 boenheter fordelt på 2-3 bydeler	Lokalisert i tilknytning til eksisterende tjenester
VI. Personer som lever med aktiv rus (rusavhengige)	15 + personalbase	1 anlegg/bygg 15 enheter/leiligheter beregnet for en persons husholdning	Døgndrift Vektertjenester Tilsyns- og tjenestebehov

I arbeidet med å øke antall kommunale utleieboliger er det særdeles viktig å unngå å etablere boligtiltak i områder som allerede har høy tetthet av kommunale utleieboliger, og relativt høye forekomster av negative levekårsindikatorer. En fortsatt satsning på å øke boligporteføljen og en fortynning i boligmassen er nødvendig om kommunen skal oppnå målsettingen om å redusere bruken av midlertidige boliger. Samtidig må det sikres et godt egnet og bredt tilbud av boliger og tjenester for de som trenger det mest.

4.3.1. Tjenester i egen bolig

Kommunen har en rekke booppfølgingstilbud til personer med rusmiddelproblemer. Sosialtjenestene skal ha et særskilt fokus på boligløse i Bergen kommune. Sosialtjenesten skal ved en prioritert ressursbruk og metodisk sosialfaglig arbeid medvirke til varige

boligløsninger og bidra til at vanskeligstilte beholder sine boliger. Booppfølging har derfor fått en sterk prioritet slik at flere kan beholde sin bolig. I tillegg til booppfølgingstjenester ved de åtte NAV kontorene, er det etablert en byomfattende booppfølgingstjeneste, Sosiale botjenester som har hovedansvaret for oppfølging av personer i egen bolig. I løpet av 2016 var det 596 personer som fikk individuell oppfølging i egen bolig. I tillegg er Housing First-metoden videreført i kommunal regi i 2017 som en del av Sosiale botjenester.

Botreningsssenteret er en byomfattende tjeneste for personer med rusmiddelproblemer og består av 3 avdelinger for 3 ulike målgrupper. Avdeling Gyldenpris er et tiltak for mennesker som ønsker rehabilitering. Avd. består av gjennomgangsboliger hvor man med utgangspunkt i beboernes egne handlingsplaner jobber recoveryorientert. Etter endt opphold på Gyldenpris, flytter beboerne videre til ordinære kommunale boliger med minimum ett års videre oppfølging. Botreningsssenteret gir også individuelt tilpasset oppfølging til personer uten botid på Gyldenpris. Avd. Kringsjøveien er permanente boliger for personer med ROP-lidelser og avd. Stubsgate er for kvinner. Beboerne bor i egne leiligheter og er tilknyttet personalbase i bygget for oppfølging og fellesaktiviteter.»

Myrsæter bo og rehabiliteringssenter er et byomfattende tilbud for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og et avklart rusproblem. Tiltaket er rusfritt. I samarbeid med brukeren jobbes det med kartlegging, endring, rehabilitering, stabilisering og rusmestring. Myrsæter bo- og rehabiliteringssenter har to underavdelinger: Landåsveien Bofelleskap og Vågsbotn Botilbud. Ved avdeling Landåsveien og Vågsbotn bor beboerne i egne leiligheter, og er tilknyttet personalbase i bygget for oppfølging og fellesaktiviteter.

4.3.2. Trygge bomiljø

Utleie av kommunale utleieboliger følges av ordinære husleiekontrakter og er hjemlet i husleieloven. Boligen som kommunen leier ut, vil i likhet med ethvert annet leieforhold, defineres som beboers private hjem. Kommunen som utleier kan ikke avtale vilkår som for sterkt griper inn i leietakers naturlige rettigheter i sitt private hjem. Imidlertid er det slik at hvis leietakers atferd fører til uro og uorden, skadeverk eller forsøpling, vil utleier kunne gripe inn.

Oppfølging av beboere med særlige behov er helt avgjørende for å unngå både fysisk og sosialt forfall i og rundt boligene. Som huseier har kommunen et betydelig fokus på denne utfordringen. For Bergen kommune er det sentralt å kunne levere boliger som er tilpasset alle grupper som har behov for kommunal boligtildeling og det er et omfattende tverretattlig samarbeid rundt oppfølging av enkelte leieforhold. For å sikre ro og orden er det etablert egne vektertjenester ved noen boliganlegg. Kommunens tekniske konsulenter er jevnlig til stede i boområdene der de har tilsyn med både uteområder og selve bygningene. De kan også tilkalles når dette er nødvendig. Fra tid til annen oppstår situasjoner hvor enkelte beboere viser en atferd i form av trusler og utøvelse av vold, som kan være en belastning for ansatte og andre beboere. Kommunens boligforvalter, i samråd med tjenesteapparatet for øvrig, må da vurdere om det er behov for at leietaker flytter og ikke oppholder seg på adressen.

4.4. Pleie- og omsorgstjenester

Omfattende og langvarig rusmiddelbruk i kombinasjon med fattigdom og en marginalisert tilværelse har negative konsekvenser for helse. En undersøkelse fra ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger i perioden 2009 – 2012 viste at pasientene som inngikk i undersøkelsen, hadde i gjennomsnitt mer enn fire somatiske diagnoser.²⁶ Mange personer med langvarige og omfattende rusmiddelbruk har også psykiske tilleggslidelser. Erfaringsmessig får personer i denne brukergruppen behov for pleie- og omsorgstjenester i yngre alder enn det som er vanlig for befolkningen for øvrig, og har behov for særlig tilpassede pleie- og omsorgstilbud. Bergen kommune har et tilbud på B sykehuset på Laksevåg for en liten og stabil gruppe pasienter, hovedsakelig eldre alkoholbrukere. Tilbudet til denne gruppen skal videreføres.

Tilpassede pleie- og omsorgstjenester for personer med pågående intravenøst rusmiddelbruk mangler for en stor del i Bergen kommune. Det er en prioritert oppgave i planperioden å utvikle egne tilpassede omsorgsbolig+ og sykehjemsplasser for denne målgruppen.

Målsettinger:

- Å etablere flere tilpassede omsorgsbolig+ og sykehjemsplasser til personer med rusmiddelproblemer og behov for pleie og omsorgstjenester.
- NAV sosialtjeneste skal etablere flere aktivitets- og arbeidsrettede tiltak for personer med rusmiddelproblemer.
- Bergen kommune skal samarbeide med samarbeidspartnere og brukerforeninger for å vurdere mulighetene for å etablere mer brukerstyrte behandlingsforløp.
- Ulike boliger, boligtyper og boformer tilpasset målgrupper med rusrelaterte helseutfordringer og ROP-lidelser er prioritert i anskaffelsesprosessen av nye boliger.
- Det skal ansettes MB (medarbeidere med brukererfaring) og erfaringskonsulenter alle tjenestene til personer med rusmiddelproblemer.
- Øke kompetansen på recovery som tilnærming i alle tjenester i kommunen som arbeider med rus- og avhengighetsproblematikk.
- Utarbeide kommunal handlingsplan for arbeid og aktivitet.

²⁶ Dalen, Holmen, Nordahl: Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk. No. 2, 27. januar 2015
Tidsskrift Norsk Legeforening 2015

5. Samarbeid

Visjon:

Bergen kommune skal være en ledende kunnskapskommune på rusfeltet.

5.1. Forskning og utviklingsarbeid

Både på psykisk helsefeltet og rusfeltet har det over de siste tiårene skjedd en betydelig innovasjon og utvikling med en rekke nye tilbud i kommunene. Dette har skjedd parallelt med at store oppgaver er flyttet fra spesialisthelsetjenestene til kommunene som følge av statlig politikk. En del av dette er finansiert ved nye midler til kommunene. Ressursene knyttet til forskning og utvikling er imidlertid fortsatt hovedsakelig knyttet til institusjonene i spesialisthelsetjenestene.

I alle nyere dokumenter om strategier for forskning på psykisk helse og rus omtales prioritering av kommunene, men lite har skjedd i praksis.

Samtidig som de kommunale tjenestene har jobbet med utvikling av nye tjenester og nye tilbud, har også mange av de kommunalt ansatte skaffet seg kompetanse på masternivå. Disse ansatte arbeider stort sett med ledelse eller har tiden fullt belagt med direkte brukerrelatert arbeid. Disse har i liten grad fått utnytte sin kompetanse til forskning og evaluering.

Det har vært forskningsprosjekter initiert fra Høgskoler og universiteter der kommunale tjenester er i fokus, men mye gjenstår. En del nye nasjonale programmer har hatt en følgeforskning. Eksempler på det siste er nasjonale satsinger som ACT (oppsøkende behandlingsteam), Housing first, IPS (Individuell jobbstøtte) og Rask psykisk helsehjelp, og Høgskulen på Vestlandet samarbeider med etat for psykisk helse og rustjenester om å forske på «etterlatte ved narkotikarelatert død i et recoveryperspektiv»

Av lokale forskningsinitiativ har Universitetet i Bergen og UniResearch forsket på endringer i åpne russcener etter at deler av Nygårdsparken ble stengt. Helse Bergen HF ved avdeling for rusmedisin har initiert et samarbeid om forskning på Integreert Hepatitt C behandling hos pasienter med injiserende rusavhengighet.

De ulike kommunale botilbudene, som ressursmessig står for den langt største ressursinnsatsen på rus- og psykisk helse området, er altfor lite studert og evaluert. Det samme gjelder eksempelvis lokale tilbud innen fritid, kunst/kultur, aktivitet, arbeid, fysisk aktivitet og tilbudene i de nye MO-sentrene.

«Kunnskapskommunen» i Byrådsavdeling for helse og omsorg er et formalisert samarbeid mellom Bergen kommune og Universitetet i Bergen (UiB), Høgskolen i Bergen (HiB), Uni Research Helse, Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Folkehelseinstituttet om forskning, innovasjon og utdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering skal etablere en FOU-enhet for psykisk helse og rus som skal samordnes med tilsvarende enhet «Kunnskapskommunen». FOU-enheten skal finansieres ved en kombinasjon av kommunale budsjettmidler og eksterne forskningsmidler. I nær dialog med praksisfeltet og brukere vil en øke kunnskapen om hva som er virksom hjelp. FOU-enheten må videre samarbeide nært med forsknings- og kunnskapsmiljøene lokalt og være oppdatert på den faglige utviklingen nasjonalt og internasjonalt.

Som et ledd i forsknings- og utviklingsarbeidet på rusfeltet skal Bergen kommune benytte samarbeidsråd og andre fellesorganer med høyskoler og universitet til å fremme brukererfaringer som en integrert del av profesjonsutdanningene.

5.1.1. Morgendagens utfordringer

Narkotikamarkedet har forandret seg de siste årene, og internett er blitt en stadig viktigere omsetningskanal. I løpet av første halvår 2015 ble det beslaglagt over 200 000 brukerdoser av nye psykoaktive stoffer (NPS) i Norge. Mange av stoffene er giftige og har ført til dødsfall. Kunnskap om de nye rusmidlene og utfordringene som følger med er spesielt viktig for forebyggende innsats.²⁷

Fra det europeiske monitoreringscenteret for narkotika og narkotikaavhengighet (EMCDDA) sin rapport for 2016 fremkommer det at narkotikamarkedet er blitt mer sammensatt: nye stoffer tilbys side om side med mer etablerte stoffer. Det er tegn på at legemidler får større betydning og blandingsbruk er normen blant personer med narkotikaproblemer. Mottiltak vanskeliggjøres av at produksjonen av cannabis, syntetiske stoffer og til og med enkelte opioider og nye psykoaktive stoffer nå finner sted i Europa, nær brukermarkedene.²⁸

Hver vår og høst siden året 2002 utarbeider Kompetansesenter rus vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene, trendrapporten Førre Var. Langtidstrendene her viser en nedgang i tilgjengelighet og bruk av heroin, en økning i tilgjengelighet og bruk av sentralstimulerende stoffer som amfetamin, ecstasy/MDMA samt en økning i tilgjengelighet og bruk av cannabis.

Bergen kommune skal så langt det lar seg gjøre bistå ulike forsknings- og kompetansemiljøer i kartlegginger og forskning. Ny kunnskap er nødvendig for kommunal tjenesteutvikling, både innen forebygging, behandling og rehabilitering. På bakgrunn av internasjonale og lokale trendanalyser vet en at Bergen i årene som kommer vil ha en økende andel rusavhengige som primært ruser seg på sentralstimulerende og psykoaktive stoffer. Sammenliknet med heroinavhengige mangler en bredde i tiltak for denne typen avhengighet. Bergen kommune ønsker et samarbeid om forskning på og iverksetting av tiltak som kan hjelpe denne gruppen sammen med spesialisthelsetjenesten og andre relevante aktører.

²⁷ Tuv et al. 2016: Nye rusmidler rett fra nett. Tidsskrift Norsk Legeforening 2016, 136:721-3

²⁸ EMCDDA: European Drug Report 2016.

5.2. Brukerplankartlegging

Det er gjort tre omfattende kartlegginger i Bergen med verktøy BrukerPlan. I brukerplanen er det de som yter kommunale tjenester som svarer på spørsmål om brukere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer, og hvordan personen fungerer i dagliglivet. Det måles på følgende indikatorer: rusmidler, økonomi, psykisk helse, fysisk helse, bolig, sosial fungering, nettverk og arbeid/aktivitet. Kartleggingene ble gjennomført i 2014, 2015 og 2017.

I 2017 ble 1641 personer kartlagt. Av disse hadde 1280 samtidige rusrelaterte og psykiske problemer (ROP). 205 av de kartlagte med ROP-lidelser, ble vurdert til å ha et kritisk dårlig funksjonsnivå med omfattende tjenestebehov.

Mange av brukerne med dårlig eller kritisk dårlig funksjonsnivå har høy tilstedeværelse på de åpne russcenene. Flere benytter hyppig lavterskel helse- og omsorgstilbudene. Av alle som er kartlagt i brukerplankartleggingen i 2017 er råd og veiledning fra NAV (71 %) og fastlege (76 %) de tjenestene som er mest brukt.

Brukerplankartleggingen 2017 vil bli presentert i egen rapport.

5.3. Brukermedvirkning

En mer recoveryorientert praksis og flere ansatte med egenerfaring på alle nivå i tjenestene, vil styrke muligheten for å få til en reell og gjennomgående brukermedvirkning.

Brukermedvirkning på det individuelle plan er primært et spørsmål om en grunnleggende holdning hos den enkelte ansatte. Det å anerkjenne brukernes rett til å bestemme over seg selv, og også anerkjenne hans eller hennes kompetanse på sitt eget liv, er sentralt. Samtidig er det viktig å ta hensyn til at myndiggjøring er en prosess. Noen trenger tid til å bli fortrolig med å ta ansvar for å definere egne behov og valg. For alle som trenger koordinerte tjenester er en Individuell plan (IP) med koordinator og en ansvarsgruppe, gode verktøyer. Det er avgjørende at planen reflekterer brukerens egne ønsker og mål, og at disse blir styrende for hjelpen som tilbys.

De siste årene har det vært et særlig fokus på å utvikle brukerinnflytelse på tjenestenivå. Botilbudene, MO- sentrene og aktivitetsbaserte tiltak gjennomfører jevnlig allmøter, og ved enkelte tiltak gjennomføres valg av tillitspersoner i brukergruppen. Noen steder er det viktig at de ansatte bruker sin kreativitet og faglighet for å finne andre systemer enn tradisjonelle allmøter, for å bli kjent med brukernes synspunkter på tilbudet og ønsker om endringer. Økt brukerinnflytelse har vist resultater gjennom eksempelvis større mangfold i aktivitetene og tjenestene som tilbys.

Et av de tiltakene som fremmer brukerinnflytelse både på tjenestenivå og på systemnivå er å ansette medarbeidere med brukererfaringer (MB). Dette programmet fremmer både økt sysselsetting i brukergruppen, ny og utfyllende kompetanse i tjenestene og et sterkere fokus på brukernes synspunkter. Både medarbeidere med brukererfaring, erfaringskonsulenter og

brukerorganisasjoner deltar med brukerrepresentanter i ulike fora på systemnivå i Bergen kommune. Brukerne bidrar med sin kunnskap til fagfolk og administrasjon i planlegging, utforming og kvalitetsutvikling av tjenestetilbudene.

Brukerstemmene har i større grad fått plass i den offentlige debatten omkring rus og ruspolitiske spørsmål. Flere personer står frem med sine historier, og høster anerkjennelse og ros for motet de fremviser ved å dele personlige erfaringer og/eller ruspolitiske synspunkter. En måte Bergen kommune kan hjelpe flere med å lykkes med og nå frem i den offentlige debatten, er å tilby medietreningskurs. Dette er kurs som Bergen kommune gjennomfører for ledere og enkelte tjenesteutøvere i kommunen. Kurset kan tilpasses til medarbeidere med brukererfaring (MB) og erfaringskonsulenter/likemenn.

5.4. Pårørende som ressurs

Selv om det å være pårørende til mennesker med psykisk sykdom eller rusmiddelproblemer er utfordrende, er det flere som bruker mye tid på å hjelpe den syke og ønsker å delta i oppfølgingen som brukeren tilbys fra offentlige tjenester. Pårørende kan også selv ha behov for råd om hvordan en skal forholde seg til den som har et rusproblem eller psykisk sykdom. Selv om ansatte i kommunen har taushetsplikt er det enkelte tilfeller hvor pårørende har rett på informasjon. Alle pårørende har alltid rett på generell veiledning og ansatte bryter aldri taushetsplikten ved å lytte til pårørende. Pårørende kan ha mange roller. De er en kunnskapskilde, ofte en omsorgsgiver og de kan når bruker har samtykket til det være brukeren sin representant. Det kan også være situasjoner der pårørende ikke har mulighet, ønske eller kapasitet til å involvere seg. Når forhold mellom bruker og pårørende er vanskelig skal tjenestene vurdere om de kan bidra til å bedre situasjonen med å tilby generell veiledning. Pårørende skal oppleve anerkjennelse, bli involvert og lyttet til. Tjenestene skal ha tilstrekkelig kompetanse på pårørendes rettigheter og det skal være en systematisk og forutsigbar samhandling.

5.5. Ideelle/frivillige organisasjoner

Bergen kommune kjøper tjenester og gir tilskudd til en rekke ideelle organisasjoner på rusfeltet i Bergen. Dette er organisasjoner som hovedsakelig arbeider med forebyggende arbeid, med bo- og omsorgstjenester, lavterskel omsorgstjenester eller rehabiliteringstiltak. I tillegg gir kommunen støtte til en rekke bruker- og pårørendeorganisasjoner. Bergen gir i 2017 9,1 millioner til 17 forskjellige tiltak for rusavhengige og bostedsløse i regi av lag og frivillige organisasjoner.

Tiltakene det gis støtte til skal bygge opp om de kommunale strategiene og være et supplement til de ordinære oppgavene som utføres i regi av kommunen og skal bidra til helhetlige og sammenhengende tjenester, samt styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene.

Ideelle/frivillige organisasjoner, herunder pårørendeorganisasjoner og brukerorganisasjoner, representerer en stor bredde med hensyn til medlems sammensetning, roller og ambisjoner.

For Bergen kommune representerer de ideelle/frivillige organisasjonen et mangfold som er nødvendig fordi behovene i brukergruppene er vidt forskjellige. De ideelle/frivillige organisasjonene har en klar egenverdi blant annet fordi de kan representere en uavhengig erfarings- og kunnskapsbasert stemme på rusfeltet. Denne kunnskapen er viktig for Bergen kommune.

Byrådet understreker betydningen av at de ulike brukerstemmer høres, og ønsker å bidra til at mangfoldet og engasjementet utvikles. Gjennom godt samarbeid og kommunale tilskudd på rusfeltet vil byrådet bidra til at lokale brukerorganisasjoner og ideelle organisasjoner blir hørt og får bedre rammevilkår og utviklingsmuligheter.

5.6. Spesialisthelsetjenesten

For å behandle rusrelaterte sykdomstilstander og rusmiddelproblemer kreves det ett tett samarbeid mellom kommunen og ulike deler av spesialisthelsetjenestene. Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innebærer kommunenes, de distrikts-psykiatriske sentrenes (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens (TSB) innsats på feltet. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon.

For å styrke pasientforløp på rusfeltet er det viktig å arbeide sammen i ansvarsgrupper, sikre samarbeide mellom brukeren sine kontaktpersoner i kommune og spesialisthelsetjeneste, utarbeide individuell plan og/eller kriseplan som reduserer usikkerhet og gir retning i samarbeidet. Samarbeidet er etablert på toppledernivå i samarbeidsutvalget (SU) og det er etablert underutvalg for samarbeid på pasientforløp som reguleres i tjenesteavtaler på rus- og psykisk helse feltet (ROP-forløpet) i tillegg til utvalg på somatikkområdet.

Samarbeidsavtalen om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og TSB regulerer samarbeidet rundt pasienter som antas å ha behov for tjenester fra Bergen kommune etter utskrivning fra institusjon.

I tillegg til samarbeid rundt felles brukere er det nødvendig med et tett strategisk samarbeid med spesialisthelsetjenestene for å utvikle sammenhengende tjenester. Det er fortsatt glippsoner mellom tjenestene som må tettes med et nærere samarbeid.

5.7. Kriminalomsorgen

Kriminalomsorgens oppgave er å sørge for at straffen gjennomføres på en måte som tar hensyn til formålet med straffen, som motvirker nye straffbare handlinger, som er betryggende for samfunnet og som innenfor disse rammene sikrer de innsatte tilfredsstillende forhold. Kriminalomsorgen skal også legge til rette for godt samarbeid med andre etater, og gjøre det mulig for den domfelte å gjøre en egen innsats for å endre sitt kriminelle handlingsmønster. Bergen kommune har en samarbeidsavtale med Kriminalomsorgen region Vest. Avtalen er utformet med det formål om mer sømløse tjenester, som oppnås ved at ansatte i kommunen og kriminalomsorgen på en enkel måte kan få oversikt over egen og samarbeidende instans sine ansvarsområder.

5.7.1. Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er landsdekkende straffereaksjon fra og med 2016, etter å ha vært en prøveordning i Bergen og Oslo siden 2006. ND er et alternativ til ubetinget fengselsstraff for personer med rusmiddelproblemer som dømmes for kriminalitet knyttet til rusmiddelbruken. Det kan være kriminalitet begått i ruspåvirkning, eller for å finansiere rus. Den som dømmes må være motivert og ønske å gjøre en innsats for å bli rusfri og gjøre endringer i livet. Gjennomføringen av ND-programmet krever en felles innsats og et forpliktende samarbeid mellom ulike sektorer og forvaltningsnivåer. Det er bl.a. samarbeid mellom kriminalomsorgen, spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og opplæringssektoren.

5.8. Nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Samfunnsutviklingen har til alle tider vært drevet frem av møter mellom egne krefter og påvirkning utenfra. Det meste av verdens kunnskapsframbringelse på rusfeltet finner sted utenfor kommunegrensene. Bergen kommune trenger å være i kontakt med nasjonale internasjonale samarbeidspartnere for å nyttiggjøre seg denne kunnskapen og gjensidig bidra med den ekspertisen som kommunen besitter.

Det er i Bergen kommunes interesse å inngå partnerskap og samarbeidsavtaler med byer, land og områder som tjener rusfeltet på best mulig måte. Bergen kommune vil derfor vurdere de ulike internasjonale initiativene på rusfeltet og eventuelt inngå i flere nasjonale og internasjonale samarbeidsrelasjoner med sikte på både læring, kompetansedeling og utvikling.

Målsettinger:

- Bergen kommune skal målrette tilskuddene til ideelle organisasjoner, bruker- og pårørendeforeninger på rusfeltet.
- Å ansette personer i rustjenestene og NAV sosialtjeneste som er rekruttert på bakgrunn av egen brukererfaring.
- Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering skal etablere en FOU-enhet for psykisk helse og rus.
- Bergen kommune skal gjennomføre medietreningskurs til personer med brukererfaring som vil delta i offentlig debatt om rus- og psykisk helse.
- Bergen kommune skal arbeide for at brukererfaringer fra rusfeltet er en naturlig del av helse- og sosialfaglige utdannelser på høyskoler og universitet i Bergen.
- Bergen kommune utarbeider en kommunal rutine for hva pårørende til personer med rusproblemer skal kunne forvente av involvering og støtte fra kommunen.

Bergen bystyre behandlet saken i møtet 22.11.2017 sak 278/17 og fattet følgende vedtak:

Bystyret vedtar «Samarbeid, mestring og verdighet. Plan for rusfeltet 2018 - 2022» og tiltakene som ligger i planen.

Planen vil danne grunnlag for prioritering av kommunens innsats på området, og tiltak som gir økte kostnader vil bli iverksatt når det foreligger finansiering – enten gjennom statlige tilskudd eller gjennom økte kommunale budsjettmidler ifm årlige budsjetter.

Merknad 1

Bystyret ber byrådet arbeide målrettet for at de LAR-brukerne som ønsker å bli rusfrie skal få hjelp til det. Dette ønskes nærmere belyst i den varslede handlingsplanen for arbeid, aktivitet og rehabilitering.

Merknad 2

Bystyret ønsker å understreke viktigheten av helse- og sosialfaglige virkemidler for å forebygge rusproblematikk hos barn og unge. Byrådet bes vurdere måter å styrke helse og sosialfaglige aktørers rolle i det forebyggende arbeidet på. Muligheten for å koble disse på i politiets rusrelaterede bekymringssamtaler med ungdom bør undersøkes.

Merknad 3

Bystyret viser til at doping og dopingskader er inkludert i nasjonal rusmiddelpolitikk. Illegal omsetning, bruk og skadevirkninger har ofte sammenfall med andre rusmidler, herunder blandingsbruk. Enkelte dopingmidler gir også avhengighet og behandles som rusavhengighet. Bruk av dopingmidler er et økende problem både i helsestudio- og idrettsmiljø, og i stadig yngre aldersgrupper. Bystyret ber byrådet ha med seg dette perspektivet i oppfølgingen av planen.

Merknad 4

Bystyret ber byrådet følge opp Helse Bergens erfaringer med forskningsprosjektet som vurderer preparatet Naltrekson som LAR-behandling, og ha dialog med dem om bruk av Naltrekson som et fullverdig tilbud for LAR-pasienter.

Merknad 5

Bystyret ber byrådet se på muligheten for at Helsedirektoratets prøveprosjektet for utdeling av Nalokson nesenspray til brukere, pårørende og ansatte med nærhet til brukere kan gjøres permanent.

Merknad 6

Bystyret viser til planens fokus på barn som pårørende. Det er spesielt viktig å iverksette flere tiltak som kan fange opp og ivareta barn som lever under vanskelige forhold, inkludert for pårørende barn til pasienter som ikke er i behandling. Bystyret ber byrådet ha med seg dette perspektivet i oppfølgingen av planen.

Merknad 7

Bystyret vil understreke viktigheten av å arbeide mot seksualisert vold i rusmiljøet, og ber om at dette temaet omtales særskilt i den varslede statusrapporten for rusfeltet, herunder både hvordan man har jobbet og hvordan man skal jobbe for å forebygge og forhindre dette.

Merknad 8

Bystyret ber byrådet i årlig statusrapport konkretisere det smitteforebyggende arbeidet, særlig med vekt på hvordan man har tenkt å nå ambisjonen om å avskaffe Hepatitt C-smitte i løpet av 10 år.