

Tverrsektorielt rusforebyggende arbeid blant barn og unge

Først publisert: 25. september 2024

Siste faglige endring: 25. september 2024



Innhold

1. Sammendrag	3
2. Oppdrag og tilnærming	4
3. Overordnet om rusforebygging	12
4. Dagens tverrsektorielle organisering og samhandling	24
5. Vurdering av dagens tverrsektorielle organisering og samhandling	53
6. Tiltaksforslag	69
7. Modellforslag	91
8. Vedlegg	104
9. PDF av rapporten	118

Sammendrag

Denne rapporten svarer ut oppdrag om tverrsektorielt rusforebyggende arbeid blant barn og unge gitt til Helsedirektoratet, Politidirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Sekretariatet for konfliktrådene, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet i 2023. Oppdraget er en del av regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet.

Forebygging av rusmiddelbruk og -problemer blant barn og unge er et ansvar som deles av flere sektorer. Tverrsektoriell, koordinert og kunnskapsbasert innsats er nødvendig for å få ønsket effekt av den samlede rusforebyggende innsatsen. Formålet med oppdraget har vært å fremme samordning og koordinering av aktørene. Her oppsummeres noen hovedpunkter i leveransen:

- *Utfordringsbildet – velkjente og uregjerlige utfordringer.* Samhandlings- og samordningsutfordringer i rusfeltet har vært beskrevet over flere år i politiske dokumenter og kunnskapsgrunnlag. Rusforebygging blant barn og unge er en kontinuerlig tverrsektoriell utfordring, og tverrsektorielle utfordringer er iboende komplekse og krevende.
- *I forslag til tiltak for bedre samordning* foreslås henholdsvis tiltak som kan bidra til omforent forståelse og økt kunnskap, endringer i regelverk, og tiltak for styrket koordinering og gjennomføring. Noen tiltaksforslag berører tverrsektoriell samhandling generelt, mens andre retter seg mer spesifikt mot rusforebygging. Det er sett hen til pågående og kommende prosesser og initiativer.

Forslag til modeller for organisering av rusforebyggende arbeid retter seg i hovedsak mot organisering av nasjonal statlig innsats, samtidig som det drøftes enkelte måter rusforebyggende arbeid kan koordineres og organiseres lokalt i kommunene. Tre ulike modeller er drøftet. Modell 1, «null pluss-alternativet», tar utgangspunkt i å styrke nåværende organisering der Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer på departementsnivå, og hvor Helsedirektoratet tar en tydeligere koordinerende rolle på direktoratsnivå. Modell 2 foreslår å bruke «Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge» som utgangspunkt og struktur for å koordinere tiltak og initiativer i det rusforebyggende arbeidet på tvers av etater. Modell 3 drøfter en utvidet koordinerende rolle med en styringsfunksjon for kjernegruppen for utsatte barn og unge (KUBU) og tilhørende etatssamarbeid. Hva som er en best egnet modell, vil avhenge av en rekke forhold. Det gjøres i denne rapporten ingen entydig anbefaling av modell, men modell 3 vurderes som vanskelig å gjennomføre. Sentrale styrker og svakheter ved de ulike alternativene beskrives.

Oppdrag og tilnærming

Om denne rapporten

Denne rapporten er leveranse for et oppdrag om tverrsektorielt rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Oppdraget ble gitt til etatene gjennom KUBU-samarbeidet, som direktoratene deltar i. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet fikk oppdraget i sine tildelingsbrev av 2023. Etter dialog med departementene ble en presisert beskrivelse gitt i tillegg til tildelingsbrev i 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet (se avsnitt 1.2). Her blir blant annet mandat for arbeidet beskrevet, samt åtte konkrete punkter oppdraget skal svare ut, spesifisert.

Oppdragsbeskrivelse

I tillegg til tildelingsbrev TTB2023-41 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet er følgende oppdragsbeskrivelse gitt:

Bakgrunn

Rusmiddelbruk er en betydelig årsak til samfunnskader, tap av friske leveår og for tidlig død. Et viktig mål for regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet er derfor å forebygge rusmiddelproblemer blant barn og unge og redusere bruk av narkotika i samfunnet. Viktige forutsetninger for arbeidet er at det skal være kunnskapsbasert og i større grad være en tverrsektoriell innsats.

Forebygging av rusmiddelbruk blant barn og unge er et ansvar som deles av flere sektorer, og for å få ønsket effekt av forebyggende aktivitet er det nødvendig med en tverrsektoriell, koordinert og kunnskapsbasert innsats. Etater med et forebyggende ansvar må i større grad gjennomføre sitt arbeid og utvikle sin innsats i sammenheng og i samarbeid med de andre aktørene, slik at det blir en mer integrert og samlet innsats.

Ungdomstiden er den perioden der flere gjør sine første erfaringer med bruk av rusmidler. Alkohol er det rusmiddelet som flest har erfaringer med, og deretter følger cannabis. De av ungdommene som prøver ut illegale rusmidler gjør dette som regel mens de er påvirket av alkohol. Det er også slik at alkohol brukes langt oftere enn illegale rusmidler. Studier som har sett på bruksfrekvens av cannabis finner mest bruk i 18-24 års alder, og ved rundt 30 årslider faller bruken markant. Nye data om bruk av rusmidler blant unge i Oslo (Ung i Oslo 2023) viser noe økning i rusmiddelbruken fra 2021, også når det gjelder bruk av alkohol, særlig blant de eldre tenåringene. Mot slutten av videregående har 38 prosent av guttene og 25-27 prosent av jentene prøvd cannabis i løpet av siste året. 17 prosent av guttene og 8 prosent av jentene på Vg3 oppgir å ha prøvd kokain siste året. Det er flere i Oslo enn i resten av landet som har brukt ulike typer rusmidler. En nasjonal studie om unges bruk av cannabis finner at 15 prosent av ungdommene har prøvd siste året, og at gjennomsnittsalderen for første gangs bruk var 16 år (FHI Cann 2021). Dette er et lite utsnitt av utfordringsbildet som danner grunnlaget for nye oppdrag og initiativer for det rusforebyggende arbeidet rettet mot barn og unge.

Nærmere om formål og mandat

Det er mange aktører i det rusforebyggende arbeidet, med varierende ansvar og tilgjengelige virkemidler. Det forebyggende arbeidet til de ulike aktørene er forankret i flere lovverk; for eksempel folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, barnevernloven, politiloven m.fl.

Formålet med dette tverrsektorielle rusforebyggende oppdraget er bedre effekt av den samlede rusforebyggende innsatsen rettet mot barn og unge gjennom en bedre samordning og koordinering av aktørene. Et tverrsektorielt rusforebyggende arbeid kan bidra til å utnytte samfunnets ressurser på en best mulig og effektiv måte. Det vil også kunne ha en langvarig effekt både når det gjelder mer kunnskapsbasert og effektiv forebygging og i form av kostnadsbesparelser. Arbeid som bidrar til bedre forebygging og reduserte helseskader vil også bidra til å understøtte en bærekraftig helsetjeneste.

Mandat for oppdraget

Etatene skal gjennom det tverrsektorielle oppdraget iverksette tiltak for å oppnå en bedre samordning av de ulike aktørene og sektorene som er involvert i det rusforebyggende arbeidet. Arbeidet skal dekke både forebygging av alkohol og illegale rusmidler. Etatene må avklare en hensiktsmessig avgrensning av rusforebyggende tiltak/initiativer som skal inkluderes i arbeidet. Arbeidet ledes av Helsedirektoratet. Det kreves et godt samarbeid mellom de ansvarlige aktørene, og at det avsettes ressurser til arbeidet i etatene. Oppdraget er en del av regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet.

I oppdraget inngår følgende.

1. Identifisere og avklare ansvar, roller, virkemidler og målsettinger de ulike aktørene har i det rusforebyggende arbeidet, både for å redusere tilgjengelighet og etterspørsel av legale og illegale rusmidler.
2. Avklare om de ulike forebyggende initiativene/tiltakene/virkemidlene utfyller og understøtter hverandre.
3. Avklare de ulike etatenes juridiske handlingsrom når det gjelder rusforebygging og hvor langt ansvaret strekker seg, herunder vurdere behovet for tydeligere regelverk og mulige organisatoriske endringer.
4. Identifisere tiltak som kan bidra til å skape en omforent forståelse og økt kunnskap mellom de ulike aktørene/sektorene når det gjelder rusforebyggende arbeid
5. Vurdere og foreslå modeller for tverrsektoriell organisering av rusforebyggende arbeid.
6. Som en del av arbeidet kan det også vurderes hvorvidt de rådgivende enhetene for russaker kan tillegges tydeligere forebyggende funksjoner og oppgaver.
7. Som en del av arbeidet kan også vurderes om det er behov for å utvikle nye virkemidler og tilnærminger.
8. Etatene må identifisere andre oppdrag/initiativer som kan ha relevans for dette oppdraget, samt involvere relevante aktører i arbeidet.

Avgrensninger og hensyn som må tas i arbeidet

Som nevnt i mandatet må etatene avklare en hensiktsmessig avgrensning av hvilke russpesifikke forebyggende tiltak som arbeidet skal dekke. Forebygging i denne sammenhengen skal forstås som initiativer og tiltak som skal bidra til å hindre at rusrelaterte problemer, helseskade eller andre rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg. Det er også et mål med regjeringens forsterkede forebyggende innsatser å redusere bruk av rusmidler blant barn og unge.

Avgrensinger og hensyn som nevnes her er ikke uttømmende, og etatene må selv vurdere behovet for andre avgrensinger og hensyn som arbeidet må gjøre.

Det kan skilles mellom fire grunnleggende former for forebygging:

- Miljørettede forebyggingsstrategier – retter seg mot sosiale, kulturelle, økonomiske og fysiske påvirkningsfaktorer, og der målet er å oppnå endringer i de sosiale strukturene og i nærmiljøene og sosiale miljøer og derved blant annet bidra til mindre bruk av rusmidler.
- Universelle tiltak – har hele eller store deler av befolkningen som målgruppe, men har en mer russpesifikk karakter enn hva som dekkes av det generelle folkehelsearbeidet.
- Selektive tiltak – retter seg mot kjente risikogrupper og risikosituasjoner som er mer utsatt for å utvikle en risikofull rusmiddelbruk eller som allerede har utviklet moderate rusmiddelproblemer.
- Indikative tiltak – innsatser som skal sørge for at personer som allerede har et problem får hjelp til å begrense og hindre videre problemutvikling.

Det første nivået – miljørettede forebyggingsstrategier – omtales i folkehelsemeldingen, og arbeidet her vil avgrenses mot dette. Det er en glidende overgang mellom selektive og indikative tiltak, der begge former kan supplere de mer befolkningsrettede tiltakene. Ettersom målgruppen for dette arbeidet er barn og unge vil det være relevant å inkludere de tre siste formene for forebygging, men at det avgrenses mot spesifikk behandling i spesialisthelsetjenesten. Samfunnets samlede forebyggende innsats bør ha virkemidler som retter seg mot både å redusere tilgjengelighet og etterspørsel.

Prinsipielle spørsmål

Rusforebyggende arbeid kan i seg selv reise en del prinsipielle spørsmål. Et prinsipielt spørsmål i gjennomføringen av oppdraget kan være hva som er spesifikt rusforebyggende og hva som er mer generelt forebyggende arbeid for å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge.

Arbeidet kan også reise spørsmål om menneskerettslige hensyn og menneskers frihet til en livsstil som kan medføre helseskade. I oppfølging av menneskerettskonvensjonen ligger også en plikt til å forebygge brudd på menneskerettigheter – det kan innebære også en plikt til å forebygge at barn og unge påfører seg skade ved bruk av rusmidler. Etatene må i sitt arbeide være bevisst disse rettighetene og forpliktelsene.

Oppsummering av oppdraget

Helsedirektoratet, Politidirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Sekretariatet for konfliktrådene, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet og Utdanningsdirektoratet gis i oppdrag å etablere et tverrsektorielt arbeid som har til formål å videreutvikle det tverrsektorielle rusforebyggende arbeidet, i tråd med beskrivelsen ovenfor. Arbeidet ledes av Helsedirektoratet. Oppdraget er en del av regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. De berørte etatene har en rekke tverrsektorielle oppdrag som enten direkte eller indirekte berører forebygging og/eller utsatte barn og unge på ulike nivåer. Etatene må selv avklare om det er formålstjenlig å løse det rusforebyggende oppdraget innenfor allerede etablerte samarbeidsstrukturer/arbeidsgrupper ev. supplere eksisterende grupper med flere aktører, eller opprettet en egen struktur for arbeidet. Uansett må etatene sikre at relevante oppdrag sees i sammenheng slik at dobbeltarbeid unngås, dette gjelder for eksempel nasjonalt program for rusforebyggende arbeid og UNODCs gjennomgang av norsk forebyggingspraksis m.m.

Avgrensninger og presiseringer

Det ligger til grunn i oppdraget at etatene må vurdere behov for avgrensninger utover det som fremgår av oppdragsbeskrivelsen. Følgende avgrensninger er gjort:

- Arbeidet har vært avgrenset mot mandatet til *Rushåndhevingsutvalget*. Utvalget ble oppnevnt av regjeringen 11. mai 2023 for å utrede utvalgte strafferettslige og straffeprosessuelle spørsmål i tilknytning til regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. Utredningen fra utvalget ble avgitt til Justis- og beredskapsdepartementet 18. juni 2024.^[1]
- Forslag til tiltak og modeller er i stor grad avgrenset mot tertiærforebyggende tiltak under straffegjennomføring i fengsel.
- Forslag til tiltak og modeller er i stor grad avgrenset mot frivillig sektor, fordi arbeidets hovedvekt har vært på nasjonal statlig innsats.
- Arbeidet legger sin hovedvekt på organisering og samordning av statlig innsats nasjonalt og med de syv deltakende etatene som kjerne. I arbeidet har rusforebyggende innsats rettet mot barn og unge vært hovedfokus, selv om forslag til tiltak og modeller for organisering også kan være relevante i tverrsektoriell innsats i flere sektorer og for flere målgrupper.
- Hensiktsmessig lokal gjennomføring i kommunene vil være en forutsetning for mange av tiltakene. Hva som er en hensiktsmessig lokal gjennomføring vil imidlertid avhenge av lokale forutsetninger, og det er ikke pekt på spesifikke innretninger utover at det gis eksempler på mekanismer for lokal koordinering.

[1] NOU 2024:12. Håndheving av mindre narkotikaovertridelser.

[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-12/id3045610/ \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-12/id3045610/ (regjeringen.no))

Begrepsavklaringer

Helsedirektoratet sendte i forbindelse med utarbeidelse av mandat til nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere (arbeidstittel) brev med vedlegg til HOD 26. februar 2014 med forslag til begrepsbruk på rusfeltet. I arbeidet ble bruken av begreper og terminologi tatt inn som et område arbeidsgruppen drøftet etter at man hadde sett en uensartet bruk av begreper i rusfeltet og i offentlige dokumenter. Denne rapportens begrepsbruk har tatt utgangspunkt i disse forslagene til begrepsbruk på rusfeltet^[1].

Barn og unge: Oppdraget definerer ikke nærmere hvordan barn og unge skal forstås i sammenhengen. KUBU-samarbeidet, som oppdraget er gitt gjennom, er en videreføring av 0-24-samarbeidet som rettet seg mot *utsatte barn og unge under 24 år* og deres familier. Videre har etatene ulike satsninger mot unge, der målgruppa er definert forskjellig^[2]. I arbeidet med denne rapporten er det benyttet en vid forståelse av barn og unge. Arbeidet har også omfattet foresatte/foreldre, siden dette er et viktig perspektiv i sammenhengen.

Rus: I hovedsak bør «rus» erstattes med «rusmiddel» slik også Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) foreslo tilbake i tid, i rapport 4/2010 s. 32. Begrepet «rusmisbruk» tilsier f.eks. at noen misbruker rus, mens det som menes er misbruk av rusmidler.

Rusforebygging: Jf. beskrivelsen over av «rus» brukes rusforebygging som unntak fra denne «hovedregelen», blant annet fordi oppdragsteksten bruker begrepet rusforebygging, og for enklere språkbruk i rapporten. Rusforebygging forstås som tiltak, initiativer og virkemidler som søker å forebygge tilgjengelighet og etterspørsel av rusmidler, både universelle, selektive og indikative.

Rusmiddel: Rusmiddel er etter beskrivelsen av «rus» brukt gjennomgående i rapporten, med enkelte unntak, og forstås som substanser som kan påvirke sanseopplevelser, stemningsleie og utløse følelse av rus^[3]. Arbeidet har omfattet både legale og illegale rusmidler, men hovedsakelig alkohol og narkotika.

[1] [Forslag til begrepsbruk på rusfeltet \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/forslag-til-begrepsbruk-pa-rusfeltet)

[2] Bl.a. NAV har ungdomsgaranti for unge mellom 16 og 30 år. KDI har fagstrategi om unge domfelte og innsatte 18-24 år.

[3] <https://sml.snl.no/rusmidler>

Hva er problemet og hva vil vi oppnå?

Oppdragsbeskrivelsen legger til grunn at samordningen mellom aktørene i det rusforebyggende arbeidet ikke er tilstrekkelig, eller kan forbedres. Både samordning og rusforebygging er komplekse og omfattende saksområder, og dette arbeidet har derfor ikke lagt opp til å gi en uttømmende problembeskrivelse. I arbeidet har etatene prioritert å identifisere og oppsummere sentrale utfordringer og samhandlingsområder i dagens tverrsektorielle samordning.

Basert på disse utfordringene er det foreslått tiltak og modeller som vil kunne fremme samordning, og øke felles kunnskap og forståelse på tvers av aktørene. I sin tur antas det at dette vil bedre effekten av innsatsen, altså forebygge skader og negative konsekvenser som følge av rusmidler blant barn og unge.

Tilnærming og gjennomføring

Rapporten er utarbeidet av en tverrsektoriell arbeidsgruppe med deltakelse fra Sekretariatet for konfliktrådene (Sfk), Politidirektoratet (POD), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVDir), Helsedirektoratet (Hdir) og Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI), samt innleid prosessledelse. Utdanningsdirektoratet (Udir) har bidratt med skriftlige innspill i arbeidet.

Operativ styringsgruppe for oppdraget har bestått av representanter fra Sfk, POD, Bufdir, AVDir, Hdir, KDI og Udir. Oppdraget har vært forankret i kjernegruppen for utsatte barn og unge (KUBU) og etatssamarbeidet.

Det har også vært tilknyttet en egen referansegruppe til oppdraget, i tillegg til at medvirkning har blitt ivarettatt i egne fora og møter (se utdypning i punkt 1.7).

Arbeidet er gjennomført i flere steg og har gjennom dette også forsøkt å svare ut utredningsinstruksens minimumskrav:

1. Kartlegging av dagens situasjon og organisering

I tråd med oppdraget er etatenes roller, ansvar, målsettinger og virkemidler i det rusforebyggende arbeidet kartlagt overordnet. Som del av denne kartleggingen er andre relevante initiativer og oppdrag identifisert.

2. Identifikasjon av hovedutfordringer og endringsbehov

Med utgangspunkt i kartleggingen av dagens organisering og samhandling, er de viktigste utfordringene i den tverrsektorielle organiseringen og samhandlingen vurdert. Vurderingen har også omfattet om tiltak, initiativer og virkemidler understøtter og utfyller hverandre.

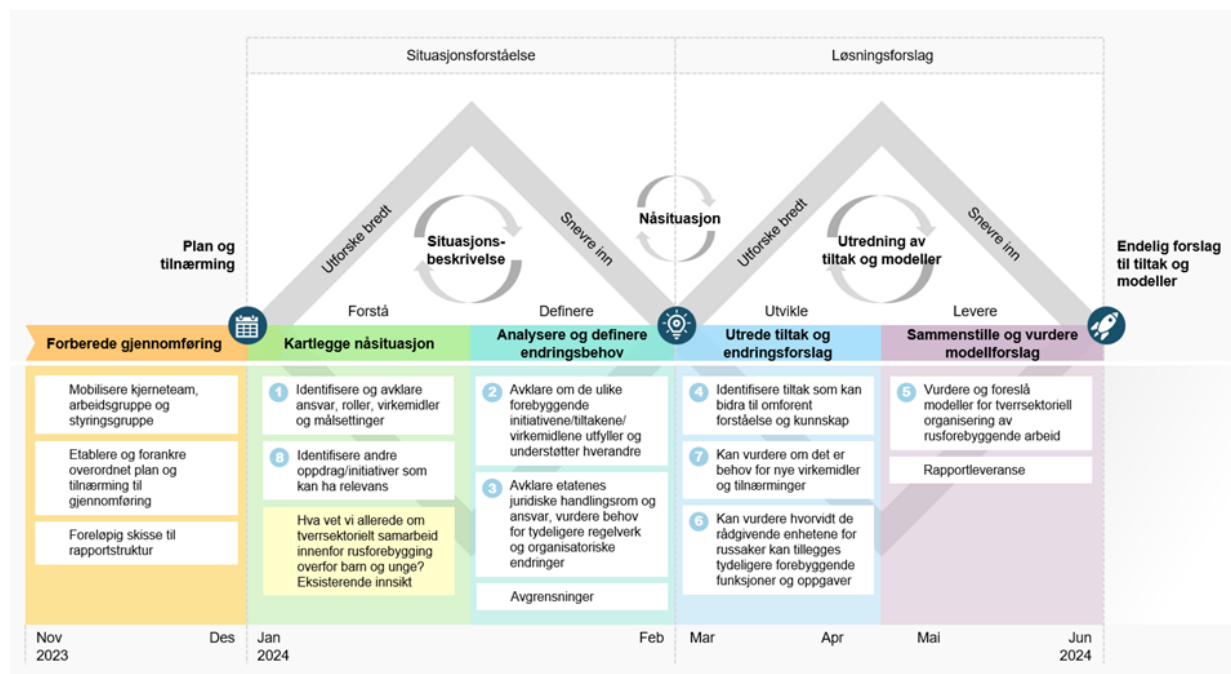
3. Forslag til tiltak for styrket samordning av aktørene

Kartlegging av nåsituasjon og identifikasjon av hovedutfordringer og endringsbehov ligger til grunn for forslag til tiltak. Det er identifisert tiltak som kan bidra til *omforent forståelse og økt kunnskap*, forslag til endringer *i eller i tilknytning til regelverk*, og forslag til endringer i *koordinering og gjennomføring*. Det vises også til tiltaksforslag som er foreslått i tidligere prosesser.

4. Forslag til modeller for tverrsektoriell organisering på nasjonalt nivå

I siste del av arbeidet er modeller for organisering av rusforebyggende arbeid foreslått. Arbeidet har lagt vekt på å foreslå modeller som kan styrke tverrsektoriell samhandling mellom etatene oppdraget har involvert. Hovedvekten i modellene ligger derfor på statlig og nasjonalt nivå. Organisering av kommunal rusforebyggende innsats beskrives imidlertid også, og det drøftes enkelte måter innsatsen kan koordineres lokalt.

Prosessen med de ulike stegene kan fremstilles i en modell der de ulike punktene i oppdraget er plassert i ulike deler av prosessen:



Figur 1. Prosessmodell for gjennomføring av arbeidet.

Medvirkning og innspill

Medvirkning og innspill fra barn og unge selv og fra andre aktører i det rusforebyggende arbeidet har vært sentralt i gjennomføringen av oppdraget. Barn har rett til å bli hørt i saker som angår dem, og myndighetene har plikt til å lytte til det barn og unge formidler når beslutninger som berører dem skal fattes. Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved avgjørelser som gjelder barn (mer om dette bl.a. i kapittel 2). Medvirkning og innspill fra parter som berøres styrker vurderinger og gir bedre beslutninger.

Tid og tilgjengelige ressurser har lagt føringer for grad av medvirkning. Barneombudets medvirkningshåndbok[1] uttrykker at det er viktig å ha et bevisst forhold til formål for og grad av deltakelse. I vårt oppdrag var deltakelsen initiert og styrt fra voksnes initiativ. Dette vil tilsi en innplassering omtrent midt på deltakelsesstigen i Barneombudets håndbok[2]. Bufdirs veileder om barn og unges medvirkning på systemnivå[3] anbefaler faste og representative strukturer for å involvere barn og unge. I oppdraget har DigiUngs faste ungdomspanel blitt benyttet for å involvere målgruppa. Vi har ellers forsøkt å ivareta prinsipper og råd for god medvirkning i tråd med nevnte verktøy.

Barn og unge har medvirket gjennom to digitale møter med DigiUngs ungdomspanel og deltakelse i referansegruppa for oppdraget. Innsikten vi har fått gjennom medvirkning fra barn og unge er et av flere kunnskapsgrunnlag i barnets beste-vurderingene våre senere i rapporten.

Aktører og interessenter i det rusforebyggende arbeidet har vært invitert til å delta i en referansegruppe. Referansegruppa har bestått av følgende organisasjoner og virksomheter:

Tabell 1. Deltakere i referansegruppen.

Organisasjon/representant
Actis
Mental Helse Ungdom, via Arbeids- og velferdsdirektoratets brukerutvalg
Barn av rusmisbrukere, via Helsedirektoratets BrukerROP
DigiUng ungdomspanel
Korus Oslo
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Preventio
Rusfeltets hovedorganisasjon
Sivilombudet
SLT-koordinator i Moss kommune
Statsforvalteren i Innlandet

I tillegg ble KS, Barneombudet, Elevorganisasjonen og Ungdom og fritid invitert til å delta.

Det har blitt avholdt tre møter i referansegruppa. Innspill til arbeidet er gitt muntlig i disse møtene, og skriftlig i tilknytning til møtene. I ferdigstillingen av arbeidet ble også et utkast av rapporten sendt til referansegruppen med mulighet for å gi skriftlige innspill. Mottatte innspill er vurdert inn i arbeidet.

[1]

[https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Andre-publikasjoner/Medvirkningshandbol\(PDF\)](https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Andre-publikasjoner/Medvirkningshandbol(PDF))

[2]

[https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Andre-publikasjoner/Medvirkningshandbok\(PDF\)](https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Andre-publikasjoner/Medvirkningshandbok(PDF)) s. 7.

[3] [https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/barn_og_unges_medvirkning____veileder/](https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/barn_og_unges_medvirkning_veileder/) (bufdir.no)

Oppbygning av rapporten

Dette første innledende kapittelet har forsøkt å ramme inn leveransen og arbeidet som har ledet frem til den.

[Kapittel 2](#) gir et overordnet bilde av rusforebygging i norsk kontekst med et kort historisk tilbakeblikk, og noen overordnede hovedlinjer om forankring av målsettinger, ansvar og virkemidler.

[Kapittel 3](#) fremstiller dagens tverrsektorielle organisering og samhandling. Hver etat som oppdraget ble gitt til sin rolle, ansvar, virkemidler og målsettinger er beskrevet i tråd med oppdragsbeskrivelsen. Videre beskrives kort samarbeid og samhandling mellom etatene og i kommunene. Deretter identifiseres viktige områder for samhandling.

[Kapittel 4](#) gjengir vurderinger av dagens tverrsektorielle organisering og samhandling. Vi tegner opp noen hovedlinjer i det rusforebyggende arbeidet, som også er godt kjent og dokumentert fra før, før vi utdyper sentrale utfordringer. Til slutt vurderer vi om ulike forebyggende initiativer, tiltak og virkemidler understøtter og overlapper hverandre.

[Kapittel 5](#) er forslag til tiltak for bedre samordning. Her beskrives forslag til tiltak innenfor tre hovedområder: Forslag til tiltak for omforent forståelse og økt kunnskap mellom aktørene, forslag til tiltak for styrket koordinering og gjennomføring, og forslag til endringer i eller i tilknytning til regelverk.

[Kapittel 6](#) foreslår modeller for tverrsektoriell organisering av det rusforebyggende arbeidet. Her drøftes først 3 alternative modeller for statlig organisering, før det gis eksempler på innretning av lokal gjennomføring.

I [vedlegg 1](#) gis det en utdypende beskrivelse av dagens samhandlingsstrukturer. Vedlegg 2 beskriver innsats for styrket tverrsektoriell samhandling i nyere tid.

Overordnet om rusforebygging

Dette kapittelet tegner opp noen overordnede linjer om rusforebygging som et tverrsektorielt innsatsområde. Først beskrives rusmiddelpolitikken historisk og frem til i dag [\(2.1\)](#). Deretter skisseres noen overordnede målsettinger etatene har felles opp [\(2.2\)](#). Videre beskrives overordnet ansvar og virkemidler i det rusforebyggende arbeidet [\(2.3\)](#).

Rusmiddelpolitikk gjennom historien og i dag

Regulering av rusmidler – en lengre historie

Det har vært oppmerksomhet om rusmidlers skadepotensiale i lang tid i Norge. Regulering av rusmidler og forebyggende innsatser har derfor en lengre historikk. Barn og unge har også lenge vært en særskilt målgruppe for tiltak og innsats, ved for eksempel innføring av aldersgrenser for salg og skjenking av alkohol og forskning på unges rusmiddelbruk. Et kort historisk tilbakeblikk belyser hvordan rusmiddelpolitikken har berørt tverrsektorielt over tid. Et skille kan dras mellom politikken på alkoholfeltet og narkotikafeltet.

Alkohol

Alkohol ble et tydeligere ruspolitisk tema utover 1800-tallet, og både næringsaktører, avholdsbevegelsen og legestanden har vært tydelige stemmer i debatten historisk [\[1\]](#). Først var det brennevinspolitikken som utgjorde alkoholpolitikken, mens reguleringer for øl og vin kom til etter hvert [\[2\]](#).

I 1816 ble produksjon og salg av brennevin frigitt ved at kjøpstedenes enerett til brenning opphørte med brennevinslovene av 1816. Frigivelsen skulle bedre de økonomiske kårerne på landsbygda. Resultatet ble omfattende brennevinsdriking med påfølgende sosiale skadevirkninger for den fattige delen av befolkningen. Motstanden mot brennevinsdrikingen tiltok. I 1837 ble lovgivningen for salg og skjenking av brennevin skilt fra lovgivningen for produksjon. Med denne lovendringen ble også to sentrale virkemidler i norsk alkoholpolitikk innført; særavgifter på salg, og bevilling for salg og skjenking.

Loven om løsgjengeri, drukkenskap og betleri ble vedtatt i 1900, og kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av «alkoholistomsorgen» i de følgende 70 år. Beruselse på offentlig sted ble straffbart, og loven innførte også 18-års aldersgrense for salg og skjenking av brennevin. I 1910 ga Statistisk Sentralbyrå ut det første bindet av alkoholstatistikken – Alkoholstatistikk I. Etter at SSB sluttet å utgi slik alkoholstatistikk i 1983, har SIFA/Rusmiddeldirektoratet, fra 2001 SIRUS og fra 2016 FHI utgitt denne type statistikk.

Under 1. verdenskrig innførte staten som del av kriselovene innstramminger i alkoholpolitikken. Norge hadde derfor en kort periode med forbud mot salg av øl, hetvin og brennevin [\[3\]](#). Brennevinsforbudet i den såkalte «forbudstida» møtte mange vansker, ikke minst førte det til utstrakt smugling og omgåelse av forbudet ved at leger skrev ut resepter på brennevin i tusentall [\[4\]](#). Etter ny folkeavstemning i 1926 ble forbudet opphevet [\[5\]](#). Vinmonopolet ble opprettet i 1922 [\[6\]](#) og er fra 1931 heleid av staten. I 1927 ble aldersgrensen for salg og skjenking av brennevin satt til 21 år, mens aldersgrense for kjøp av vin og for kjøp av øl kom i henholdsvis 1932 og 1956, begge på 18 år. Norge var i 1936 antakelig det første landet som innførte en fast promillegrense [\[7\]](#).

Det var stor virksomhet i alkoholpolitikken i siste halvdel av 1900-tallet, og «alkoholproblemet» ble diskutert i en rekke stortingsmeldinger. Et internasjonalt perspektiv har gradvis blitt mer fremtredende, blant annet gjennom WHO. EØS-avtalens ikrafttredelse i 1994 har også påvirket og lagt føringer for norsk alkoholpolitikk siden da[8]. Utviklingen de siste årene som i noen grad bærer preg av liberalisering, særlig med tanke på den fysiske tilgjengeligheten av alkohol[9], kan blant annet ses i sammenheng med at Norge og EU har nærmet seg hverandre[10]. Samtidig er Norge stadig blant de landene som fører den mest restriktive alkoholpolitikken i Europa[11].

Narkotika

Den første internasjonale konvensjonen på narkotikaområdet ble vedtatt i 1912[12]. Bestemmelsene fra konvensjonen ble innarbeidet i opiumsloven av 1913, men allerede var opium og kokain underlagt reseptplikt[13]. Fram til slutten av 1950-årene var narkotikapolitikken stort sett et medisinsk anliggende, som i det meste av Europa[14].

For alvor ble narkotika drøftet politisk som et samfunnsproblem fra 1960-årene[15]. Utviklingen i politikken i siste halvdel av århundret må forstås blant annet i lys av endringer i bruksmønstre, som at stoffer som cannabis og hallusinogener fikk innpass i yngre aldersgrupper[16]. Første beslag av cannabis i Norge ble gjort i 1965. Høsten året etter begynte grupper av ungdommer å ha tilholdssted i Slottsparken for å røyke hasj, og i årene etter utviklet det såkalte Slottsparkenmiljøet seg[17]. Behovet for politisk innsats mot narkotika ble i samtiden blant annet knyttet til bekymringen for barn og unge.

Ut over 1970- og 80-tallet tiltok den rettslige reguleringen, og narkotika ble tydeligere fremover forstått som et kriminalpolitisk spørsmål. Følgende utvikling er illustrerende. Før 1964 var maksstraff for narkotikaforbrytelser 6 måneders fengsel. I 1984 var strafferammen hevet til 21 års fengsel – lovens strengeste straff. I 1985 ble *Et narkotikafritt samfunn* introdusert som daværende regjeringens målsetting for innsatsen på narkotikafeltet[18].

Skadeforebyggende tiltak ble fra 1990-tallet større del av narkotikapolitikken[19]. En milepæl var igangsettingen av det treårige forsøksprosjektet med substitusjonsbehandling i Oslo (metadonassistert rehabilitering – MAR) med 50 plasser. Fra 1997 ble ordningen etablert som et permanent landsdekkende tilbud. I 2002 ble RUStelefonen (i dag RUSinfo) opprettet for å gi ungdom, pårørende og andre råd og hjelp. Ut over 2000-tallet har feltet blitt styrket gjennom meldinger, handlingsplaner og opptrappingsplaner fra ulike regjeringer, hvor barn og unge har vært en prioritert målgruppe.

Rusmiddelpolitikken forankring i dag

Rusmiddelpolitikken er begrunnet i et folkehelseperspektiv og i solidaritet med de som bærer de største negative konsekvensene av rusmiddelbruk. Norge har en restriktiv alkoholpolitikk sammenlignet med de fleste europeiske land[20], men er også et av landene med lavest totalforbruk. Narkotikapolitikken omhandler både forebygging, tidlig innsats, tilgjengelig behandling og oppfølging, og rettslig regulering og håndheving av denne. På begge felt deltar Norge i internasjonalt samarbeid på nordisk, europeisk og globalt nivå.

Gjeldende politikk er forankret hovedsakelig i følgende dokumenter:

Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025), forlenget til 2030

Alkoholstrategien ble lagt frem av regjeringen Solberg. I Folkehelsemeldinga (utdypet under) viderefører Støre-regjeringen alkoholstrategien for perioden frem til 2030, og det opprinnelige målet om reduksjon i alkoholforbruk er forsterket fra 10 til 20 prosent[21]. Innsatsen på enkelte områder skal også forsterkes,

særlig alkoholskader som rammer barn og unge. Under alkoholskader som rammer tredjeparter trekkes barn, unge, familie og pårørende frem som særlig utsatte, samt at et høyt alkoholkonsum hos foreldre og omsorgspersoner kan skade oppvekstvilkårene til barn. Det er et mål å øke bevisstheten i befolkningen om konsekvensene av alkoholbruk for andre, særlig konsekvenser for barn og unge. Dette innebærer også innsatser for å redusere stigma og diskriminering relatert til alkoholbruk. Strategien beskriver at det i Norge er bred aksept for at arbeidslivet, idretten og arenaer der barn og unge deltar skal være alkoholfrie, og departementet vil se nærmere på hvordan alkoholfrie arenaer kan forsterkes og utvikles i samarbeid med frivillighet, idrett, skoler og arbeidsliv. Helsedirektoratet inviterte relevante aktører i 2023 til rådslag om henholdsvis fadderuker og russetid, og i løpet av 2024 vil Helsedirektoratet invitere til et nytt rådslag om alkoholfrie arenaer.

Meld. St. 15 (2022-2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*

Regjeringen Støres folkehelsemelding er også en nasjonal strategi for å utjevne sosial ulikhet i helse. Det brede og tverrsektorielle folkehelsearbeidet beskrives stadig som fundamentet for god helse og livskvalitet i befolkningen. Rusmiddelforebygging rettet mot barn og unge omtales som del av dette arbeidet. Folkehelsemeldinga viser til at tilgangen til og etterspørselen etter rusmidler skal reduseres gjennom forebyggings- og behandlingsreformen (mer under) særlig gjennom helsefremmende tiltak overfor barn og unge[22]. Om sosiale forskjeller uttrykker meldinga at det er en sterk sammenheng mellom alkoholrelatert dødelighet og sosioøkonomisk status, og særlig er det en overdødelighet blant unge med lav sosioøkonomisk status.

Kommende stortingsmelding – Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet

Folkehelsemeldinga forankrer at regjeringen i 2024 vil legge frem en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet[23]. Som del av reformen skal det startes opp et nasjonalt rusforebyggende program for barn og unge[24]. Formålet med programmet er å forebygge at barn og unge bruker narkotika, styrke det forebyggende arbeidet på rusfeltet og avgrense skadene rusmiddelbruk kan medføre, gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusforebygging. I en første fase fikk Helsedirektoratet i oppdrag å etablere en faggruppe som utarbeidet det faglige innholdet og strukturen på programmet. Programmet ble levert til Helsedirektoratet innen fristen 1. februar 2024, og skal fremover videreutvikles og implementeres i samarbeid med relevante aktører. Direktoratet leverte en tilrådning om oppfølging til HOD i mars 2024. Vi viser ellers til programmets innhold og konkrete forslag til tiltak som kan styrke rusforebygging blant barn og unge.

Meld. St. 23 (2022-2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*

Opptrappingsplan for psykisk helse ble lagt frem sommeren 2023, også forankret i Folkehelsemeldinga. Planen uttrykker at et tverrsektorielt eierskap til psykisk helse og livskvalitet er avgjørende for å styrke befolkningens psykiske helse og forebygge psykiske plager, ikke minst for barn og unge [25]. Ett av tre prioriterte innsatsområder er helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, og noen viktige arenaer i sammenhengen for barn og unge er familien, barnehager, skoler, arbeidsliv og fritidsarenaer. Flere mål og tiltak retter seg mot rusforebygging blant barn og unge, men planen i sin helhet er også relevant med tanke på at feltene psykisk helse og rus i mange tilfeller ses i sammenheng[26]. Tidlig i planperioden vil «tverrsektoriell forebyggende innsats og tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene» for å forebygge psykiske lidelser prioriteres. Et særlig relevant tiltak er at regjeringen vil utrede og pilotere integrert ungdomstjeneste på ett nivå for unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og som inkluderer samarbeid med barnevern og Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet fikk også i tildelingsbrev for 2024 i oppdrag å koordinere arbeidet med å utarbeide en helhetlig plan for å heve levealderen hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Regjeringen la frem stortingsmeldingen om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helsetjenesten 1. mars 2024. Samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester i hele landet er blant annet sentrale temaer[27]. Meldingen refereres til som en samhandlingsreform som skal gjennomføres over 4 år. Planen lanserer juridiske, økonomiske og organisatoriske virkemidler for å utvikle helse- og omsorgstjenesten til å gi et bedre og mer helhetlig tilbud til prioriterte grupper, bl.a. barn og unge, og mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser. I tillegg skal man forebygge mer og behandle mindre.

For å gjennomføre tiltakene skal helsefellesskapene som ble etablert i 2020 brukes. Alle norske kommuner er med i et helsefellesskap. I helsefellesskapene skal representanter fra kommuner, helseforetak, fastleger og brukere planlegge og utvikle helse- og omsorgstjenester i fellesskap. I planen er det ambisjoner om å utvikle fellesskapene til også å inkludere barnevern og NAV. Med en mer tverrsektoriell tilnærming i helsetjenesten og med rus, samt barn og unge, høyt prioritert, har reformen potensialet til å kunne bidra til å realisere deler de ambisjonene som også kommuniseres rundt den varslede forebyggings og behandlingsreformen for rusfeltet, samt det som ligger i oppdraget som er bakgrunnen for denne rapporten.

Andre meldinger og planer

Flere stortingsmeldinger, handlingsplaner og andre strategiske dokumenter har tiltak som retter seg mot rusforebygging blant barn og unge. Vi viser særskilt til Helsedirektoratets leveranse om oppfølging av Marmot-rapporten om sosial ulikhet i helse, kommende stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet, og samfunnsoppdraget for inkludering av barn og unge ledet av Barne- og familiedepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Forskningsrådet har ledet operativ gruppe.

[1] Skretting, A. og Moan, I. (2022). Historisk oversikt alkohol i Norge 1816-2021. FHI; Schiøtz, A. (2017) Rus i Norge. Tidsskrift for velferdsforskning 20(1):

<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-01#sec-1> (idunn.no)

[2] Skretting, A. og Moan, I. (2022). Historisk oversikt alkohol i Norge 1816-2021. FHI.

[3] Rossow, I. (2023). Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning. Forebygging.no.

[4] Horverak, Ø. (2005). Alkoholpolitikken i Norge.

[5] Ibid; Rossow, I. (2023). Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning. Forebygging.no.

[6] Rossow, I. (2023). Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning. Forebygging.no.; <https://www.vinmonopolet.no/content/om-oss/var-historie> (vinmonopolet.no)

[7] Rossow, I. (2023). Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning. Forebygging.no.

[8] <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/sirusrap.3.11.pd.> (PDF) s. 68-71.

[9] <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3> (PDF) s. 80; <https://www.forebygging.no/Kronikker/2023/alkoholpolitikk-og-folkehelse--vi-ma-snakke-mer-om-effektive-vi> (forebygging.no); Helsedirektoratets [Sektorrapport om folkehelse 2021](#) viser til liberalisering av bevilningspraksisen.

- [10] <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3> (PDF) s. 69
- [11] <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3> (PDF) s. 106; <https://www.oecd.org/norway/Preventing-Harmful-Alcohol-Use-Key-Findings-NORWAY.pdf> (PDF)
- [12] Haagkonvensjonen av 1912. Konvensjonen bestemte blant annet at opium ikke kunne eksporteres til andre land hvis myndighetene i landet ikke aksepterte dette. Morfin, heroin og kokain skulle begrenses til medisinsk bruk. Skretting, A. Amundsen, E. og Bilgrei, O. R. (2023). Historisk oversikt over narkotika i Norge. FHI.
- [13] Skretting, A. Amundsen, E. og Bilgrei, O. R. (2023). Historisk oversikt over narkotika i Norge. FHI.
- [14] Ødegård, E. «En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikken meningsforankring». SIRUS. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/oedegaard_om_norsk_narkotikapolitikk.pdf (PDF) s. 4.
- [15] Ibid.; Schiøtz (2017). Rus i Norge. Tidsskrift for velferdsforskning, 20(1).
- [16] Ødegård, E. «En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikken meningsforankring». SIRUS. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/oedegaard_om_norsk_narkotikapolitikk.pdf (PDF) s. 4.
- [17] <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/narkotika-i-historien/historisk-oversikt-over-n>
- [18] St. meld. Nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.
- [19] Fjær, S. (2005). Norsk narkotikapolitikk. Forebygging.no. <https://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Norsk-narkotikapolitikk/> (forebygging.no). Om metadonpolitikken se bl.a. Evy Frantzen (2001) Metadonmakt.
- [20] [https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/alkohol/id2528164/\(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/alkohol/id2528164/(regjeringen.no))
- [21] Meld. St. 15 (2022-2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller* s. 60.
- [22] Folkehelsemeldinga, s. 59.
- [23] Folkehelsemeldinga, s. 13.
- [24] Folkehelsemeldinga, s. 59.
- [25] Opptrappingsplan for psykisk helse, s. 21
- [26] <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/id11695/>
- [27] <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan/id291327>

Overordnede målsettinger

Det rusforebyggende arbeidet har eksplisitt formulerte politiske målsettinger. I tillegg vil vi her peke på enkelte andre overordnede tverrpolitiske målsettinger som styrket tverrsektoriell samhandling og innsats i det rusforebyggende arbeidet kan bidra til å oppnå. Målsettinger for de enkelte etatene i oppdraget blir beskrevet i neste kapittel, men vi løfter her at aktørene forenes av noen målsettinger over sektorenes spesifikke mål.

Et bærekraftig samfunn

Å ta vare på og sikre velferdssamfunnets bærekraft – sosialt, klimamessig og økonomisk – er vesentlig og et felles samfunns mål for at Norge fortsatt skal være et godt land å bo i, i møte med nye og kjente utfordringer i årene fremover[1]. Norge skal også følge opp FNs bærekraftsmål frem mot 2030[2]. Sektorene deler altså et overordnet mål om å sikre et bærekraftig samfunn, som også kan favne målene som beskrives i det følgende.

Redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, tredjeparter og samfunnet

Det overordnede tverrpolitiske målet med rusmiddelpolitikken er å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltpersoner, tredjepersoner og samfunn[3]. Som vi beskriver i rapporten bærer flere sektorer store kostnader som følge av rusmiddelbruk.

Fremme helse og redusere sosial ulikhet i helse

Det er bred tverrpolitisk enighet om de tre nasjonale folkehelsemålene[4]:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Å oppnå folkehelsemålene krever innsats rettet mot befolkningen, miljøfaktorer og ulike samfunnsforhold, på tvers av samfunnssektorer[5].

Gi barn og unge best mulige forutsetninger for å leve gode liv

Å sikre en god oppvekst for barn og unge er et felles mål forankret i sentrale verdier[6] det norske samfunnet er tuftet på.

Bruke samfunnets ressurser best mulig

Offentlig sektor forvalter felleskapets midler[7] og er til for innbyggerne[8]. Samfunnets knappe ressurser må brukes slik at velferden blir størst mulig for samfunnet samlet sett gjennom effektiv ressursbruk[9]. Effektiv ressursbruk er derfor et felles mål for myndighetene og en forutsetning for å opprettholde innbyggernes tillit til myndighetene[10].

[1] Perspektivmeldingen, s. 7, 9.

[2]

[https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/ud/2016/rapport_bkm/\(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/ud/2016/rapport_bkm/(regjeringen.no))

[3] [Regjeringen.no, 2022](#)

[4] Folkehelsemeldinga, s. 13. 1 Målene ble lansert i Meld. St. 34 (2012-2013) God helse – felles ansvar og har vært de samme siden 2012.

[5] Helsedirektoratets (2022) innspill til ny folkehelsemelding, s. 6.

[6] Kommer for eksempel til uttrykk gjennom statens ansvar for å oppfylle barns rettigheter, jf. pkt. 2.3.1.

[7]

[https://dfo.no/fagomrader/effektiv-ressursbruk/hvorfor-skal-forvaltningen-vaere-opptatt-av-offentlig-ressursb\(dfo.no\)](https://dfo.no/fagomrader/effektiv-ressursbruk/hvorfor-skal-forvaltningen-vaere-opptatt-av-offentlig-ressursb(dfo.no))

[8] [https://dfo.no/fagomrader/effektiv-ressursbruk\(dfo.no\)](https://dfo.no/fagomrader/effektiv-ressursbruk(dfo.no))

[9] Effektiv ressursbruk defineres av DFØ:

[https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-s\(dfo.no\)](https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-s(dfo.no))

[10]

[https://dfo.no/fagomrader/effektiv-ressursbruk/hvorfor-skal-forvaltningen-vaere-opptatt-av-offentlig-ressursb\(dfo.no\)](https://dfo.no/fagomrader/effektiv-ressursbruk/hvorfor-skal-forvaltningen-vaere-opptatt-av-offentlig-ressursb(dfo.no))

Overordnet om ansvar og virkemidler

Ansvar

Mange sektorer har ansvar i det rusforebyggende arbeidet, men hovedansvaret for alkohol- og narkotikapolitikken (rusmiddelpolitikken) er forankret i Helse- og omsorgsdepartementet, som koordinerer arbeidet på tvers av departementene. De ulike sektorenes ansvar og reguleringen av dette beskrives i rapportens kapittel 3. I tillegg har myndighetene også et felles ansvar om de overordnede målsettingene.

Overordnede menneskerettslige forpliktelser overfor barn for å forebygge bruk av illegale rusmidler

[1]

Barnekonvensjonens artikkel 33 inneholder en plikt til å iverksette tiltak for å beskytte barn mot illegale rusmidler. Bestemmelsen danner et viktig utgangspunkt for statens forpliktelser i møte med barn som bruker illegale rusmidler. Å beskytte innebærer både en plikt til å forebygge bruk av illegale rusmidler og til å gi adekvat behandling og skadereduserende tjenester til barn som skades av bruk av illegale rusmidler.

Dette betyr at staten både har forebyggende og rehabiliterende forpliktelser etter artikkel 33. Etter ordlyden skal staten iverksette alle egnede tiltak, herunder lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak, for å beskytte barnet mot ulovlig bruk av narkotiske stoffer. Staten har en

relativt vid skjønnsmargin i valget av tiltak som iverksettes. Det stilles krav om at tiltakene må være effektive, det vil si at tiltakene må være egnet til å oppnå formålet.

Tiltakene skal være i samsvar med øvrige menneskerettslige standarder. For eksempel må retten til å medvirke i artikkel 12 være ivaretatt. Barnekomiteén har uttalt at retten stiller krav til saksbehandlingen i saker som gjelder barn. Retten til å uttale seg fritt skal blant annet innebære en rett til å formidle sine synspunkter uten press. I tillegg skal hensynet til barnets beste være et grunnleggende hensyn i alle offentlige handlinger som gjelder barn, jf. Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1. Barnets beste regnes både som en rettighet, et prinsipp og en saksbehandlingsregel.

Barnekomiteen har i uttalelser vektlagt at staten bør føre en kunnskapsbasert politikk, ha handlingsplaner rettet mot unges helse som adresserer rusbruk og investere i forebyggende og skadereduserende tiltak både på individ- og systemnivå. Det er anbefalt at programmer rettet mot barn som bruker rus bør være basert på kunnskap om hva som virker og ikke virker, og de bør rette seg inn mot ulike målgrupper. De bør også inneholde en sterk overvåknings- og evalueringsmekanisme som kan bidra til økt kunnskap og empiri.

Barnekonvensjonen artikkel 33 skal forstås i sammenheng med konvensjonens artikkel 24 nr. 1 som gir barn rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til et behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Rettigheten sammenfaller i stor grad med retten til helse i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12.

I sin generelle kommentar nr. 3 om gjennomføring av konvensjonen påpeker FNs barnekomite at samordning mellom ulike sektorer er grunnleggende for å oppnå anerkjennelse og virkeliggjøring av barns rettigheter i alle deler av forvaltningen, mellom forskjellige forvaltningsnivåer og mellom myndighetene og barn og unge selv. Kommentaren kan sees i sammenheng med det overordnede målet for oppdraget om bedre samordning mellom sektorene i det rusforebyggende arbeidet rettet mot barn og unge. Samordning og koordinering av innsatser er en forutsetning for å sikre at barns rettigheter som beskrevet ovenfor blir ivaretatt.

Virkemidler

Folkehelsemeldinga beskriver at den viktigste rusmiddelforebyggende innsatsen som kan gjøres er å legge til rette for et helsefremmende samfunn med trygge oppvekstvilkår, god psykisk helse og mestring, et inkluderende arbeidsliv, inkluderende lokalsamfunn og utjevning av sosiale helseforskjeller. De rusforebyggende virkemidlene dreier seg ellers om å redusere etterspørsel og tilgjengelighet av rusmidler. Vi beskriver kort og overordnet kommunens virkemidler i sammenhengen, før vi utdyper noe om virkemidler knyttet til ulike rusmidler.

I det lokale systematiske folkehelsearbeidet skal kommunen iverksette tiltak som er nødvendige for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan være tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold, fysiske og sosiale miljøer, og alkohol- og annen rusmiddelbruk (fhl. § 7). Kommunene tilbyr helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjenester, for eksempel helsetjenester i skolen og helsestasjon[2]. Helsestasjon for ungdom (HFU) er et gratis tilbud for unge mellom 12 og 20 år som tilbyr hjelp og råd fra helsepersonell, og som slik kan forebygge rusmiddelbruk og utvikling av rusproblemer hos unge. Rask psykisk helsehjelp (RPH) er en kunnskapsbasert modell i den kommunale helsetjenesten, for behandling av innbyggere over 16 år med angst, mild til moderat depresjon, søvnvansker og/eller begynnende rusmiddelproblemer[3]. Oppsøkende arbeid kan bidra til tidlig problemidentifisering, tidlig innsats og systematisk oppfølging av utsatte unge[4].

Alkohol

De viktigste virkemidlene på alkoholområdet er bevilningssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, aldersgrenser og avgiftspolitikken. De fleste av disse er regulert i alkoholloven og tilhørende forskrifter. Alkoholovens utgangspunkt er at all bruk av alkohol kan medføre skade, samfunnsmessig og individuelt. Loven skal bidra til å sikre at skadevirkningene av alkoholbruk blir så små som mulig - dels ved å begrense tilgjengeligheten, dels ved at omsetningsformene er betryggende. Vinmonopolloven regulerer AS Vinmonopolet som eierstyres av Helse- og omsorgsdepartementet. De regulatoriske virkemidlene besluttet og håndheves dels av statlige og dels av kommunale myndigheter[5]. I sammenhengen utdypes særlig aldersgrenser og reklameforbudet.

Aldersgrenser er et effektivt, forebyggende tiltak og det er sterk empirisk støtte for at aldersgrenser for kjøp av alkohol reduserer salg og alkoholproblemer for unge, gitt at forbudet håndheves[6]. Det følger av alkoholloven § 1-5 at salg, skjenking og utlevering av alkoholholdig drikk under 22 volumprosent alkohol ikke må finne sted til noen som er under 18 år, og at salg, skjenking og utlevering av alkoholholdig drikk over 22 volumprosent alkohol ikke må finne sted til noen som er under 20 år. Det er videre forbudt å kjøpe alkohol på vegne av personer som er under de tillatte aldersgrensene – såkalt langing.

Norge har hatt reklameforbud for alkohol siden 1975. Reklameforbudets hovedformål er å hindre påvirkning som fører til økt etterspørsel av alkoholholdig drikk. I tillegg har forbudet til formål å opprettholde forståelse i befolkningen for at alkoholholdige drikkevarer skiller seg fra andre handelsvarer og at det er behov for særskilt regulering som begrenser alkoholforbruket. For å oppnå formålene, er forbudet utformet som et generelt og medienøytralt forbud mot alle former for markedsføring av alkohol, med noen begrensede unntak[7]. Forbudet er viktig spesielt for å verne barn og unge mot alkoholreklame[8].

Ulike forhold til alkohol er også regulert i annet lovverk. Toll- og avgiftsregelverket regulerer bestemmelser om alkoholavgiftene og avgiftsfrie innførselskvoter mv. Forbud mot kjøring av motorvogn under påvirkning av alkohol er hjemlet i vegtrafikkloven. For føring av småbåt følger det av småbåtloven at grensen er 0,8 promille. Flere lover har bestemmelser om særlig avholdsplikt for visse yrkesgrupper, også i spesifiserte tidsrom før yrkesutøvelsen. Dette omfatter eksempelvis helsepersonell etter helsepersonelloven og for flygere etter luftfartsloven.

Andre virkemidler i alkoholpolitikken og som forklares nærmere senere i rapporten er informasjon og kunnskapsformidling, kampanjevirkosomhet og tilskuddsforvaltning.

Narkotika[9]

Narkotikapolitikken skal forebygge eksperimentering med og rekruttering til narkotika særlig blant barn og unge, og bidra til gode tjenester og tilstrekkelig hjelp. Effektiv og universell forebygging, tidlig innsats, tilgjengelig behandling og oppfølging er virkemidler som søker å redusere bruk av narkotika[10]. Statlige myndigheter skal understøtte kommunene og har også egen rusmiddelforebyggende innsats på narkotikaområdet rettet mot barn og unge[11].

Forbudet mot narkotika har vært et sentralt forebyggende virkemiddel for myndighetene for å begrense tilgjengeligheten til narkotika[12]. Bruk, besittelse, omsetning og andre former for ulovlig omgang med narkotiske stoffer i Norge medfører straffeansvar[13]. Straff er statens sterkeste virkemiddel overfor borgerne[14] og handlinger som er belagt med straff har et uttalt formål om å virke preventivt[15]. Samtidig har straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting, og kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker mer tilpassede tilbud og oppfølging[16].

Regulering og håndheving er imidlertid ikke det samme. Prosjektet (2022) «Alternative reaksjonsformer overfor unge i narkotikasaker»[17] undersøkte hva som skjer med unge som mistenkes/pågripes for bruk/besittelse av narkotika i Norge. Resultater fra prosjektet[18] viser at det var et tydelig skifte i straff av

mindreårige (15-17 år) som begikk narkotikalovbrudd på 2000-tallet. Betingede påtaleunnløtelser gikk bl.a. fra å være en ubetydelig reaksjonsform ved årtusenskiftet til å bli den dominerende straffereaksjonen.

Tilgjengelighet til narkotika reduseres også gjennom innsats mot narkotikahandel og organisert kriminalitet, og et bredt internasjonalt samarbeid og engasjement[19] på narkotikafeltet. Norge[20] deltar blant annet i på den årlige narkotikakonferansen som FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) arrangerer. Norge bidrar også med data og informasjon til EUs narkotikabyrå (EMCDDA) om narkotikasituasjonen i landet.

Andre rusmidler og tilstøtende forebyggende innsatsområder

Legemiddelomsetningen er regulert for å hindre avhengighet[21] og blant annet bruk av vanedannende medikamenter krever resept fra lege. Legemiddelbruk blant barn og unge er utbredt, og mange får nødvendig og god behandling av legemidler[22]. Det er samtidig viktig at voksne bidrar til at unge kan ta helsefremmende valg for sin egen bruk av medisiner[23]. En rapport[24] fra FHI (2018) om legemiddelbruk blant barn og unge i perioden 2008-2017 viser at den totale andelen barn som bruker legemidler har vært stabil i perioden, bortsett fra blant jenter 15-17 år, gjenspeilet blant annet i økt bruk av antidepressiva og antipsykotika[25]. Vi vet lite om årsaken til denne økningen i behandling av psykiske lidelser hos tenåringsjenter ifølge rapporten. Helsedirektoratet vil i 2024 gjennomføre en kampanje rettet mot unge om bruk av smertestillende legemidler.

Selv om dopingbruk blant unge er begrenset[26], kan bruk av anabole androgene steroider (AAS) medføre fysiske, psykiske og sosiale problemer for den enkelte, og det er viktig å se forebygging av doping i sammenheng med det rusforebyggende arbeidet, og som del av det helhetlige, lokale folkehelsearbeidet [27]. De kommunale tjenestene og ressurspersoner rundt ungdom bør ha kunnskap om doping og risikofaktorer. Antidoping Norge har forebyggende programmer rettet mot unge, men også kommunene bør ha forebygging av doping som del av planer i kommunen[28].

Enerettsmodellen er et viktig virkemiddel for å forebygge spilleproblemer i Norge. Barn og unge kan være utsatt for spilleproblemer selv, i tillegg til at foreldres spillebruk kan ha negative konsekvenser for familien. Kultur- og likestillingsdepartementet lanserte i 2022 en handlingsplan mot spilleproblemer som retter søkelys mot å skaffe kunnskap. Utsatte grupper i sosiale situasjoner som de med lav inntekt, studenter og innsatte, har særlig prioritet. Planen omfatter også dataspillfeltet der forebyggende informasjon er sentralt. Aktuelle forskningstemaer er blant annet sårbare gamere, faktorer som påvirker utviklingen av spilleproblematikk og effekten av hjelpetiltak rettet mot dataspillavhengighet.

Tobakk og nikotin er et tilstøtende forebyggende innsatsområde til rusfeltet. Områdene står overfor liknende utfordringer slik at forebyggende innsatser kan understøtte eller overlappe hverandre, i tillegg til at tobakk og ulike rusmidler i varierende grad sambrukes[29]. Folkehelsemeldinga presenterer en ny nasjonal tobakksstrategi[30]. Blant annet skal strategien legge til rette for at alle som er født i 2010 og senere skal være tobakks- og nikotinfri («tobakksfri generasjon»), i tråd med det langsiktige målet om et tobakksfritt samfunn som ble inntatt i formålsparagrafen i tobakksskadeloven i 2013. Regjeringen vil vurdere egnede tiltak for å nå målet. Tiltak i strategien er blant annet å videreføre effektive tobakkskampanjer og vurdere å styrke tobakksforebyggende skoleprogram, innføre standardiserte pakninger og forbud mot smakstilsetninger for e-sigaretter, utrede hvordan man kan redusere reklame og eksponering for tobakksvarer m.m. i sosiale medier.

[1] Fremstilling basert på punkt 4.4.1. i NIMs rapport [Rus og menneskerettigheter \(nhri.no\):
https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2022/09/NIM-R-2022-007.pdf](https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2022/09/NIM-R-2022-007.pdf)

[2] Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd 1. a og b.

[3] [Rask psykisk helsehjelp \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)

[4] [https://korus.no/vare-fagomrader/oppsoekende-sosialt-arbeid \(korus.no\)](https://korus.no/vare-fagomrader/oppsoekende-sosialt-arbeid)

[5] [https://www.forebygging.no/Artikler/2023/norsk-alkoholpolitikk-i-lys-av-oppdater-internasjonalt-forskning/\(forebygging.no\)](https://www.forebygging.no/Artikler/2023/norsk-alkoholpolitikk-i-lys-av-oppdater-internasjonalt-forskning/(forebygging.no))

[6] Babor, m.fl. (2010). Alcohol – no ordinary commodity. s.l.: Oxford University Press.

[7] Alkoholforskriften § 14-3.

[8] Helsedirektoratet vurderer bl.a. alkoholreklame i sosiale medier som alvorlig fordi den lett spres til barn og unge: content://72f53850-9a36-4740-9c95-1e0fc718805b

[9] Narkotika er i Norge et juridisk begrep som omfatter de stoffer lovgiver til enhver tid har fastlagt som narkotika. Direktoratet for medisinske produkter (tidl. Statens legemiddelverk) utarbeider narkotikalistene over hvilke stoffer dette gjelder i medhold av narkotikaforskriften etter innspill bl.a. fra politiet, Tolletaten og FHI.

[10] [https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/narkotikapolitikk/id2528185/?exr\(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/narkotikapolitikk/id2528185/?exr(regjeringen.no))

[11] Bl.a. Helsedirektoratet har en informasjonsside om cannabis for unge og gjennomfører en årlig cannabiskampanje.

[12] [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/sec1#kap1-1-1\(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/sec1#kap1-1-1(regjeringen.no))

[13] [https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygginglovgivning/id449058/\(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygginglovgivning/id449058/(regjeringen.no))

[14] [https://www.nhri.no/rapport/rus-og-menneskerettigheter/3-straft/\(nhri.no\)](https://www.nhri.no/rapport/rus-og-menneskerettigheter/3-straft/(nhri.no))

[15] [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2004-2005/inno-\(stortinget.no\)](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2004-2005/inno-(stortinget.no))

[16] NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp. En ny rapport fra NIM (2024) viser at rusavhengige opplever diskriminering og stigmatisering i møte med offentlige tjenester.

[17] Helsedirektoratet og Justis- og beredskapsdepartementet inngikk i 2015 en prosjektavtale med FHI (tidl. SIRUS) om bevilgning til forskningsprosjektet. Det overordnede spørsmålet var «Hva skjer med unge som mistenkes/pågripes for bruk/besittelse av narkotika i Norge?».

[18] Fremstillingen er basert på oppsummerende notat skrevet av Thomas Anton Sandøy (2022): [https://www.fhi.no/contentassets/e04b8257e03e4c4abd19d0d45643e109/oppsummerende-notat-alternative\(PDF\)](https://www.fhi.no/contentassets/e04b8257e03e4c4abd19d0d45643e109/oppsummerende-notat-alternative(PDF))

[19]

[https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/narkotikapolitikk/id2528185/\(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/narkotikapolitikk/id2528185/(regjeringen.no))

[20] Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Utenriksdepartementet og Helsedirektoratet.

[21]

[https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygginglovgivning/id449058/\(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygginglovgivning/id449058/(regjeringen.no))

[22] <https://www.fhi.no/publ/2018/legemiddelbruk-hos-barn-og-unge-i-norge-2008-2017/> (fhi.no)

[23] Helsenorge – Barn og ungdoms bruk av legemidler:

<https://helsenorge.no/medisiner/barn-og-medisiner/> (helsenorge.no)

[24] Furu, K. (2018).

[https://www.fhi.no/contentassets/7324b171f61840e5ace8590ba23a3c6e/legemiddelbruk-barn-og-unge_put\(PDF\)](https://www.fhi.no/contentassets/7324b171f61840e5ace8590ba23a3c6e/legemiddelbruk-barn-og-unge_put(PDF))

[25] <https://www.fhi.no/publ/2018/legemiddelbruk-hos-barn-og-unge-i-norge-2008-2017/> (fhi.no)

[26] Blant ungdom i alderen 15-16 år oppgir omkring én prosent å ha brukt anabole androgene steroider (AAS) noen gang. Flere gutter enn jenter oppgir bruk.

[27] Folkehelsemeldinga, s. 62.

[28] Folkehelsemeldinga, s. 62.

[29] Bl.a. cannabis og tobakk.

[30] Folkehelsemeldinga, s. 44 flg.

Dagens tverrsektorielle organisering og samhandling

I dette kapittelet fremstilles dagens organisering av og samhandling i det rusforebyggende arbeidet. Kapittelet innledes med et oversiktsbilde på hvorfor rusforebygging er et tverrsektorielt ansvarsområde og anliggende (3.1). Deretter (3.2) beskrives de enkelte etatene som oppdraget ble gitt til; deres rolle, ansvar, virkemidler og målsettinger, jf. oppdragets punkt 1. Videre tegnes noen hovedlinjer om samarbeid og samhandling mellom etatene opp (3.3), før viktige områder for tverrsektoriell samhandling identifiseres til slutt i kapittelet (3.4).

Rusforebygging – et tverrsektorielt tema og ansvar

Bruk av alkohol og illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for å dø før fylte 70 år i Norge, og rusbrukslidelser bidrar til betydelig helsetap og tapte leveår[1]. Rusmiddelbruk medfører store kostnader for samfunnet som helhet, og for ulike sektorer. Omfattende kostnader[2] kan knyttes blant annet til vold[3] og kriminalitet[4], omsorgssvikt[5], helsehjelp[6], tappt produktivitet i arbeidslivet[7], og redusert deltakelse i utdanning[8]. Rusforebygging er derfor et tverrsektorielt tema.

Folkehelsemeldinga beskriver at den viktigste rusforebyggende innsatsen som kan gjøres er å legge til rette for et helsefremmende samfunn med trygge oppvekstvilkår, god psykisk helse og mestring, et inkluderende arbeidsliv, inkluderende lokalsamfunn og utjevning av sosiale helseforskjeller[9]. Barn og unge er særlig utsatt for skader og negative konsekvenser av rusmiddelbruk, både fra eget bruk og i miljøet de vokser opp i[10]. Å sikre gode og trygge oppvekstforhold er et ansvar flere sektorer deler og som kan fremme beskyttelsesfaktorer og redusere risikofaktorer hos barn og unge[11]. Rusforebygging er derfor også et tverrsektorielt ansvar (se også pkt. 2.3.1).

Det er også bred støtte i forskning om det tverrsektorielle utfordringsbildet som fører til utenforskap og marginalisering i gruppen av barn og unge.

[1] [https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/rusmidler-og-psykiske-lidelser/id \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/rusmidler-og-psykiske-lidelser/id (regjeringen.no))

[2] [https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/?term=#sosiale-kr \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/?term=#sosiale-kr (fhi.no))

[3] [https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/alkohol-og-vold/?term=\(fhi.no\)](https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/alkohol-og-vold/?term=(fhi.no))

[4] <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-p>

[5] [https://www.bufdir.no/barnevern/omsorgssvikt/ \(bufdir.no\)](https://www.bufdir.no/barnevern/omsorgssvikt/)

[6] [https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=\(fhi.no\)](https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=(fhi.no))

[7]

[https://avogtil.no/wp-content/uploads/sites/4/2022/01/220112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk\(PDF\)](https://avogtil.no/wp-content/uploads/sites/4/2022/01/220112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk(PDF))

[8]

[https://avogtil.no/wp-content/uploads/sites/4/2022/01/220112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk\(PDF\)](https://avogtil.no/wp-content/uploads/sites/4/2022/01/220112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk(PDF))

[9] Folkehelsemeldinga s. 59.

[10] <https://rusopplysningen.no/radtilforeldre>

[11]

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lokalt-rusmiddelforebyggende-arbeid-i-et-folkehelseperspektiv>

De enkelte etatenes rolle, ansvar, virkemidler og målsettinger

Helsedirektoratet

Hovedansvaret for alkohol- og narkotikapolitikken (rusmiddelpolitikken) er forankret i helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet har det koordinerende ansvaret for det rusmiddelforebyggende arbeidet på tvers av departementene. Helsedirektoratet er departementets fag- og myndighetsorgan på fagfeltet i tillegg til å være regelverksforvalter og iverksetter av vedtatt politikk.

Helsedirektoratets samfunnsoppdrag er å bidra til at flere har god helse, at helseforskjellene mellom folk blir mindre, og til god og sikker behandling i helse- og omsorgstjenesten. Rusforebygging er en integrert og sentral del av dette oppdraget med tanke på at bruk av rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for død og tapte friske leveår i befolkningen. Ifølge styringsdokumenter skal rus og psykisk helse være et prioritert felt for direktoratets arbeid, og gjennom tildelingsbrev styres direktoratet blant annet etter egne mål og nøkkeltall om rusmiddelbruk i befolkningen.

Helsedirektoratets mål for det rusforebyggende arbeidet følger av de overordnede målene for rusmiddelpolitikken og er formulert av departementet slik: «*å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltpersoner, tredjepersoner og samfunn.*»[1] (vår kursiv). Barn og unge er ekstra utsatt for negative konsekvenser av rusmiddelbruk og er derfor en prioritert målgruppe i det rusforebyggende arbeidet.

Det russpesifikke forebyggende arbeidet søker å begrense både tilgjengelighet og etterspørsel av rusmidler gjennom flere ulike virkemidler. Direktoratet forvalter og fortolker en lang rekke helselover med forskrifter som direkte og indirekte regulerer det rusforebyggende arbeidet overfor barn og unge og voksne. Helsedirektoratet har ansvar for å sikre at disse rettsreglene forstås og anvendes i samsvar med beste praksis, slik at lover og forskrifter på en effektiv måte bidrar til å forebygge rusmiddelproblemer og understøtter ønsket utvikling. I den forbindelse utgir direktoratet rundskriv, normerende produkter som nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og råd, og forvalter kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet er delegert myndighet for å forvalte og fortolke alkoholloven. Blant annet er direktoratet bevillingsmyndighet og fører tilsyn med reklameforbudet. Lovens utgangspunkt er at all bruk av alkohol kan medføre skade og at økende forbruk gir økende skadevirkninger. Alkoholloven skal bidra til å sikre at skadevirkningene av alkoholbruk blir så små som mulig, dels ved å begrense tilgjengeligheten og dels ved at omsetningsformene er betryggende. Helsedirektoratet er også delegert myndighet til å forvalte og fortolke de fleste generelle helselovene og folkehelseloven.

Rusmiddelforebygging må ses i sammenheng med folkehelsearbeidet for øvrig. Folkehelsemeldinga[2] beskriver at den viktigste rusmiddelforebyggende innsatsen man kan gjøre er å *«legge til rette for eit helsefremjande samfunn med trygge oppvekstvilkår, god psykisk helse og meistring, eit inkluderande arbeidsliv, inkluderande lokalsamfunn og utjamning av sosiale helseforskjellar»*. Helsedirektoratet fremmer dette gjennom det ansvar og de virkemidler direktoratet er gitt gjennom det systematiske folkehelsearbeidet etter folkehelseloven (se under).

Etter folkehelseloven skal Helsedirektoratet være pådriver for et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, ha oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker den, følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer, og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet, herunder i rusmiddelfeltet. Direktoratet er etter loven gitt ansvar for å gi kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Videre skal direktoratet gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter bestemmelser i loven. Opplysningene skal være basert på statistikk Folkehelseinstituttet har utarbeidet.

Innsatsen til helse- og omsorgstjenestene for å forebygge sykdom og videre sykdomsutvikling har også stor betydning for helsetilstanden i befolkningen (Meld. St. 15 (2022-2023)). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er, sammen med fastlegeordningen, de viktigste forebyggende og helsefremmende tjenestene rettet mot barn, unge og familier (ibid, s. 104). Rusforebygging skjer blant annet gjennom tidlig oppdagelse og intervensjon, og ved å styrke den enkeltes helsekompetanse. Om samhandling og organisering i helse- og omsorgstjenestene ellers viser vi til Helsepersonellkommisjonens beskrivelse av dette[3].

Direktoratet driver holdningsskapende og opplysningsarbeid gjennom å formidle informasjon og kunnskap om alkohol og andre rusmidlers påvirkning på og konsekvenser for helse. Kommunikasjonen skjer både i direktoratets egne kanaler som HelseNorge og gjennom kampanjevirkosomhet i kommersielle kanaler. Målet er å øke kunnskap om rusmidler og helse, påvirke holdninger i helsefremmende retning og sette den enkelte i stand til å ta helsefremmende og informerte levevalg. Gjennom samarbeid med andre offentlige etater, privat sektor og frivillige/ideelle organisasjoner søker Helsedirektoratet å fremme rusmiddelfrie arenaer blant annet av hensyn til barn og unge. Familie og hjem, utdanning, trafikk, fritid og idrett er viktige slike arenaer.

Helsedirektoratet deltar i internasjonalt samarbeid både om forebygging av alkohol og andre rusmidler. Nordiske myndigheter er viktige samarbeidspartnere blant annet gjennom Nordisk rusmiddelseminar som arrangeres årlig. Helsedirektoratet er norsk kontaktpunkt med "Head of Focal point" for EUs narkotikaovervåkingssenter (EMCDDA), og er ansvarlig for oppgaver Norge er forpliktet til å utføre i samarbeidet med rapportering av mange ulike forhold knyttet til illegale rusmidler. Direktoratet samarbeider også med FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) og deltar i FNs årlige narkotikakommisjon.

Statsforvalteren[4] er statens representant i fylket og har en sentral rolle i iverksetting av politikken på folkehelseområdet i kommunene. Helsedirektoratet skal bidra med innspill til felles årlig tildelingsbrev og hovedinstruks fra Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet (DFD). Helsedirektoratet skal følge opp statsforvalteren på Helsedirektoratets ansvarsområde.

Helsedirektoratet forvalter tilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (Korus) som tilbyr kurs, opplæring, fagsamlinger og konferanser, etablerer og drifter faglige nettverk og bistår med fagutvikling og veiledning til kommuner, fylkeskommuner og spesialisthelsetjenesten[5].

Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet direktoratet, og kan gjennom sitt arbeid med å hjelpe pasienter, brukere og pårørende med råd, veiledning og bistand i møte med helsetjenesten bidra til ønsket utvikling i rusmiddelfeltet.

Helsedirektoratet tildeler også tilskudd til andre aktører i det rusforebyggende feltet. Tilskuddene skal bidra til å etablere, støtte og styrke tiltak og tjenester. På fagområdene psykisk helse og rus er det en rekke søknadsbaserte ordninger med ulike formål, målgrupper, tildelingskriterier og mottakere, både offentlige instanser, kommuner, frivillige/ideelle organisasjoner og private aktører. Tilskuddsmidlene fordeles gjennom åpne konkurranser, øremerkede tilskudd til Korus og Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), og midler delegert til statsforvalterne. I 2023 ble det totalt tildelt i overkant av 1 mrd. kroner til tilskudd på rusfeltet. Totalbeløpet for område psykisk helse, rus og vold var på 2,3 mrd. kroner. Helsedirektoratet forvalter Program for folkehelse i kommunene som har til hensikt å styrke det lokale og systematiske folkehelsearbeidet, her under rusmiddelforebyggende arbeidet, i kommunene. Tilskuddene går til fylkeskommunene som igjen tildeler midler til kommuner, basert på kommunenes behov.

Politidirektoratet

Forebygging er i kjernen av politiets samfunnsoppdrag.[6] Forebygging omfatter arbeidet politiet utfører, alene eller i samarbeid med andre, for å redusere forekomsten av kriminelle handlinger og uønskede hendelser, redusere skadevirkningene og hindre gjentakelse.[7] Dette favner oppgaver innenfor kriminalitetsforebygging, samfunnssikkerhet og beredskap, trafikk sikkerhet, trygghetsskapende og tillitsbyggende arbeid.

Politidirektoratet har utarbeidet en nasjonal retningslinje for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet.[8] Retningslinjen beskriver plikter og oppgaver politiet har i det forebyggende arbeidet på feltet. Politiets oppgaver knytter seg både til reduksjon av tilgjengeligheten og etterspørselen av illegale rusmidler. Særlig viktig er politiets virkemidler knyttet til å redusere tilgjengeligheten av illegale rusmidler, og forebygge at barn og unge utsettes for kontekster med kjøp og salg av illegale rusmidler. Det er også et mål å forebygge at mindreårige utsettes for kjøp og salg av alkohol. Politiet kan også iverksette enkelte forebyggende tiltak ved bekymring for barns rusbruk, eller hvis barnet befinner seg i en kontekst hvor bl.a. rus gir grunn til bekymring.

Politidirektoratet har utarbeidet nasjonale retningslinjer for politiets møter med barn, som skal bidra til å øke politiets bevissthet om barns rettigheter, legge til rette for at rettighetene etterleves i oppgaveløsning som omhandler barn og styrke politiets handlingskompetanse ved forholdsmessighetsvurderinger i møter med barn.[9]

Politiet arbeider både i det forebyggende sporet og i straffesaksspolet. Det er viktig at politiet til enhver tid er bevisst hvilket spor tjenestehandlingene følger, ettersom det forebyggende sporet og straffesaksspolet reguleres av ulike regelsett.

Politiets inngrep overfor enkeltpersoner skal ha klar og tydelig hjemmel i lov, og alle tjenestehandlinger overfor grupper eller enkeltpersoner skal være nødvendig og forholdsmessig ut fra den konkrete situasjonen. Politiet har derfor et begrenset handlingsrom for inngrep overfor enkeltpersoner i forebyggende hensikt.

Alminnelige forebyggende tiltak

Informasjonsarbeid: Politiet får unik kunnskap gjennom etterretning, straffesaker og beslag. Politiet kan bidra med kunnskap om hvordan ruspåvirkning kan knyttes til andre former for kriminalitet og uønskede hendelser, samt kunnskap om hvordan narkotika særskilt bidrar til andre former for kriminalitet og til opprettholdelse av et illegalt marked.

Tilstedeværelse og oppsøkende virksomhet: Politiet har en viktig rolle gjennom sin tilstedeværelse på en rekke arenaer og sitt trygghetsskapende arbeid. Gjennom tilstedeværelse kommer politiet også i posisjon til å identifisere miljøer og personer hvor det er grunn til bekymring for rus eller kriminalitet. Politiet er gitt enkelte forebyggende inngrepshjemler gjennom politiloven § 7, som blant annet hjemler forebyggende tiltak i form av bortvisning og anholdelse. Politiet kan også gripe inn overfor åpenlys omsetning av illegale rusmidler og annen kriminalitet som skjer i tilknytning til åpne russcener.

Trafikksikkerhet: Politiet har oppgaver knyttet til trafikksikkerhet på veg, på sjøen og i luftfarten. Politiets trafikksikkerhetsarbeid på veg har som hovedmål å forebygge ulykker med drepte og hardt skadde.[10] Nullvisjonen om ingen drepte eller hardt skadde ligger til grunn for det tverrsektorielle samarbeidet om trafikksikkerhet i Norge. Gjennom kontroller og håndhevelse bidrar politiet til økt bevissthet om og gode holdninger til trafikksikkerhet og til å forebygge ulykker og lovbrudd i trafikken.

Forebygging gjennom forvaltning: Politiet har en rekke forvaltningsoppgaver som understøtter samfunnsoppdraget om å arbeide forebyggende. Lovgivningen på forvaltningsområdene avhenger ikke av lovligheten av rusmidlene, men knytter seg til blant annet edruelighetspliktene og skikkethetsvurderinger. Formålet er å hindre fremtidige ulykker og kriminelle handlinger tilknyttet våpen, førerrett, vandel, hund, vaktvirksomhet, brukthandel, kjøreseddel osv. Ved grunnlag for bekymring om edruelighet eller skikkethet skal politiet sende en bekymringsmelding i forvaltningssporet.[11]

Særskilte forebyggende tiltak overfor barn

Politiet har enkelte særskilte hjemler for forebyggende tiltak overfor barn, og har handlingsplikt når barn påtreffes i ruset tilstand eller i tilknytning til rusmiljøer. Politiloven § 13 hjemler ulike forebyggende inngrep overfor barn, og gir politiet adgang til å blant annet vise eller bringe barn hjem.[12] Dersom politiet er bekymret for et barns rusbruk, skal verge varsles og orienteres om bekymringen, med mindre spesielle forhold rundt barnets beste taler mot slikt varsel.

Politiet har etter barnevernsloven § 13-2 plikt til å melde fra til barnevernet uten ugrunnet opphold, blant annet når:

- det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller utsatt for annen alvorlig omsorgssvikt.
- et barn har vist alvorlige atferdsvansker ved å begå alvorlige eller gjentatte lovbrudd, ved problematisk bruk av rusmidler, eller ved å ha vist annen form for utpreget normløs atferd.[13]

Etter politiloven § 13 kan politiet pålegge barn og deres foresatte å møte til en bekymringssamtale hos politiet om barnet har begått en straffbar handling, og formålet med samtalen er å forebygge videre lovbrudd.[14] Dersom det kun foreligger bekymring for risikoadferd, kan politiet invitere, men ikke pålegge, barnet og deres foresatte til en forebyggende samtale. Bekymringssamtalen er et forebyggende verktøy, og ikke en del av straffesaksbehandlingen. Det må vurderes konkret i den enkelte sak hvorvidt det gjennomføres en bekymringssamtale.

Samarbeid med andre offentlige myndigheter og organisasjoner

Politiet har plikt til å samarbeide med andre offentlige myndigheter og organisasjoner når deres oppgaver berører politiets virkefelt.[15] Politiet samarbeider med andre både gjennom deltakelse i tverretatlige samarbeidsstrukturer og gjennom bilateralt samarbeid med den enkelte etat.

Samarbeid mellom kommune og politi er sentralt for å lykkes med å forebygge kriminalitet og uønskede hendelser i lokalsamfunnet. Politidirektoratet og kommunesektorens organisasjon KS har utarbeidet en veileder med råd og veiledning om videreutvikling av samarbeidet mellom aktørene.[16]

Aktuelle lokale samarbeidsstrukturer hvor politiet inngår er politiråd og SLT (Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak). Politiråd er et formalisert samarbeid mellom kommune og lokalt politi om kriminalitetsforebygging, redning og beredskap, og trygghet i lokalsamfunnet. Formålet er å utveksle informasjon, dele kunnskap og etablere felles problemforståelse av betydning for de prioriteringer og beslutninger som aktørene foretar. SLT er en samarbeidsstruktur som særlig omhandler tverrsektorielt samarbeid om forebygging av rus og kriminalitet blant barn og unge. De to hovedaktørene i samarbeidet er politi og kommune. Det er opp til kommunene hvordan de organiserer sitt forebyggende arbeid. Politiet deltar i SLT-samarbeidet i alle kommuner som velger denne samarbeidsmodellen, og samarbeider med kommunene gjennom andre strukturer når andre modeller for samarbeid velges.

Politiet må ha god kunnskap om lokale forhold, innbyggernes behov samt være tilgjengelig og tilstede for innbyggerne. Politiet skal ha nært samarbeid med kommunene og god samhandling med andre nødetater. Politiet skal bidra med informasjonsdeling mellom etatene. Alle kommuner skal tildeles en egen politikontakt, som skal være det daglige kontaktleddet med kommunene, og rådgiver innenfor kriminalitetsforebyggende arbeid. Politikontakten har en viktig forebyggende rolle ved å bidra til helhetlig samhandling, sørge for kunnskapsdeling og erfaringsutveksling mellom politiet og ulike samarbeidsaktører i kommunen.[17]

Politiets handlingsrom for utlevering av opplysninger om enkeltpersoner er regulert gjennom politiregisterloven[18], politiregisterforskriften og forvaltningsloven.

Kriminalomsorgsdirektoratet

Kriminalomsorgens samfunnsoppdrag er å gjennomføre straff i fengsel og samfunn og å forbygge ny kriminalitet. Varetektsfengsling og straffereaksjoner skal gjennomføres på en måte som er betryggende for samfunnet og som motvirker nye straffbare handlinger. Det skal legges til rette for at lovbrytere skal kunne gjøre en innsats for å endre sitt kriminelle handlingsmønster.

Stadig færre unge under 25 år gjennomfører straff i fengsel. Samtidig er det en stadig økning i andelen unge som gjennomfører ubetinget straff i samfunnet med elektronisk kontroll og samfunnsstraff. Tilbakefall til ny kriminalitet synker med økende alder, og er klart høyest for aldersgruppen under 25 år.

Kriminalomsorgen ser behov for tilpasset straffegjennomføring for unge i alderen 18 – 24 år. «Fagstrategi om unge i alderen 18-24 år – 2021-2026» peker ut retning for kriminalomsorgens arbeid med unge innsatte og domfelte. Formålet med tiltakene i strategien er å sikre at målgruppen får en forsterket oppfølging og tilrettelagt straffegjennomføring basert på deres behov.

Innsatte i fengsel og domfelte som gjennomfører straff i samfunn har en overopphoping av psykiske lidelser, rusmiddelproblemer (ca. 60 %) og levekårsproblemer. Innsatte i fengsel har en forhøyet risiko for selvmord og selvskadende atferd, og mange har psykisk utviklingshemming og omfattende omsorgsbehov. 1 av 4 er dømt for seksuallovbrudd. I fengsel er det en betydelig økning av innsatte over 50 år[19].

Unge innsatte 15-24 år har generelt enda større rusmiddelproblemer, psykiske lidelser, atferdsproblemer, levekårsutfordringer og omfattende behov for bistand enn andre innsatte.

I løpet av et år gjennomfører 30 barn fengselsstraff eller varetekt i en av kriminalomsorgens to ungdomsenheter som til sammen har 8 plasser. Det er flere i aldersgruppen 15-18 som gjennomfører straff i samfunn enn i fengsel. I 2022 var det i alt 47 mindreårige som gjennomførte samfunnsstraff.

I aldersgruppen 18-24 år er det cirka 370 innsatte i fengsel, og om lag samme antall, 360 domfelte som gjennomfører straff i samfunn. Unge innsatte og domfelte er i hovedsak dømt for alvorlig kriminalitet som seksuallovbrudd, legemsbeskadigelse/fornærmelse, narkotikaomsetning, ran og drap.

Kriminalomsorgen driver ikke primærforebygging, men tertiærforebygging for å forhindre tilbakefall til rusmiddelavhengighet og kriminalitet etter straffegjennomføring for unge og eldre. Kriminalomsorgens virkemidler er ruskontroll, motivasjonsarbeid, endrings- og tilbakeføringsarbeid.

Kriminalomsorgens rolle overfor samarbeidende etater er å tilrettelegge for og sikre at det etableres samarbeid med kommune og andre aktuelle tjenesteytere, herunder kommunale rustiltak, NAV og TSB. Ifølge straffegjennomføringsloven § 4 skal kriminalomsorgen «gjennom samarbeid med andre offentlige etater legge til rette for at domfelte og innsatte i varetekt får de tjenester som lovgivningen gir dem krav på. Samarbeidet skal bidra til en samordnet innsats for å dekke domfelte og innsattes behov og fremme deres tilpasning til samfunnet.»

Straff kan gjennomføres i:

- Fengsel med høyt sikkerhetsnivå
- Fengsel med lavere sikkerhetsnivå
- ND-senter (Narkotikaprogram med domstolskontroll)
- Overgangsbolig
- Friomsorg
- Ungdomsenheter (for mindreårige)

Straffegjennomføring i fengsel

Enkelte fengsler har samlet unge 18-24 år, men de fleste i den aldersgruppen gjennomfører straffen sammen med øvrige innsatte i ulike fengsler. De får tilbud om videregående skole og helsetjeneste i fengsel. Virkemidlene er arbeids- og aktiviseringsstilbud, videregående skole, BRIK-kartlegging og planlegging av løslatelse sammen med velferdsetatene og overføring til straffegjennomføring i samfunn. Det er egne ungdomsteam i noen utvalgte fengsler.

Helse- og omsorgstjenesten er til stede i de fleste fengsler de fleste ukedager mandag-fredag. I mange fengsler er psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til stede ukentlig. Det er videregående skoletilbud i alle fengsler med yrkesfaglig og studiespesialiserende tilbud.

Noen fengsler har egne rusmestringsenheter som drives i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Personer som er dømt til ubetinget fengsel kan søke om å gjennomføre hele eller deler av straffen i institusjon, fortrinnsvis rusbehandlingsinstitusjon (§ 12).

I fengsel tilbyr Ungdomsenhetene 15-18 år miljøarbeid, motivasjon og traumeforståelse. De får et individuelt tilbud om undervisning i form av ungdomsskole og videregående skole ved behov. De unge innsatte får tilbud av helse- og omsorgstjenesten og psykisk helsevern som er til stede i ungdomsenhetene. Ungdomsenhetene har et nært samarbeid med barnevernet som mange hadde kontakt

med før innsettelse. To enheter i Bergen og Eidsvoll med 4 plasser i hver enhet og 32 ansatte med tverrfaglig bakgrunn. Det jobbes i tverrfaglige team; kriminalomsorg, psykolog, barnevern og skolerådgiver. Det er viktig å sikre gode overganger fra ungdomsenhet til voksenfengsel.

Straff i samfunn

Frimsorgskontorene har ansvar for gjennomføring av straff i samfunnet:

Samfunnsstraff, program mot ruspåvirket kjøring, narkotikaprogram med domstolskontroll, straffegjennomføring med elektronisk kontroll og bøteteneste gjennomføres med oppfølging av frimsorgskontorene. Videre sørger frimsorgskontorene for oppfølging av domfelte som er løslatt fra fengsel og forvaring med vilkår om møteplikt. Frimsorgskontorene utarbeider også personundersøkelser, inkludert personundersøkelser for mindreårige, av personer som er siktet for straffbare forhold, etter beslutning av påtalemyndigheten og domstolene.

Straffereaksjoner i samfunn særskilt rettet mot domfelte med rusproblemer er narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) og program mot ruspåvirket kjøring (RK).

Personundersøkelse for mindreårige (PUM) skal skaffe opplysninger om ungdommen slik at påtalemyndighet og domstol kan utmåle en riktig og hensiktsmessig straffereaksjon for den enkelte ungdom, som ubetinget fengsel, samfunnsstraff, eller ungdomsoppfølging og ungdomsstraff hvor sist nevnte gjennomføres av Konfliktrådet.

Ved de ti største frimsorgskontorene er det ungdomsansvarlige som skal tilrettelegge for ungdom 15-24 år. De har et særlig ansvar for å følge opp de mindreårige og utvikle et tilpasset innhold i straffen for de unge. Det tilbys individuelle samtaler for å kartlegge den enkeltes interesser, behov og ressurser som legges til grunn for valg av innhold i straffegjennomføringen. Frimsorgskontorene samarbeider blant annet med barnevern, helsetjeneste og videregående skole. Skolen prioriteres, herunder tiltak for å forhindre frafall. Frimsorgskontorene støtter opp om allerede eksisterende tiltak som er iverksatt av eksempelvis barnevernet.

I straff i samfunn Frimsorgskontorene har ungdomsansvarlige som skal tilrettelegge for ungdom 15-24 år. De har et særlig ansvar for å følge opp de mindreårige og utvikle et tilpasset innhold i straffen for de unge. Personundersøkelse for mindreårige (PUM) skal skaffe opplysninger om ungdommen slik at påtalemyndighet og domstol kan utmåle en riktig og hensiktsmessig straffereaksjon for den enkelte ungdom, som ubetinget fengsel, samfunnsstraff, eller ungdomsoppfølging og ungdomsstraff hvor de to sist nevnte gjennomføres av Konfliktrådet.

Det tilbys individuelle samtaler for å kartlegge den enkeltes interesser, behov og ressurser som legges til grunn for valg av innhold i straffegjennomføringen. Frimsorgskontorene har et nært samarbeid med barnevern, helsetjeneste og videregående skole. Skolen prioriteres, herunder tiltak for å forhindre frafall. Mange gjennomfører Samfunnsstraff med samfunnsnyttig tjeneste og for eksempel sinnemestringsprogram ved behov. Frimsorgskontorene støtter opp om allerede eksisterende tiltak som er iverksatt av eksempelvis barnevernet.

Øvrige tiltak under straffegjennomføring (fengsel og samfunn):

- Samtaleverktøyet russamtalen
- Overdoseforebyggende tiltak i alle fengsler og nå i gang i straff i samfunn
- Programvirksomhet, eks. rusprogrammet «Er-Vil-Kan»
- Samtaleverktøyene «Good Lives Model» og «Play it right»

I mange av de over nevnte tiltakene samarbeides det med TSB, kommunale rustiltak i helse- og omsorgstjenesten, NAV, politi og konfliktråd. De fleste av tiltakene er avhengig av oppfølging av helsetjenesten dersom de skal få til varig endring og hindre tilbakefall til rusmiddelavhengighet og ny kriminalitet[20] [21].

Sekretariatet for konfliktrådene

Sekretariatet for konfliktrådene (Sfk) er en statlig tjeneste underlagt Justis- og beredskapsdepartementet og er konfliktrådenes sentrale administrasjon. Sfk er ansvarlig for faglig ledelse, styring og oppfølging av 12 konfliktråd. Totalt er det ca. 140 ansatte i konfliktrådet og i tillegg ca. 450 meklere.

Konfliktrådet tilbyr mekling som metode for å håndtere konflikter. Konfliktrådet har et spesielt ansvar for barn og unge som begår lovbrudd, og gjennomfører de strafferettslige reaksjonene mekling i konfliktråd, oppfølging i konfliktråd, ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. I konfliktrådets samfunnsoppdrag inngår i tillegg en bredere kriminalitetsforebyggende rolle gjennom at konfliktrådet skal bidra til kunnskapsbasert kriminalitetsforebygging, både nasjonalt og lokalt. Sfk har ansvar for samordningsmodellen for lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT-modellen) i tillegg til nasjonale oppgaver knyttet til forebygging av vold i nære relasjoner og forebygging av radikaliserings og ekstremisme. Sfk forvalter tre tilskuddsordninger på vegne av Justis- og beredskapsdepartementet:

- Tilskudd til å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner
- Tilskudd til kriminalitetsforebyggende tiltak
- Tilskudd til forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme

Mekling og straffereaksjoner for ungdom

Mange av meklingssakene i konfliktrådet omhandler lovbrudd eller konflikter som har oppstått i rus eller på grunn av rus. Med mekling som en metode hjelper en upartisk mekler partene til å finne løsninger selv. Dette kan innebære samtaler for å adressere underliggende problemer, inkludert rusproblematikk. Et møte i konfliktrådet kan således gjenopprette skade og relasjoner for de som har blitt utsatt for lovbrudd eller andre skader fra personer med rusproblemer.

Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging ble innført i 2014 og er straffereaksjoner i samfunn for ungdom som var mellom 15 og 18 år på gjerningstidspunktet. Det overordnede målet med ungdomsreaksjonene er å få til positiv endring slik at ungdommen ikke begår nye lovbrudd. Reaksjonene bygger på prinsippene om gjenopprettende prosess og tverretattlig oppfølging. Målgruppen for ungdomsstraff er ungdom som har begått "gjentatt eller alvorlig kriminalitet" og kan idømmes fra seks måneder opptil tre år. Det er vedtatt flere lovendringer for disse straffereaksjonene som trer i kraft 1. september 2024 jf. Prop. 139 L (2022-2023). Dette innebærer blant annet at ungdomsoppfølging kun kan ilegges av påtalemyndigheten mens ungdomsoppfølging fortsatt skal idømmes av domstolen. Både ungdomsstraff og ungdomsoppfølging vil fortsatt forutsette at ungdommen har et oppfølgingsbehov. For ungdomsoppfølging må ungdommen samtykke til reaksjonen.

Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT-modellen)

Sfk har det nasjonale ansvaret for SLT-modellen. Modellen skal styrke lokalsamfunnenes koordinering av kriminalitetsforebyggende arbeid og hovedmålsetningen er at den skal bidra til god og helhetlig forebygging av rus og kriminalitet lokalt i kommunene. Oppfølgingen innebærer faglig støtte til kommunene gjennom blant annet tilbud om opplæring, kurs, konferanser, nettverksmøter og løpende veiledning.

Modellen er ikke lovpålagt, og hver kommune beslutter dermed selv om de velger å ta modellen i bruk. De kommunene som har implementert SLT-modellen, har den samme tre-nivåstrukturen som består av

styringsnivå, koordineringsnivå og utførernivå. Satsingsområdene tilpasses lokale forhold. For å ivareta formålet med SLT-modellen er det avgjørende med en SLT-koordinator som legger til rette for et godt samarbeid mellom ulike instanser og profesjoner som er involvert i det lokale rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet. Koordinatorens rolle er å samordne, systematisere, koordinere og være et bindeledd mellom de tre nivåene i modellen. SLT-koordinator har ansvar for å ta initiativ til iverksetting av konkrete tiltak. Koordinatoren skal først og fremst initiere og koordinere, ikke gjennomføre tiltakene.

Arbeids- og velferdsdirektoratet

NAV har ingen spesifikke føringer som går direkte på rusforebyggende arbeid ovenfor barn og unge. NAV sitt samfunnsoppdrag: *Å bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid* kan likevel være relevant i det rusforebyggende arbeidet og forebygging generelt.

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) består av Arbeids- og velferdsetaten (statlig del) og de kommunale tjenestene som inngår i NAV-kontoret. De kommunale tjenestene er regulert i sosialtjenesteloven og utgjør det siste sosiale og økonomiske sikkerhetsnettet i velferdsordningene. NAV-kontoret skal ivareta den enkeltes helhetlige behov for hjelp, og tilby en individuelt tilpasset oppfølging med de tjenester, tiltak og virkemidler kontoret rår over.

Formålsbestemmelsen i sosialtjenesteloven er blant annet *å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet*. Kapittel 3 i sosialtjenesteloven beskriver forebyggingsansvaret til NAV-kontoret og kommunen og i dette ligger det at NAV-kontoret skal fange opp hjelpebehov som ikke dekkes av andre tjenester og ordninger.

De sosiale tjenestene inngår i mange tilfeller som en viktig del av et helhetlig tjenestetilbud til personer i en vanskelig livssituasjon som står utenfor arbeid og samfunnsliv. NAV-kontoret får primært kunnskap om innbyggernes levekår gjennom henvendelser til kontoret, men skal også være kjent med de generelle levekårene i lokalsamfunnet, spesielle lokale utfordringer og trekk ved samfunnsutviklingen. Forebyggingsarbeidet på NAV-kontorene vil derfor variere ut ifra de lokale forholdene.

Opplysning, råd og veiledning (§17 i sosialtjenesteloven), herunder også økonomisk rådgiving, og skal bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer på individnivå og er en tjeneste alle har rett på uavhengig av situasjonen til den enkelte. Denne tjenesten er viktig og nødvendig i et forebyggende arbeidet og er en av kjerneoppgavene til NAV-kontoret.

NAV sin viktigste målsetting i et forebyggingsperspektiv ovenfor barn og unge er å fremme overgang til arbeid og utdanning eller annen hensiktsmessig aktivitet og at færre i aldersgruppen skal motta helserelaterte ytelser, og på den måten bidra til å forebygge utenforskap. Unge under 30 år er en prioritert målgruppe i hele arbeids- og velferdsforvaltningen og NAV skal bidra til at unge får en stabil tilknytning til ordinært arbeidsliv. I forlengelsen av dette har NAV en viktig rolle i å bistå foreldre som er i kontakt med NAV til å bli integrert i arbeid og samfunnsliv.

Det viktigste virkemiddelet NAV har på dette feltet er alt oppfølgingsarbeid sammen med hele NAVs tiltak og virkemiddelportefølje. Av tiltak kan individuell jobbstøtte nevnes spesifikt (IPS), som er en metodikk som skal bistå flere med psykiske lidelser og/eller rusproblemer få hjelp til å komme i arbeid og beholde arbeid. Kvalifiseringsprogrammet er et program som kan tilbys personer med vesentlig nedsatt arbeidsevne, og tilby tett oppfølging. Her kan personen også ha rusproblematikk sammen med et ønske å komme i arbeid.

Program forebygging

Program for forebyggende sosialt arbeid og helhetlig forebyggende innsats lokalt (program forebygging) er et oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Arbeids- og velferdsdirektoratet skal som fagdirektoratet for de sosiale tjenestene, ha hovedansvaret for gjennomføringen av programmet over en 5 års periode og arbeidet startet opp i 2023.

Programmet skal bidra til økt oppmerksomhet rundt kommunens og NAV-kontorets forebyggingsansvar etter kapittel 3 i sosialtjenesteloven, dvs. kommunens og NAV-kontorets generelle oppgaver og arbeid på gruppe- og samfunnsnivå. Program forebygging skal bidra til at kommunen ivaretar dette på en bedre måte og at kommunene i større grad forebygger utenforskap og sosiale problemer, slik at færre blir stående utenfor arbeids- og samfunnsliv. Programmet knyttes også til NAV 2030-strategien, hvor en av hovedambisjonene er «sammen finner vi løsninger med de som trenger det mest».

Programmet må ses i sammenheng med nasjonale satsinger i regi av andre sektormyndigheter. Det er viktig at Program forebygging finner sin plass blant disse og at det sørges for god samordning og koordinering av nasjonale satsinger for forebygging overfor kommunene. Tiltak som iverksettes som en del av dette programmet bør kunne bidra inn i andre satsinger der dette er hensiktsmessig, for å styrke det tverrsektorielle samarbeidet nasjonalt og lokalt.

Ungdomsgarantien

Ungdomsgarantien er en forskriftsfestet styrking av ungdomsarbeidet i NAV og skal sikre individuelt tilpasset oppfølging så lenge det er behov for det, slik at flere unge i alderen 16-30 år, får mulighet til å fullføre utdanning og komme i ordinært arbeid.

For å lykkes med program og tiltak nevnt over er NAV helt avhengig av tverrsektoriell innsats på alle forvaltningsnivåer. Privat sektor, næringsliv, frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner vil være viktige samarbeidspartnere.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Budirs samfunnsoppdrag er å bidra til en trygg barndom, gode oppvekstvilkår, og trygge familier i et inkluderende og likestilt samfunn[22].

Buudir er fagdirektorat på områdene oppvekst, barnevern (både kommunalt og statlig), familievern, adopsjon, likestilling og ikke-diskriminering og vold og overgrep i nære relasjoner. I tillegg er Buudir etatsstyrer for Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), som har ansvar for det statlige barne- og familievernet.

Buudir har noen få oppdrag som spesifikt retter seg mot rusmiddelforebyggende arbeid. I Budirs tildelingsbrev for 2024 er rus omtalt to ganger i forbindelse med videreføring av tidligere års oppdrag om implementering og videreutvikling av nasjonalt forløp for barnevern, der Buudir skal samarbeide med Helsedirektoratet om implementering og evaluering av Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk helse, somatisk helse, tannhelse og seksuell helse og rus hos barn og unge, samt med utrulling av tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet (mer om det under).

Selv om det er få tiltak og satsninger i Buudir som spesifikt retter seg mot rusforebygging, er temaet likevel relevant da rusmiddelbruk blant både barn/unge og foreldre er en av faktorene som kan ha negativ innvirkning på barn og unges oppvekstvilkår. Forskning viser at barn som får hjelp av barnevernet har høyere forekomst av psykiske vansker og rusmiddelproblemer enn andre barn, og er en viktig målgruppe

for det rusforebyggende arbeidet. Rus adresseres derfor i satstinger og tjenester som Bufdir har ansvar for der det er relevant. For Bufetat er rustematikken sentral i ytelsen av barnevernstiltak ved å gi forsvarlig omsorg og behandling til barn som mottar tiltak på barnevernsinstitusjoner.

Rusbruk øker også risikoen for både å utøve og bli utsatt for vold og seksuelle overgrep. Bufdir har ansvar for faglig utvikling av krisesentertilbudet, blant annet arbeid med å styrke tilbudet til utsatte grupper, herunder kvinner i aktiv rus. Krisesentrene kan søke tilskudd til dette arbeidet fra Bufdir. Bufdir har også ansvar for tiltak for å forebygge at barn og unge utsettes for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep, og for å forebygge at de selv utsetter jevnaldrende for krenkelser og overgrep. Å gi ungdom, foreldre og ansatte kunnskap om risiko og sammenhenger mellom rusbruk og vold er sentralt i det forebyggende arbeidet.

Under følger en oversikt over eksempler fra Bufdirs virkemiddelapparat og ansvarsområder der rusforebygging inngår som et tema/er relevant. Oversikten inneholder virkemidler overfor befolkningen, kommunene og i tjenester etaten har forvaltningsansvar for (familievernnet, barnevernet og krisesentrene). De viktigste områdene er:

Befolkningsrettede digitale informasjonstjenester

Foreldrehverdag.no

Foreldrehverdag er en digital tjeneste som gir svar på spørsmål knyttet til oppdragelse, oppvekst og familieliv. Den inneholder artikler og filmer om grensesetting, oppdragerstil, trass og mye mer. Foreldrehverdag bygger på foreldreveiledningsprogrammet International Child Development Programme (ICDP) og retter seg mot alle foreldre (en universell tjeneste)

Det er utviklet filmer og artikler om hvordan snakke med ungdom om ulike temaer, deriblant rus, som ligger på foreldrehverdag.no: Snakk med ungdommen om rus | Bufdir[23].

Ung.no (se i sammenheng med DIGI-ung)

Ung.no er statens primære tverrsektorielle kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge på tvers av tjenestenivåer. Tjenesten og innholdet på ung.no er utarbeidet med ungdommens behov i fokus. I samarbeidet med andre offentlige virksomheter gir tjenesten kvalitetssikret og oppdatert informasjon og veiledning innenfor ulike relevante temaer til ungdom, deriblant rus. Nettstedet hadde 22 millioner besøk i 2022. Ung.no tilbyr flere tjenester der rus inngår som tema:

- En spørsmål- og svartjeneste der ungdom kan stille spørsmål om alt de lurer på, og få svar fra fagpersoner. De kan også finne svar selv blant om lag 360 000 tidligere besvarte spørsmål. I 2022 og 2023 har det kommet inn ca. 7000 spørsmål om rusmidler og alkohol.
- Snakk med noen – en samling av kvalitetssikrede chatte- og hjelpetjenester fra ulike organisasjoner og aktører, deriblant RUSinfo, Giftinformasjonen, Blå Kors Kompasset, Ivareta, og Barsnakk som hjelpetilbud for de som trenger noen å snakke med, enten de selv har spørsmål knyttet til rusmidler eller har noen i nær relasjon som ruser seg. Blå Kors Kompasset, Ivareta, og Barsnakk som hjelpetilbud for de som trenger noen å snakke med, enten de selv har spørsmål knyttet til rusmidler eller har noen i nær relasjon som ruser seg.
- Selvhjelpsverktøy – en samling apper, videoer og nettkurs hvor ungdom kan lære å håndtere ulike følelser og situasjoner i livet.
- Hjelp nær deg – en oversikt som ved hjelp av kart eksponerer lokale tjenester nær ungdommen (f.eks. helstasjoner for ungdom).
- Artikler og videoer (ca. 800 artikler) om ulike tema som interesserer ungdom, deriblant ca. tretti artikler om «rusmidler» og «alkohol»

Kampanjer og annet innhold på sosiale medier, deriblant har ung.no hatt et tett samarbeid med Helsedirektoratet om nettsiden weedensenteret.no, som tar for seg informasjon om hasj/cannabis. Ung.no har bidratt til å spre informasjon om nettsiden i sosiale medier.

«Jeg vet» (*jegvet.no*)

«Jeg vet» er en digital læringsressurs for barnehager og skoler som gir barn og elever kunnskap om mobbing, vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep og krenkelser. Læringsoppleggene om seksualitet, krenkelser og overgrep for ungdomstrinnet og videregående skoler omhandler risiko og utsatthet knyttet til rus og seksuelle krenkelser og overgrep. Artikler og temasider fra Ung.no er integrert i ressursen.

Utpøving og implementering av forebyggende programmer/tiltak i kommuner og tjenester (foreldrestøtte) (der rus er en relevant faktor):

Foreldrestøttene tiltak som skal styrke relasjon og samspill mellom foreldre og barn kan ha en rusmiddelforebyggende effekt, eller bidra til at foreldre kan hjelpe og støtte barn og unge som er i ferd med å utvikle rusrelaterte problemer. Spesielt relevant her er:

- Digital fagstøtte om foreldrestøttende tiltak i kommunen[24]
- Implementering av Opplæringsprogrammet Tidlig Inn[25] – samarbeid mellom Bufdir og Helsedirektoratet
- Utpøving av Sammen på vei[26] Et intensivt oppfølgingsprogram for kvinner med sammensatte utfordringer som skal bli mor for første gang. Deltakerne har utfordringer knyttet til rusproblematikk, psykisk helse, erfaringer med vold eller omsorgssvikt, og andre vanskelige livssituasjoner. Programmet er forskningsbasert og fører blant annet til en reduksjon i rusbruk, kriminalitet og omsorgssvikt. Oppfølgingen består av jevnlig hjemmebesøk av en familiesykepleier fra tidlig graviditet til barnet er to år. Programmet prøves ut i 37 kommuner, og det gjennomføres en effektstudie på utpøvingen og ICDP foreldreveiledning til foreldre med ungdom (ferdigstilt evaluering: Følgeevaluering av ICDP veiledning for foreldre med ungdommer - FHI[27])

Familievernet

Familievernet er en lavterskeltjeneste med familierelaterte problemer som fagfelt. Familievernet skal gi tilbud om veiledning og rådgiving der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernet har høy faglig kompetanse, og tilbyr par- og familierapi, foreldreveiledning, mekling, samtaletilbud og tilbud til barn som opplever konflikter i familien. Tilbudet er frivillig, med unntak av en time i forbindelse med obligatorisk mekling. Brukerne kan oppsøke familievernet direkte uten henvisning og bistanden er gratis. (Det er familievernkontorer i alle landsdeler og fylker.) Familievernvirksomheten er innrettet mot forebygging og tidlig bistand.

Rus er et av flere tema som er en del av det *relasjonelle utfordringsbildet*. Ved inntak og differensiering ved bestilling av obligatorisk mekling stilles det spørsmål om det foreligger rusproblematikk, men praksis viser at det kan ta noe tid før rusproblematikk erkjennes. Som en lavterskeltjeneste kan familievern tjenesten bistå familien, og ved behov peke på hvilke tjenester som kan hjelpe med rusrelaterte problemstillinger. Som andre offentlige instanser har familievernet opplysningsplikt til barnevernet.

Det er lokal variasjon når det gjelder kompetanse knyttet til (håndtering av) rusproblematikk/Kompetanse knyttet til kunnskap og håndtering av rusproblematikk preges av lokal variasjon.

Barnevernet

Kommunalt barnevern:

Rus er ofte en del av utfordringsbildet når barn som bor hjemme og deres familier får hjelpetiltak i barnevernet. I den kommunale barnevernstjenesten, og gjennom hjelpetiltak, vil barn/unge og foreldre bli hjulpet videre til andre tjenester ved behov, foreldrene vil kunne få hjelp til å støtte barna sine dersom de har utfordringer knyttet til rus, og barn/unge kan få hjelp til å endre miljø.

For å bidra til at hjelpen fra barnevernet er systematisk og kunnskapsbasert, har Bufdir tatt initiativ til å lage en *grunnmodell for hjelpetiltak i kommunalt barnevern*. Modellen inneholder blant annet anbefalinger til hvordan sikre medvirkning for barn i møte med barnevernstjenesten, og hvordan barnevernet kan samarbeide med andre tjenester for å sikre barn, ungdom og familier god hjelp. Ungdoms egen kunnskap har bidratt inn i modellen, som fortsatt er under utvikling og utprøving i praksis - for å sikre at vi best mulig treffer behovene til barn, ungdom og foreldre i kontakt med barnevernstjenesten[28].

Barnevernstjenesten plikter til å samarbeide både på individ- og systemnivå, jf. barnevernsloven § 15-8. Plikten til å samarbeide i enkeltsaker er en oppgave som kommer i tillegg til det å gi konkrete tjenester og tiltak etter barnevernsloven. Samarbeidet skal være en integrert del av tjenesteytingen. Samarbeidsplikten inntreffer når samarbeid er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Barnevernstjenesten må selv vurdere hvilke samarbeidsaktiviteter de må gjennomføre for å oppfylle plikten til samarbeid.

Institusjonsbarnevernet:

Per i dag er rusproblemer hos barn definert som et atferdsproblem i Barnevernsloven og barnevernet har dermed ansvar for barn med utfordringer knyttet til rusbruk (NOU institusjonsutvalget)

Det finnes egne rusinstitusjoner i barnevernet som tilbyr behandling og hjelp til barn/ungdom med et etablert rusproblem.

Når det gjelder øvrige barnevernsinstitusjoner som ikke har rusbehandling som formål, er rus til stede som en risikofaktor, og ansatte som jobber i institusjonene skal ha kompetanse på rus og rusforebygging.

Nasjonalt forløp for barnevern og helsekartlegging i barnevernet

Bufdir har i samarbeid med Helsedirektoratet utarbeidet et nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus[29] for barn i barnevernet, som skal sikre at barna får riktig helsehjelp og legge til rette for samarbeid mellom barnevernet og helsetjenesten i oppfølgingen av barna.

Nasjonalt forløp for barnevern kan beskrives som grunnmuren i satsingen for bedre helsehjelp for barn i barnevernet. Målet med nasjonalt forløp for barnevern er å sikre helhetlig ivaretagelse av barnets helse, og at barn og unge i barnevernet blir kartlagt og utredet tidlig for sine eventuelle psykiske vansker, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus, slik at de sikres nødvendig helsehjelp når de har behov for det, i kombinasjon med riktig tiltak fra barnevernet. Målgruppen for nasjonalt forløp for barnevern er alle barn i barnevernet; barn det opprettes undersøkelsessak for, barn med hjelpetiltak som bor hjemme og barn som bor i fosterhjem og institusjon.

Barn som flyttes ut av hjemmet har i tillegg rett til tverrfaglig helsekartlegging[30]. Tverrfaglig helsekartlegging skal identifisere helse- og omsorgsbehov hos barn som flyttes ut av hjemmet. Formålet er å gi barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner tilstrekkelig kunnskap om barnets behov, slik at barnet får tilpasset omsorg og oppfølging utenfor hjemmet. Tilbudet innebærer en en-dags kartlegging der et tverrfaglig team bestående av barnelege, barnevernsfaglig, en psykolog fra BUP og en psykolog fra Bufetat gjør vurderinger av barnets helse- og omsorgsbehov og utarbeider anbefalinger om videre oppfølging av barnet. Rus vil være en del av kartleggingen der det ikke er åpenbart unødvendig. Det er

Bufetat som har ansvaret for organiseringen av tilbudet, og barnevernstjenesten som har ansvaret for oppfølgingen av anbefalingene. Spesialisthelsetjenesten bidrar med nødvendige ressurser inn i teamene, men har ikke adgang til å henvise barnet videre. Det er barnevernstjenesten, gjennom barnets fastlege, som må sørge for videre oppfølging av barnet i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet er under utrulling og vil i løpet av våren 2024 ha operative kartleggingsteam i alle Bufetats regioner og Oslo kommune, med kapasitet til å kartlegge om lag 500 barn og unge per år.

Tilskudd:

Bufdir har flere tilskuddsordninger der rusforebygging vil kunne inngå som et element i tiltak:

- Tilskudd til systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn[31]
- Tilskudd til gode samhandlingsmodeller for å fange opp barn tidlig (deriblant BTI, Korus følger opp,)
- Tilskudd til foreldrestøttende tiltak[32]
- Tilskudd til inkludering av barn og unge[33]
- Tilskudd til tiltak mot vold og overgrep [34]

Medvirkning gir bedre rusforebygging:

Bufdir skal være en pådriver for at offentlige myndigheter involverer barn og unge både i enkeltsaker og i medvirkningsprosesser på systemnivå. Bufdir følger opp og jobber med å utvikle kunnskap og styrke lovpålagte strukturer for medvirkning fra barn og unge i politiske prosesser og utvikling av tjenester og tiltak på kommunalt nivå, deriblant rusforebyggende tiltak. Bufdir har blant annet utviklet to veiledere: Prinsipper og råd: Barn og unges medvirkning på systemnivå[35] og Ungdomsråd - ein rettleiær[36].

De fleste tiltakene/initiativene innenfor Bufdirs ansvarsområder der rusforebygging inngår, er avhengig av andre etater for å lykkes. Bufdir samarbeider allerede mye med Helsedirektoratet på flere av områdene, men også AID, Udir, POD, Sekretariatet for konfliktrådene og KRD er samarbeidsaktører som bidrar til bedre måloppnåelse for Bufdirs tiltak og innsatser, sammen med alle sektorer som har delansvar for barn og unges oppvekstsvilkår.

Utdanningsdirektoratet

Utdanningsdirektoratet er Kunnskapsdepartementets utøvende organ for barnehage, skole og fagopplæring og skal sette opplæringspolitikken ut i praksis. Nasjonale utdanningsmyndigheter gir få føringer til utdanningssektoren som går direkte på rusforebyggende arbeid overfor barn og unge. Skolene har en viktig funksjon i kraft av å være en arena der alle elevene møter, og hver eneste elev har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, inkludering[37], trivsel og læring.

Skolenes involvering i kommunenes rusforebyggende arbeid vil bestemmes lokalt og variere fra sted til sted. Det er de lokale skolemyndigheter som bestemmer skolenes rolle i det rusforebyggende arbeidet i kommunene. I skolenes ordensreglement gis regler om hvordan elevene skal ha det, hva elevene kan og ikke kan gjøre på skolen, og hva som skjer hvis reglene brytes. Fra opplæringsloven trekkes her frem noen relevante områder som har betydning i det rusforebyggende arbeidet:

Det er kommunen eller fylkeskommunens plikt å sørge for at det blir fastsatt et ordensreglement for hver skole de eier, jf. opplæringsloven § 9 A-10. Private skoler skal også ha et ordensreglement, jf. privatskoleloven § 3-9 og opplæringsloven § 2-12. Ordensreglementet skal regulere elevenes rettigheter og plikter på skolen, så lenge dette ikke er fastsatt i lov eller på annen måte, jf. opplæringsloven § 9 A-10. Det er viktig at det gis klare rammer for god orden og god atferd i ordensreglementet. Eksempler på dette kan være: *Elevene skal ha god atferd. Det er god atferd å ikke røyke, snuse eller være påvirket av rusmidler.*

Skolemiljø, kapittel 9 A: Alle elever har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring, jf. opplæringsloven § 9 A-2. Ordensreglementet skal blant annet inneholde regler om hvilke tiltak/sanksjoner som kan brukes mot elever som bryter reglementet, jf. opplæringsloven § 9 A-10. Skolene kan selv velge hvilke av tiltakene eller sanksjonene i deres ordensreglement de ønsker å benytte ved konkrete tilfeller av brudd på reglementet. Sanksjoner kan f.eks. være: inndragning av gjenstander, bortvisning, gjensitting og anmerkning el.

Samarbeid og samordning (§15-8): Skolen er pålagt å samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi eleven et helhetlig og samordna tjenestetilbud. Det er kommunen som skal samordne tjenestetilbudet, og kan bestemme hvilken tjenesteyter i kommunen som skal ivareta samordningen. Skolen skal også samarbeide slik at de andre tjenesteyterne kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift.

Skolen har ikke lovhemmel til å kreve rustesting av elever. Dette gjelder også for privatskoler. Det betyr at skoler ikke kan kreve at elever gir urinprøver eller gå gjennom elevenes eiendeler, selv om skolen har mistanke om at eleven er rus eller har med seg rusmidler på skolen. Mer informasjon om rustesting av elever ligger på Udirs nettsider[38].

I opplæringen tematiseres ulike tema som kan være relevant i rusforebyggende arbeid:

I det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring, er «rusmidler» et av de aktuelle områdene som skal ha en plass i skolen. Imidlertid er det formulert nokså brede mål i læreplanverket som kan relateres til temaet rusbruk og rusforebygging (i samfunnsfag og naturfag). Det betyr at det er opp til skoleeier i kommune eller fylkeskommune å avgjøre operasjonalisering og prioritering innenfor dette temaet.

Utdanningsdirektoratet har ikke noen spesifikk målsetting i det rusforebyggende arbeidet overfor barn og unge, men skal bidra i tverrsektorielt samarbeid om utsatte barn og unge, og bidra til at de andre etatene kan oppfylle sine mål.

Det viktigste virkemiddelet Utdanningsdirektoratet har på dette feltet, er de generelle virkemidlene som har som formål å bidra til kvalitet i skolene. For denne tematikken, fremheves særlig skolens helsefremmende og forebyggende rolle, gjennom høy kvalitet på elevenes skolemiljø, i undervisningen og i samarbeidet mellom skolen og andre aktuelle aktører i det rusforebyggende samarbeidet. Her spenner virkemidlene fra regelverket, med *opplæringsloven*[39], *overordnet del – verdier og prinsipper for grunnopplæringen*[40] og *læreplanverket*[41], kunnskapen om tilstanden i barnehage, skole og fagopplæring gjennom statistikk, elevundersøkelsen og andre brukerundersøkelser. Folkehelse og livsmestring som tverrfaglig tema i skolen skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Dette innebærer blant annet kunnskap om gode helsevalg hos den enkelte. Livsmestring dreier seg om å kunne forstå og å kunne påvirke faktorer som har betydning for mestring av eget liv. Temaet skal bidra til at elevene lærer å håndtere medgang og motgang, og personlige og praktiske utfordringer på en best mulig måte. Aktuelle temaer innenfor temaet er fysisk og psykisk helse, levevaner, seksualitet og kjønn, rusmidler, mediebruk, og forbruk og personlig økonomi. Nasjonale utdanningsmyndigheter har flere virkemidler for å støtte det lokale arbeidet i barnehager og skoler, blant annet kompetansepakker, støtteressurser og inkluderende barnehage- og skolemiljøsatningen.[42] [43] I tillegg trekkes *relevante tilskuddsordninger*[44] og *støtte til kompetanseutvikling*[45] frem.

[1] Helse- og omsorgsdepartementet (2022). Rusmiddelfeltet:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/rusmidler-og-psykiske-lidelser/id>
. Hentet 22. januar 2024.

- [2] [Meld. St. 15 \(2022-2023\) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar](#). (s. 59)
- [3] NOU 2023: 4 Tid for Handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Kapittel 7.
- [4] Statsforvalteren.no (2024). Folkehelse.
<https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/folkehelse/>
- [5] Korus (u.å.). Om KORUS. Tilgjengelig fra: <https://korus.no/om-oss> Hentet 22. januar 2024.
- [6] Jf. Politiloven § 1: «Politiet skal gjennom forebyggende, håndhevende og hjelpende virksomhet være et ledd i samfunnets samlede innsats for å fremme og befeste borgernes rettssikkerhet, trygghet og alminnelige velferd for øvrig.»
- [7] Politidirektoratet (2020). I forkant av kriminaliteten: Forebygging som politiets hovedstrategi (2021-2025).
- [8] Politidirektoratet (2023). Nasjonal retningslinje for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet (ikrafttredelse 14.12.2023).
- [9] Politidirektoratet (2023). Nasjonal retningslinje for politiets møter med barn (ikrafttredelse 01.01.2023).
- [10] Jf. ambisjoner og etappemål i Nasjonal transportplan (NTP 2021-2031) og forpliktelser i Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2022-2025.
- [11] Aktuelle lover omfatter: Lov om våpen, skytevåpen, våpendelar og ammunisjon (våpenlova); Lov om yrkestransport med motorvogn og fartøy (yrkestransportlova); Lov om vegtrafikk (vegtrafikkloven); Lov om vaktvirksomhet (vaktvirksomhetsloven); Lov om serveringsvirksomhet (serveringsloven); Lov om handelsverksemd med brukte og kasserte ting (brukthandellova).
- [12] Jf. Politiloven § 13, 1. og 2. ledd.
- [13] Lov om barnevern (Barnevernsloven) § 13-2.
- [14] Jf. Politiloven § 13, 4. og 5. ledd.
- [15] Jf. politiloven § 2, politiinstruksen § 15-1 (politiets alminnelige samarbeidsplikt). Plikten til å samarbeide om forebyggende virksomhet er omtalt særskilt i § 10-1.
- [16] Politidirektoratet og Kommunesektorens organisasjon KS (2023). Veileder kommune – politisamarbeid.
- [17] Veileder kommune politisamarbeid:
<https://www.ks.no/contentassets/441bc0a3e4c6ba126adfb7630c5f1/Veileder-kommune-politisamarbeid>
- [18] Særlig sentrale hjemler i denne sammenhengen er politiregisterloven § 27, § 30 og § 31.
- [19] Bukten, A., Lund, I.O., Kinner, S.A., Rognli, E.B., Havnes, I.A., Muller, A.E. & Stavseth, M.R. (2020). Factors associated with drug use in prison – results from the Norwegian offender mental health and addiction (NorMA) study. Health & Justice, 8. doi;

Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M. et al. The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010-2019: a multi-national register study. BMC Psychiatry 24, 95 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05540-6>;

Bukten, A. & Stavseth, M.R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. European Journal of Epidemiology, 1–9. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>;

Bukten, A. m.fl. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. SERAF;

Revolv, K.M. (2015). Innsattes levekår 2014 Før, under og etter soning. Rapport 2015/47. Statistisk sentralbyrå;

Kriminalomsorgsdirektoratet (2020). Eldre innsatte i norske fengsler. Situasjon, analyse, utfordringer og løsninger. <https://krus.brage.unit.no/krus-xmlui/handle/11250/2722298>;

Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helseregion Sør-Øst-Kompetansesenterets Prosjektrapport 2014-1.

[20] Kriminalomsorgsdirektoratet (2024). Årsrapport 2023.

[21] Kriminalomsorgsdirektoratet (2021). Fagstrategi om unge innsatte og domfelte 18-24 år (2021-2026).

[22] <https://www.bufdir.no/om/virksomhetsstrategi-bufdir-og-bufetat/>

[23]

<https://www.bufdir.no/foreldrehverdag/ungdom/grenser-bekymring-og-sex/du-forst---foreldre-og-ungdom-orr>

[24] <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/foreldrestotte/>

[25] <https://korus.no/verktoy-og-kartlegging/tidlig-inn>

[26] <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/foreldrestotte/foreldrestottende-tiltak/nfp/>

[27]

<https://www.fhi.no/publ/2023/folgeevaluering-av-icdp-veiledning-for-foreldre-med-ungdommer/#sammendrag>

[28] https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/grunnmodell_for_hjelpetiltak_i_barnevernet/

[29]

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/barnevern/barnevernstjenestens-vurdering-og-start#grunn>

[30] <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barnevern-tverrfaglig-helsekartlegging>

[31] <https://www.bufdir.no/tilskudd/identifikasjon-og-oppfolging-av-utsatte-barn/>

[32] <https://www.bufdir.no/tilskudd/foreldrestottende-tiltak/>

[33] <https://www.bufdir.no/tilskudd/inkludering-av-barn-og-unge/>

[34] <https://www.bufdir.no/tilskudd/tiltak-mot-vold-og-overgrep/>

- [35] https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/barn_og_unges_medvirkning_veileder/
- [36] <https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/ungdomsrad/>
- [37] Legges til i ordlyden i ny opplæringslov, ref. oppl.l. § 12-2.
- [38] <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/rustesting-av-elever/>
- [39] <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- [40] <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/?lang=nob>
- [41] <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/>
- [42] <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/skolemiljo/anbefalinger-for-kompetansetiltak-innen-barnehage-og-skole>
- [43] <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/barnehage-og-skolemiljo/>
- [44] <https://www.udir.no/om-udir/tilskudd-og-prosjektmidler/>
- [45] <https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/lokal-kompetanseutvikling/kompetansepakken-inkluderende-pra>

Samarbeid og samhandling mellom sektorer

Det er etablert en rekke samhandlingsstrukturer med formål om samarbeid på tvers av sektorer nasjonalt og lokalt som er relevante i sammenhengen. Kapittelet har omtalt et utvalg, bl.a. KUBU-samarbeidet. En utfyllende liste over noen eksisterende samarbeidsstrukturer i forvaltningen, samhandling i forbindelse med gjennomføring av straffereaksjoner, og samhandling om kunnskapsproduksjon og kunnskapsformidling fremgår av vedlegg 1. Rusforebyggende innsats fra nasjonalt nivå rettes både direkte mot barn og unge, men også indirekte mot målgruppen gjennom kommunene. Vi utdyper derfor kommunenes rolle og samhandling i kommunene i det følgende.

Kommunen er der barn og unge vokser opp og lever sine liv og er en sentral aktør i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Etter folkehelseloven skal kommunen blant annet fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen[1]. Kommunen har også ansvar for forebygging etter ulike sektorlovverk, herunder ulike tjenestelover som sosialtjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Det forebyggende arbeidet i kommunene forutsetter derfor tverrsektoriell samhandling, samarbeid, samordning og koordinering i en lang rekke sammenhenger.

Kommunen skal også medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal blant annet skje gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging, og kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor[2]. Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal ha et systemrettet samarbeid med den som er ansvarlig for kommunens folkehelsearbeid, for å kunne bidra til den oversikten som kommunen skal ha etter folkehelseloven § 5[3].

Med Barnevernsreformen[4] har kommunen fått et tydeligere ansvar for å fremme gode oppvekstvilkår gjennom tiltak for å forebygge at barn og unge blir utsatt for omsorgssvikt eller utvikler atferdsproblemer, og kommunen er pålagt å utarbeide en plan for kommunens arbeid med forebygging av omsorgssvikt og atferdsvansker[5]. Denne planen skal vedtas av kommunestyret. Målet med planen er å bidra til overordnet forankring av det forebyggende tilbudet og av fordelingen av kommunenes ressurser til dette arbeidet[6]. Bestemmelsen om forebygging og plan er forankret i barnevernsloven, men omfatter flere etater i kommunene[7]. Velferdstjenestene har plikt til å samarbeide med andre offentlige instanser og andre tjenesteytere (se mer under).

I august 2022 trådte det i kraft endringer i 14 velferdstjenestelover. Lovendringene harmoniserer og forsterker kravene til at velferdstjenestene samarbeider, samordner og koordinerer tjenestetilbudet til den enkelte på tvers av sektorer. Hovedformålet med endringene er å styrke oppfølgingen og samarbeidet rundt utsatte barn, unge og deres familier. Lovendringene er under implementering og det er utarbeidet en nasjonal veileder (Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier). Samarbeid og koordinering for å forebygge problemutvikling blant barn og unge er en del av veilederens tema. I nasjonal veileder er blant annet sammenhengen mellom samordningsplikten og andre bestemmelser om samordning og koordinering beskrevet. Barnevernsloven § 15-1 om forebyggende plan i barnevernsloven kan sees i sammenheng med kommunens samordningsplikt på systemnivå, og planen kan inngå som en del av kommunens system for samordning (jfr. veilederen til samarbeidsbestemmelsene[8]).

Evaluering av lovendringene

Om endringene i lovene vil resultere i at barn, unge og deres familier opplever mer helhetlige og koordinerte tjenester er nå under evaluering. NTNU Samfunnsforskning skal i fem år undersøke om lovendringene virker etter formålet. Det undersøkes hvordan lovendringene fortolkes og iverksettes av sentrale aktører. Evalueringen skal også fange opp praksisendringer som følge av lovendringene. Evalueringen er et felles oppdrag til direktoratene og ledes av Utdanningsdirektoratet. Det er gjensidige avhengigheter mellom evalueringen og veilederen, og veilederen skal endres i takt med funn og erfaringer fra evalueringen.

Første delrapport «*Bedre tjenester til barn og unge med sammensatte behov? Delrapport 1: Utgangspunktet da lovendringene trådte i kraft*», er publisert. Her beskriver flere av informantene at «Ingen har tydelig ansvar for koordinering eller det som faller utenfor eget ansvarsområde». Evalueringen vil kunne gi svar på om de forsterkede kravene til samarbeid bidrar til en tydelig ansvars plassering for koordineringen av den enkeltes tjenestetilbud. Hvis evalueringen finner at samarbeidsplikten ikke bidrar til dette, kan det bli aktuelt å vurdere om det bør innføres tydeligere lovkrav som presiserer en slik koordineringsplikt for velferdstjenestene.

Særlig om rådgivende enhet for russaker i kommunene

Fra 1. juli 2022 er alle kommuner lovpålagt å ha en rådgivende enhet for russaker (faglig forkortelse som brukes er RER). Denne enheten har ansvaret for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig reaksjon, inkludert gjennomføre ruskontroll etter [straffeloven § 37](#) første ledd bokstav d dersom det er satt som vilkår, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 37 første ledd bokstav b. Det er stor variasjon i hvordan RER er organisert i kommunene i dag, som kan legge rammer for tverrsektoriell samhandling i tilknytning til enhetene. RER omtales flere steder senere i rapporten, i tillegg til at det drøftes om enhetene kan tillegges ytterligere forebyggende funksjoner og oppgaver i pkt. 5.4.3, i tråd med ordlyden i oppdraget.

[1] Folkehelseloven § 4 første ledd.

[2] Jf. folkehelseloven § 4 tredje ledd.

[3] [Folkehelsearbeid_ Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med ansvarlig for kommunens folkehelsearbeid \(helsedirektoratet.no\)](#)

[4] <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/>

[5] <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/forebygging-kommune/>

[6] Prop. 133 L (2020-2021)kap. 25

[7] <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/forebygging-kommune/>

[8] [Innledning - Samarbeid til barnets beste \(helsedirektoratet.no\)](#)

Sentrale områder for samhandling på tvers av sektorer

I utredningen er noen sentrale områder for samhandling på tvers av sektorene drøftet og identifisert, som del av vurderingen av hvor tiltak bør prioriteres å rettes inn. Disse områdene utdypes under.

Forebygging i kommunene

Kommunenes forebyggende ansvar er forankret i ulike lovverk og fordelt på mange offentlige tjenester og aktører, noe som krever samarbeid og samhandling. Enkelte lovverk forankrer arbeid som er rettet mot alle barn og unge, i tillegg til at særlover regulerer spesifikke områder. Flere kommunale tjenester og arbeid spiller også en viktig rolle i det forebyggende arbeid uten at dette er særskilt regulert i lov og regelverk. Oppsøkende tjenester, fritidsklubber og familiesentre er noen eksempler på dette. Denne type lavterskeltilbud kan spille en viktig rolle for barn, ungdom og familier, blant annet gjennom å tilby møteplasser og sosialt fellesskap eller ved å sørge for særlige tilbud for utsatte grupper.

Tidlig innsats

Tidlig innsats handler om å oppdage og fange opp problemer og gi hjelp så tidlig som mulig i menneskers liv, og så tidlig som mulig i et forløp. I kommunen foregår arbeidet med tidlig innsats i flere sektorer og arenaer der barn og unge oppholder seg. De universelle arenaene som skole, barnehage og helsestasjonen er viktige aktører for å forebygge og fange opp barn og unge som har behov for hjelp tidlig. Tjenester som PP-tjeneste, barnevernet, BUP, etc. er viktige for å gi tidlig hjelp, men kan ha ulike mandater innen ulike nivåer av og temaer for forebygging. Lokalt selvstyre medfører at kommunene selv bestemmer hvordan arbeidet med tidlig innsats organiseres lokalt, hvilke tiltak som settes i gang, og hvordan etatene samarbeider om tidlig innsats. Se utdyping om at barn og unge ikke alltid fanges opp tidlig nok i neste kapittel.

Rusfrie arenaer

Det er et felles ansvar å bidra til at barn og unge har rusfrie arenaer. Dette ansvaret ligger til en lang rekke samfunnsaktører. Tilgang på rusfrie arenaer virker beskyttende og bidrar til å redusere drikkepress eller

press til å bruke andre rusmidler, og kan øke aksepten for å ikke bruke rusmidler. Utdanning, idrett og annen fritid, arbeidsliv og trafikk er noen arenaer med lengre tradisjon i Norge for å rette rusforebyggende innsats mot[1]. Frivillig sektor tilbyr også viktige rusfrie arenaer for barn og unge.

Skolen skal være en rusfri arena for barn og unge. Alle elever har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, inkludering, trivsel og læring, jf. opplæringsloven § 12-2. Ordensreglementet bør ha bestemmelser om f.eks. ulovlige gjenstander, rusmidler og tobakk, fusk, fotografering og bruk av internett og elektronisk utstyr (som mobil og nettbrett), jf. Rundskriv om Ordensregelverk-Udir-8-2014 pkt. 7.4[2]. Skolens muligheter til å fange opp elever som av ulike årsaker har det vanskelig, eller kan ha utfordringer knyttet til rusmidler enten av egen bruk eller i familien, er også viktig[3].

Idrett og annen fritid er andre sentrale arenaer for å forebygge særlig alkoholbruk blant unge. Mange barn og unge deltar ikke i organiserte fritidsaktiviteter. Å stå utenfor er en risikofaktor, og det kan hindre barn og unge fra å delta i samfunnet på kort og lang sikt[4]. Å legge til rette for likere muligheter til å delta i fritidsaktiviteter vil gi flere tilgang til fellesskapet i slike aktiviteter og kan bidra til å styrke det generelle forebyggende arbeidet, også på rusfeltet[5].

Det er også viktig å beskytte barn og unge fra å bli utsatt for kjøp og salg av illegale rusmidler, både i det fysiske miljøet og på nett[6]. Eksponering for handel med illegale rusmidler kan medvirke til negative konsekvenser som tidlig rusdebut og utsatthet for annen kriminalitet. I kommunene er det opp til den enkelte kommune hvordan samarbeidet mellom skole og politi skal organiseres, men vi vet fra praksis at det er tett samarbeid mange steder i det forebyggende arbeidet. I ny opplæringslov videreføres bestemmelsen om samarbeid og samordning, jf. § 24-1[7].

Informasjon og kunnskapsformidling

Myndighetene har ansvar for å formidle kunnskap og informasjon om rus og rusmidler til befolkningen. Dette arbeidet er derfor et mål i seg selv, men kan også fremme legitimiteten for de regulatoriske virkemidlene i rusmiddelpolitikken ved å øke befolkningens bevissthet om skader og negative konsekvenser av rusmiddelbruk, og om effektive virkemidler. Flere sektorer bidrar med å informere om forhold knyttet til egen sektor til barn og unge selv, voksenpersoner i barn og unges liv, andre deler av offentlig sektor, og andre aktører som driver rusforebyggende arbeid.

Helsesektoren formidler kunnskap om helseskader ved rusmiddelbruk blant annet i egne kanaler, gjennom kampanjevirkosomhet og ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Siden 2020 har Helsedirektoratet sendt en årlig cannabiskampanje rettet mot ungdom 15-18 år og deres foreldre, i tillegg til å drifte informasjonssiden weedensenteret.no med faktabasert informasjon om cannabis.

Politiet har kunnskap om samfunns- og kriminalitetsutviklingen som omhandler rus og rusmidler blant annet fra kontakt med befolkningen, fra etterretningsvirksomhet, samt basert på informasjon fra beslag og straffesaker. En viktig oppgave for politiet i denne sammenhengen er derfor å dele denne kunnskapen til relevante aktører, og gi forebyggende råd til innbyggere, media, virksomheter og samarbeidsaktører[8].

Buudir driver ung.no, som er det offentlige informasjonskanal for og til ungdom, hvor unge kan få kvalitetssikret informasjon om blant annet rusmidler. Mange prosjekter og tjenester som utvikles på tvers av sektorer gjennom DigiUng tilgjengeliggjøres her[9]. Det er RUSinfo som besvarer rusrelaterte spørsmål på ung.no[10]. Buudir driver også foreldrehverdag.no[11], en universell informasjonstjeneste som formidler faglige råd til foreldre tilpasset alderen til barnet. Foreldrehverdag inneholder artikler og filmer om hvordan foreldre kan snakke med tenåringer om vanskelige temaer, deriblant rus.

Med innføring av de nye læreplanene i Kunnskapsløftet 2020 ble det tverrgående tema folkehelse og livsmestring introdusert i skolene. Temaet inngår i læreplanene i relevante fag og skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Aktuelle områder innenfor temaet er blant annet fysisk og psykisk helse, levevaner og rusmidler (ibid.). Rus og rusmidler er omtalt i kompetansemål i læreplanen i naturfag etter 10. trinn og er også et relevant tema i samfunnsfag i grunnskolen og samfunnskunnskap i videregående opplæring (fellesfag i Vg1/vg2).

De syv regionale Kompetansesenter for rusfeltet (Korus) jobber med å ivareta, styrke, bygge opp og formidle fagkompetanse på rusfeltet. Korus tilbyr kurs, opplæring, fagsamlinger og konferanser, og etablerer og drifter faglige nettverk og bistår med fagutvikling og veiledning knyttet til avhengighet, rus og folkehelse[12]. Kommuner, fylkeskommuner og spesialisthelsetjenesten kan motta tjenester fra Korus.

Frivillig og ideell sektor formidler også informasjon og driver holdningsskapende rusforebyggende arbeid. Det er etablert flere tilskuddsordninger som kommuner, frivillige og ideelle organisasjoner og andre aktører kan søke om midler til for å drive informasjonsvirksomhet og kunnskapsformidling.

Politidirektoratet og Helsedirektoratet rapporterer også informasjon og statistikk til UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) og EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Gjennom dette deltar Norge i internasjonal informasjons- og kunnskapsutveksling om utviklingen på narkotikafeltet.

Fordi mange aktører har relevant og nyttig informasjon som kan understøtte og utfylle hverandre, er det viktig å sikre at denne deles på tvers for å få et best og mest helhetlig kunnskapsgrunnlag. Dette krever kontinuerlig og systematisk innsats og oppmerksomhet.

Råd og veiledning

Myndigheter på rusfeltet på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå tilbyr råd og veiledning om rus til befolkningen, andre deler av offentlig forvaltning og andre aktører. Foruten råd og veiledning om rusforebygging, er en sentral del av virksomheten å gi informasjon om hjelpetjenester og -tilbud.

Helsedirektoratet har et særlig ansvar i denne sammenhengen, og forvalter og fortolker lovverk, utvikler normerende produkter, og tilbyr veiledning og rådgivning om rusmidler og rusforebygging. Politiet gir råd og veiledning innenfor sine ansvarsområder som også er relevant for rusforebygging. Ung.no tilbyr også en rekke chattetjenester, hvor blant annet RUSinfo er tilgjengelig, og kan gi råd til barn og unge.

Statsforvalteren skal bidra til å gjennomføre statlige satsinger på folkehelseområdet. Gjennom råd og veiledning til kommuner og andre aktører skal Statsforvalteren være med å sikre at folkehelse inngår i kommunale, regionale og statlige planer. Statsforvalteren skal bidra til forpliktende samhandling mellom aktørene. På feltet rus og psykisk helse omfatter Statsforvalterens oppgaver kompetansehevende tiltak, nettverksbygging, tilskuddsordninger, kartlegginger og tilsyn[13]. Statsforvalteren skal etter Hovedinstruksen[14] i samarbeid med relevante kompetansemiljø, tilby kommunene opplæring og veiledning i forståelsen av alkoholloven, med særlig vekt på bevillingssystemet.

Fylkeskommunenes ansvar for folkehelsearbeid omfatter blant annet å understøtte kommunenes folkehelsearbeid, og være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap[15]. Fylkeskommunen skal veilede og bistå kommunene i deres planleggingsoppgaver[16].

Kommunene tilbyr råd og veiledning til innbyggerne gjennom ulike tjenester. Alle landets kommuner skal også ha en rådgivende enhet for russaker, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 b.

Det finnes i overkant av 20 kunnskaps- og kompetansesentre for helse-, omsorgs- og velferdstjenesten[17] og skal være ressurser for både tjenestene og den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Korus-ene er viktige kompetanse- og kunnskapsleverandører til kommunene på rusfeltet.

Også en rekke organisasjoner tilbyr veiledning og gir råd, og mange mottar tilskudd for denne virksomheten.

Trygg trafikk

Det er etablert et utstrakt tverrsektorielt samarbeid knyttet til trafiksikkerhet i Norge. Dette arbeidet er blant annet forankret gjennom *Nasjonal tiltaksplan for trafiksikkerhet på vei 2022-2025*[18]. Tiltaksplanen skal bidra til å sikre koordinert, helhetlig og kontinuerlig innsats for et felles mål mellom de mange aktørene som har et ansvar på trafiksikkerhetsområdet. Planen er utarbeidet av Statens vegvesen, Politidirektoratet, Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Trygg Trafikk, fylkeskommunene og åtte storbykommuner. En rekke øvrige statlige aktører og interesseorganisasjoner er med og gir innspill til tiltaksplanen.

I tiltaksplanen konkretiseres nødvendige tiltak for å nå de overordnede målene som settes i Nasjonal transportplan (NTP). I Meld. St. 14 (2023-2024) *Nasjonal transportplan 2025-2036*[19] ligger nullvisjonen om ingen drepte eller hardt skadde i trafikken til grunn for trafiksikkerhetsarbeidet. Nullvisjonen har vært grunnlaget for det tverrsektorielle samarbeidet om trafiksikkerhet i Norge siden 2001.

En rekke ulike fagmiljøer og de ulike sektorene som deltar i samarbeidet på trafiksikkerhetsområdet bidrar med kunnskap om hva som er årsaker til ulykker og hva som kan bidra til å forebygge ulykker og uønskede hendelser i trafikken.

Politidirektoratet og Utrykningspolitiet utarbeider tilstandsanalyser av hvilke typer trafikkatferd som oftest er foranledningen til drepte og hardt skadde i trafikken. Disse viser at hastighetsovertredelser og ruspåvirket kjøring er de dominerende foranledningene.[20]

Ettervern i barnevernet

Formålet med ettervern, eller hjelpetiltak til ungdom over 18 år jf. barnevernsloven § 3-6 er å ivareta ungdommer som fortsatt trenger bistand og støtte etter nådd myndighetsalder. Ettervernet skal bidra til at ungdom som har hatt barnevernstiltak får nødvendig hjelp og støtte i overgangen til en selvstendig voksentilværelse, og kan iverksettes frem til ungdommen fyller 25 år[21]. Retten til ettervern gjelder når ungdommen samtykker og har behov for hjelp eller støtte fra barneverntjenesten til en god overgang til voksenlivet, og kan være tiltak som er iverksatt før ungdommen har fylt 18 år og som ønskes videreføres eller erstattes av andre tiltak.

Tiltakene som iverksettes skal vurderes ut ifra barnets/ungdommens beste, og kan bestå av det ungdommen sammen med barneverntjenesten vurderer at det er behov for slik at formålet kan nås. Det er barneverntjenestens ansvar sammen med ungdommen og vurdere om tiltakene har ønsket effekt, og iverksette nye tiltak ved nye eller endrede behov. Ett vanlig hjelpetiltak som ofte iverksettes for ungdommer med ettervern er samordning av og samarbeid med andre helse- og velferdstjenester som fastlege, DPS, NAV og skole.

Overdoseforebygging

Overdoseforebyggende arbeid[22] er tiltak spisset mot å redde liv og begrense helseskader. Arbeidet må ses i sammenheng med andre innsatser på helse- og velferdsområdet rettet mot mennesker som har rusmiddelproblemer. Overdoseforebyggende arbeid styrkes ved tett samarbeid både på system- og individnivå. Kommunen vil ofte være initiativtager til møtearenaer der samarbeid om overdoseforebyggende arbeid utvikles.

Kommunalt overdosenettverk, både intern og mellom kommuner, er sentralt for å styrke forebyggende arbeid, samt å utveksle fagkunnskap, erfaring og informasjon. I tillegg vissheten om tilgjengelighet av nalokson[23] sentralt.

I tillegg til samarbeidet mellom ulike kommuner, er følgende aktører sentrale:

- *Regionale kompetansesentre for rusfeltet (Korus)* administrerer regionale overdosenettverk, samt bistår Helsedirektoratet i å implementere og iverksette tiltak
- *Senter for rus- og avhengighetsforskning ved UiO (SERAF)* bistår med kunnskapsutvikling og administrerer utdeling av nalokson
- *Kriminalomsorgen*
- Gjennom overdosestrategien har Kriminalomsorgens høyskole og utdanningssenter utviklet [rutiner for å forebygge overdose etter løslatelse \(krus.no\)](#)[24] og i straffegjennomføring i samfunn. Her vektlegges samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten
- *Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK)* bistår med livreddende tiltak, samt formidler kunnskap både til brukere og fagfeltet
- *Politiet* kan være først på stedet ved overdoser og tilkalle helsehjelp. Nalokson er utplassert i flere politibiler.
- *Pårørende- og brukerorganisasjoner*
- *Frivillige- og ideelle organisasjoner:* ulike gatenære tiltak, lavterskel arbeidstrening eller aktivitetstiltak som gatefotball og salg av gatemagasiner. Slike organisasjoner kan spille en viktig rolle både i det forebyggende arbeidet og i oppfølging etter ikke-dødelig overdose.

Helsedirektoratet ferdigstiller i midt 2024 en kommunal overdoseforebyggende pakke. Dette er en revidering av de nasjonale faglige råd om lokalt overdoseforebyggende arbeid, men med økt fokus på samarbeid i og på tvers av sentrale aktører. Det utvikles også et overdosevarslingssystem (OVS).

Forebyggende tiltak når unge gjennomfører straffereaksjoner

Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

En stor andel av ungdommene som gjennomfører ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging har et rusmiddelproblem i større eller mindre grad, selv om de ikke nødvendigvis gjennomfører straff på grunn av rusmiddelrelatert kriminalitet. Det er konfliktrådets rolle å sørge for at ungdommene får en individuelt tilpasset ungdomsplan hvor koordinerte tiltak inngår. Konfliktrådet selv har ingen tiltak, men er avhengig av at velferdstjenestene bidrar inn med sine tiltak og tjenester. Det at kommunale og statlige tjenester tilbyr nødvendige tiltak og deltar i ungdommens oppfølgingsteam er en forutsetning for å lykkes med straffereaksjonene.[25] Rusbehandling eller ruskontroll kan være aktuelle tiltak i en ungdomsplan, i tillegg til relasjonsbyggende tiltak og dagtilbud og aktiviteter som jobb, skole eller fritidstilbud.

Kriminalomsorgen

Å forebygge tilbakefall til rus og kriminalitet, er et felles ansvar for flere sektorer. Domfelte i fengsel og samfunn har samme rett til velferdstjenester som andre innbyggere. Kriminalomsorgens rolle overfor

samarbeidende velferdsetater er å tilrettelegge for at helsetjenesten, skolen, NAV etc. kan tilby sine tjenester i fengsel, ved løslatelse og overføring til straffegjennomføring i samfunn. Kriminalomsorgens to ungdomsenheter for innsatte i alderen 15-18 år, Ungdomsenhet Vest ved Bjørgvin fengsel og Ungdomsenhet Øst ved Romerike fengsel, har begge et tett og nært samarbeid mellom ulike etater som barnevern, psykisk helsevern, utdanningssektoren og kommunal tjenesteyting.

Barn i institusjon

Barn som er i det offentliges omsorg og bor i institusjon kan være særlig utsatt for rusmiddelproblemer. Eksempler i sammenhengen kan være barn som bor i barnevernsinstitusjon, fengsel (se forrige pkt.) eller helseinstitusjon.

Unge som har atferdsproblemer eller har opplevd omsorgssvikt, har en særlig risiko for rusproblematikk, og mange barn som bor i barnevernsinstitusjoner bruker ulike former for rusmidler. Barn som bor på barnevernsinstitusjon, har ofte sammensatte problemer som krever innsats fra flere tjenester, og rus vil være en del av utfordringsbildet barna trenger hjelp til å håndtere på tvers av sektorer. Barna har rett til en helhetlig oppfølging for sine behov, og skal ha tilbud fra andre helse- og velferdstjenester dersom de har behov for det. Barnevernet samarbeider med andre relevante sektorer lokalt etter barnets behov, deriblant kommunale helsetjenester, spesialisthelsetjenesten, skole, NAV og politiet[26] [27].

For enkelte barn, vil deres utfordringer både kunne avhjelpes av tjenester fra barnevernet og av helsetjenester. Skillet mellom oppgavene som løses i de ulike sektorene er likevel ikke alltid tydelig. Det er ikke alltid åpenbart hvilke oppgaver som hører hjemme i hvilken sektor, og på enkelte områder kan helse- og omsorgstjenestens ansvar være overlappende med barneverntjenestens ansvar. Behandling av rusmiddelproblemer er et helseproblem som utløser rett til helsehjelp, og barn og unge med rusmiddelproblemer kan tilbys tiltak i barneverntjenesten og helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten.

Blant behandlingsinstitusjonene i barnevernet, tilbys det spesialisert rusbehandling i 6 statlige institusjonsavdelinger, i tillegg til private barnevernsinstitusjoner som har rammeavtale, for barn som har utviklet et alvorlig rusmiddelproblem i Norge. Når barn får rusbehandling i barnevernsinstitusjon, er det barnevernet som har ansvar, og hjelpen regnes ikke som helsehjelp. Noen av de private rusbehandlingsinstitusjonene har også avtaler med spesialisthelsetjenesten om å tilby TSB.

En del barn i de øvrige barnevernsinstitusjonene har også erfaringer med bruk av rusmidler, eller kan komme i kontakt med rusmidler i løpet av oppholdet i institusjon. Den enkelte institusjon skal gi disse barna hjelp for disse utfordringene i institusjonen eller i samarbeid med andre sektorer.

Alle barnevernsinstitusjoner skal ha kompetanse på å forebygge begynnende rusmiddelproblemer og hjelpe barn som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem tidlig. Det finnes flere aktører som har kompetanse på å bistå med å veilede og øke kompetansen på rus og rusforebygging i barnevernsinstitusjonene, blant annet spisskompetansemiljøet for behandling og spisskompetansemiljøet for endringsarbeid i omsorgsinstitusjoner, regionalt ressursmiljø for rus i barnevernstiltak i region øst og de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korus-ene). I tillegg kan rusbehandlingsinstitusjonene i barnevernet og spesialisthelsetjenesten deriblant LBR-institusjoner, ruskollektivene og TSB, bidra med kompetanse i de øvrige barnevernsinstitusjonene.

Arbeid og opplæring

Å inkludere flere unge i utdanning, arbeid og samfunnsliv er et felles samfunnsansvar, der mange aktører må samarbeide godt over tid for å lykkes. Ungdomsgarantien i NAV er en forskriftsfestet styrking av det

tidligere ungdomsarbeidet og skal sikre individuelt tilpasset oppfølging så lenge det er behov for det, slik at flere unge får mulighet til å fullføre utdanning og komme i ordinært arbeid. Ungdom som er omfattet av ungdomsgarantien vil blant annet få tilbud om bistand til å samhandle med andre relevante instanser; blant annet utdanningsmyndighetene, barneverntjenesten og helsetjenesten. Som et supplement til utdanningssystemets tilbud, kan Arbeids- og velferdsetaten tilby opplæringstiltak til arbeidssøkere som trenger det. I ny opplæringslov er rett til videregående opplæring på ubestemt tid, rett til å bytte studieretning og til å ta et nytt fagbrev blant endringene som innføres.

Arbeids- og velferdsforvaltningen har ansvar for å tilby oppfølging til personer som trenger bistand for å komme i arbeid. Når folk blir stående utenfor arbeid og utdanning, kan det bl.a. ha sammenheng med svake grunnleggende ferdigheter, helseproblemer eller vanskelige oppvekstsvilkår. Rusmiddelproblemer, gjeld og andre sosiale problemer kan gjøre det vanskelig å komme i og stå i arbeid. Manglende arbeidstilknytning kan gi økonomiske problemer og forsterke andre sosiale problemer[28]. Kvalifiseringsprogrammet er et program som kan tilbys personer med vesentlig nedsatt arbeidsevne, og tilby tett oppfølging. Her kan personen også ha rusproblematikk sammen med et ønske å komme i arbeid.

Tilskuddsforvaltning

Flere av etatene forvalter tilskuddsordninger som beskrevet i 3.2 under etatenes ansvar og virkemidler. Tilskudd spiller ofte en viktig rolle i handlingsplaner for områder i samfunnet som trenger satsinger og bidrar til å etablere, støtte og styrke tiltak og tjenester som understøtter blant annet rusforebyggende arbeid. Relevante tilskuddsordninger fordeles på ulike fagområder som eksempelvis folkehelse, kriminalitetsforebyggende arbeid, utenforskap, psykisk helse og rusarbeid, og inkludering av barn og unge, og er til dels overlappende.

Tilskudd varierer i formål, målgruppe, antall søkere, budsjettstørrelse, tildelingsform, tildelingskriterier og type mottakere. Tilskudd som direkte eller indirekte treffer tjenesteproduksjon innen områder i kommunen som forutsetter samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, er særlig effektive, da de forutsetter og bidrar til samhandling på tvers i forvaltningen.

[1] Jf. bl.a. Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025)

[2]

<https://www.udir.no/regelverkstolkninger/opplaring/Laringsmiljo/Ordensreglement-Udir-8-2014/7-Hva-regule>

[3] Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) s. 57.

[4] Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) s. 55.

[5] Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) s. 54.

[6] Jf. Barnekonvensjonen artikkel 33.

[7] Vi viser også til

<https://www.udir.no/regelverkstolkninger/opplaring/Skoleeiers-ansvar/Bruk-av-nodrett-og-andre-inngripende>
og <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/rustesting-av-elever/>

[8] Politidirektoratet (2021). I forkant av kriminaliteten. Forebygging som politiets hovedstrategi (2021-2025).

<https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter-strategier-og-horinger/pod/i-forkant-av-kriminaliteten.pdf>

- [9] DigiUng (u.å.). Forskjellen på ung.no og DigiUng?
<https://www.digiung.no/forskjellen-paae-ung-no-og-digiung>
- [10] RUSinfo (u.å.). Om oss. <https://rusinfo.no/om-rusinfo/>
- [11] Bufdir: foreldrehverdag.no
- [12] Korus (u.å.) Om KORUS. <https://korus.no/om-oss>
- [13] <https://www.statsforvalteren.no/portal/helse-omsorg-og-sosialtjenester/psykisk-helse-og-rus/>
- [14] https://www.regjeringen.no/contentassets/d67450e0530a42bca857db10314d7e47/2024_hovedinstruks-for-statsforvalteren.pdf
- [15] Folkehelseloven § 20 annet ledd.
- [16] Pbl. § 3-2 siste ledd.
- [17] [Veileder oppfølging av personer med store og sammensatte behov \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/veileder-oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov)
- [18]
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c91632e1e2a84454b72072c5d51bf517/nasjonal-tiltaksplan-for-ts>
- [19] <https://www.regjeringen.no/contentassets/aaee20cf5a9e468ea97fd51638c42407/no/pdfs/stm202320240014000dddpdfs.pdf>
- [20] Politidirektoratet og Utrykningspolitiet (2023). Politiets tilstandsanalyse for 2024: Trafikksikkerhetsarbeid. Rapporten er tilgjengelig på politiets nettside:
<https://www.politiet.no/globalassets/dokumenter-strategier-og-horinger/up/tilstandsanalyse-up-2024.pdf>
- [21] Bufdir (2023). Rundskriv for barneverntjenestenes saksbehandling (Saksbehandlingsrundskrivet).
<https://www2.bufdir.no/Bibliotek/RettsdataStartPage/Rettsdata/?grid=gRSz2DSAKSBEHANDLINGSRUNDS>
- [22] Fremstillingen er bl.a. basert på nasjonale faglige råd om overdoseforebyggende arbeid i kommunen: Samarbeid mellom ulike aktører i overdoseforebygging (helsedirektoratet.no).
- [23] Legemiddelet nalokson er standard motgift ved behandling av overdose og brukes av ambulansetjenesten verden over. Fra å være et prøveprosjekt i Oslo og Bergen er nalokson nesespray vi 2019 utplassert i 35 kommuner. Nalokson nesespray er også utplassert i mange fengsler, samt i politibiler og i vektertjenesten.
- [24] <https://www.krus.no/forebygging-av-overdosedoedsfall-etter-loeslatelse-fra-fengsel.580848.no.html>
- [25] Andrews m. fl. (2019): Mellom hjelp og straff – fungerer nye straffereaksjoner for ungdom etter intensjonen, Nordlandsforskning rapport nr: 2/19
- [26] Tween childhood externalising and internalising problems and adolescent alcohol and drug use: The Bergen Child Study. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2018;35(5):357-371. doi:
[10.1177/1455072518789852](https://doi.org/10.1177/1455072518789852)

[27] Unge som har atferdsvansker ruser seg mer, Artikkel på Forskning.no 2019:

<https://forskning.no/alkohol-og-narkotika-angst/unge-som-har-hatt-atferdsvansker-ruser-seg-mer/1293438>

[28] Meld. St. 32 (2020-2021) Ingen utenfor - en helhetlig politikk for å inkludere flere i arbeids- og samfunnsliv. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-32-20202021/id2856870/?ch=1>

Vurdering av dagens tverrsektorielle organisering og samhandling

I dette kapittelet beskrives og utdypes utfordringer i dagens tverrsektorielle organisering av og samhandling om rusforebygging. Først trekkes det opp noen hovedlinjer som viser at utfordringsbildet i stor grad er velkjent (4.1). Deretter identifiseres noen særlige utfordringer for den tverrsektorielle samhandlingen (4.2). Til slutt vurderes om ulike forebyggende initiativer, tiltak og virkemidler understøtter og overlapper hverandre i tråd med oppdraget (4.3).

Utfordringsbildet – velkjente og uregjerlige utfordringer

Det foreligger mye kunnskap om hva som fungerer og hvor utfordringene er i det tverrsektorielle rusforebyggende arbeidet. Samhandlings- og samordningsutfordringer i rusfeltet har vært beskrevet over flere år i politiske dokumenter og kunnskapsgrunnlag.

Utfordringene kan ses i sammenheng med andre komplekse samfunnsutfordringer staten strever med å løse. Statlige myndigheter har ofte ansvar for å håndtere det som kalles «uregjerlige problemer»[1]. Slike problemer kjennetegnes ved at de er komplekse, har sammensatte årsaker som påvirker hverandre gjensidig og at det er vanskelig å finne objektive kriterier for beste løsning. Videre er det en grunnleggende utfordring at kunnskapsgrunnlaget ofte er ufullstendig eller motstridende, og at mål og suksesskriterier er vanskelige å definere.

Løsninger på «uregjerlige problemer» er ikke riktige eller uriktige i betydningen at problemet er løst eller ikke, men vil derimot kunne beskrives som bedre eller dårligere ved at problemet fremstår som økt eller redusert. Det finnes dermed ikke noen endelig løsning på slike problemer, men offentlige myndigheter må likevel ta tak i det. I tillegg er ansvaret for de ulike virkemidlene i mange tilfeller fordelt mellom ulike myndighetsorganer, forvaltningsnivåer og sektorer. Komplekse samfunnsutfordringer, eksempelvis rusmiddel- og psykiske helseproblemer, fattigdom og utenforskap, kan i visse tilfeller kun reduseres eller løses ved at en nettopp ser flere samfunnsområder i sammenheng. Dette betinger i så fall stor grad av koordinering og samhandling på tvers og kan være svært utfordrende å få til i praksis[2], noe som kan forklare hvorfor det samme utfordringsbildet har blitt beskrevet over tid[3].

Hovedlinjer i dagens utfordringsbilde

Rusmiddelforebygging blant barn og unge er et tverrsektorielt samarbeid

Rusmiddelforebygging skjer tverrsektorielt, selv om aktører har ulike roller og virkemidler å ta i bruk. Fordi rusforebygging blant barn og unge er et tverrsektorielt ansvar, vil det være et kontinuerlig samarbeid mellom fag og sektorer. Å fremme beskyttelsesfaktorer og redusere risikofaktorer skjer også i ulike sektorer gjennom å skape gode oppvekst- og livsvilkår.

Tverrsektorielt samarbeid er krevende

Tidligere erfaringer og kunnskapsgrunnlag i ulike sammenhenger beskriver at samarbeid på tvers i seg

selv er utfordrende. Ulikheter mellom aktører blant annet på bakgrunn av fag- og sektortilhørighet, og dermed ansvar og virkemidler, vil derfor stadig prege arbeidet. Gjensidig forståelse for disse forskjellene er en viktig forutsetning for god samhandling.

Utsatte barn og unge fanges ikke opp tidlig nok, blant annet fordi flere sektorer har ansvar

Ansvar for utsatte barn og unge er forankret i flere sektorer, og ikke en enkelt aktør eller sektor har et helhetlig ansvar. Dette kan medføre at ansvaret glipper og at barn og unge ikke fanges tidlig nok opp. Det er store lokale variasjoner i hvordan og i hvilken grad kommunene jobber oppsøkende overfor barn og unge[4]. Kommunene har ingen direkte plikt å drive systematisk, oppsøkende arbeid overfor barn og unge som eksperimenterer med rusmidler.

Vi mangler kunnskap om konsekvenser av rusmiddelbruk og om virksomme tiltak

Noen konsekvenser av rusmiddelbruk vet vi mye om, mens andre konsekvenser er lite kartlagt. Vi har mye kunnskap om konsekvenser av alkoholbruk, men mindre om en del illegale rusmidler. Blant annet er det begrenset hva vi vet om konsekvenser for barn og unge av cannabisbruk. Det trengs også mer kunnskap om hva som er virksomme tiltak på noen områder. Vi viser blant annet her til vurderingene i Nasjonalt rusforebyggende program for barn og unge. Mer kunnskap kan bidra til økt forståelse på tvers av aktører.

Det er stor grad av tverrpolitisk enighet om en restriktiv alkoholpolitikk, men mer meningsmangfold om narkotikapolitikken

Når vi snakker om rusforebygging, snakker vi i realiteten også om to ulike politikkområder, henholdsvis alkoholfeltet og narkotikafeltet. Selv om rusforebyggende innsatser kan virke forebyggende for flere typer rusmidler, er alkohol og andre rusmidler ulikt regulert og gjenstand for forskjellig politikk. Blant annet er det særskilte handlingsplaner og strategier rettet mot henholdsvis alkohol og mot illegale/andre rusmidler. Dette har konsekvenser for den tverrsektorielle samhandlingen om helhetlig rusforebygging blant barn og unge.

Flere regjeringer over mange år har videreført en restriktiv alkoholpolitikk. Vi viser blant annet til Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) som ble lagt frem av Solberg-regjeringen og videreført av regjeringen Støre. Tverrpolitisk enighet om alkoholpolitikken og de alkoholpolitiske virkemidlene avspeiles i sektorene som jobber med forebygging på alkoholområdet, eks. politiet og helsesektoren.

Til sammenligning er narkotikafeltet et mer polarisert og fragmentert politikkfelt. Debatten og prosessen rundt Solberg-regjeringens forslag til rusreform er illustrerende. Konsekvensene kan være at det er mer utfordrende å samhandle og koordinere mellom ulike sektorer og aktører når det er større uenigheter i den politiske diskursen, i tillegg til at bruk og besittelse av narkotika er straffesanksjonert. Det kan skape skarpere skille mellom sektorene og aktørenes rolle og ansvar enn på alkoholfeltet.

[1] Vabo, S.I., Klausen, J.E. & Askim, J. (2020). Offentlig politikk. Oslo: Universitetsforlaget.

[2] Rønning, R. (2021). *Innovasjon i offentlig sektor. Innover eller bli innover*. Universitetsforlaget

[3] Se innsats i nyere tid for styrket tverrsektoriell samhandling oppsummert i vedlegg 2.

[4]

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/barne-og-familiedepartementet-mottar-rapport-om-fritidsklubber/id301>

Utdyping av sentrale utfordringer for samhandling

Overlappende lov- og regelverk i kommunenes forebyggende ansvar

Kommunens ansvar for forebygging rettet mot barn og unge er nedfelt i flere sektorlover med ulike formål som legger føringer på hvordan de kommunale tjenestene skal jobbe med forebygging. Sektorlovene er utarbeidet innenfor ulike fagområder, eller «logikker», og regelverkene har ikke vært gjenstand for en helhetlig harmonisering. Det medfører at flere av sektorlovene til dels har overlappende målgrupper og formål, samtidig som forståelsen av utfordringsbildet og forebyggingsbegrepet varierer på tvers av sektorer og tjenester, det vil si hva som skal forebygges og hvordan.

Med overlappende regelverk og tilhørende uklare roller og uklar ansvars plassering på tvers av sektorene, er det en risiko for at statlige etater utvikler ulike og til dels overlappende tiltak, modeller og pedagogiske virkemidler rettet mot kommunens forebyggende tjenester. Blant annet kan koordinatorfunksjoner som SLT-koordinator, BTI-koordinator og folkehelsekoordinatorer ha overlappende oppgaver. Vi viser ellers til vedlegg 1 som gir en oversikt over en rekke etablerte strukturer for samarbeid.

Det kan være utfordrende for kommunene å organisere det forebyggende arbeidet slik at det treffer behovene til barn og unge i kommunen med utgangspunkt i ulike i lovverk og ulike sektorlogikker. Sektorisering bidrar i en del tilfeller til uklare roller og ansvars plassering, som medfører en risiko for at viktige behov for forebyggende tjenester ikke dekkes, og for at helheten og sammenhengen i det forebyggende tjenestetilbudet glipper. Det er behov for å klargjøre hva forebygging av rusmiddelbruk skal være på tvers av sektorer, og hvilket ansvar som ligger hvor.

Definisjonen av rusmiddelutfordringer i barnevernloven versus helse- og omsorgstjenesteloven er et eksempel på hvordan den samme utfordring forstås på ulike måter i ulike lovverk. I barnevernloven er rusmiddelutfordringer hos barn og unge definert som et alvorlig atferdsproblem, og i helse- og omsorgstjenesteloven er det et helseproblem. I praksis utløser det ulike forløp for barna avhengig av hvilken tjeneste/ sektor de fanges opp av dersom de står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem (mer om dette under utfordringen «hvordan fange opp de mest sårbare barna» i NOU 2024: 23)[1].

Eksempel på konsekvenser av overlapp og uklar ansvars plassering for kommunens organisering av det forebyggende arbeidet

Bestemmelsene som pålegger kommunen å vedta en plan for kommunens arbeid med forebygging av omsorgssvikt og atferdsvansker, er hjemlet i barnevernloven § 15-1 andre ledd. Det meste av arbeidet med å forebygge omsorgssvikt og atferdsvansker skjer imidlertid i andre sektorer enn barnevernet – som skole, helse med flere. Barnevernloven § 15-1 har dermed i praksis en betydning for flere sektorer som styres av andre sektorlover. Bestemmelsen om kommunens forebyggende plan overlapper også delvis med folkehelselovens bestemmelser om oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer og krav til å iverksette nødvendige tiltak for å imøtekomme disse, både når det gjelder formål og metodikk.

Ifølge andre delrapport fra følgeevalueringen av Barnevernsreformen, der tidlig innsats etter barnevernloven § 1-10 og forebygging etter barnevernloven § 15-1 er tema, strever kommunene med å forstå bestemmelsene og hva den forebyggende planen etter barnevernloven § 15-1 skal være i forhold til andre lovpålagte planer, som for eksempel folkehelseplan. Evalueringen viser også at forståelsen/definisjonen av begrepene forebygging og tidlig innsats varierer mellom tjenestene i kommunen. Sektorisering og ulike forståelser av forebyggingsbegrepet på tvers av tjenester fremheves

som viktige barrierer for det forebyggende arbeidet, og samarbeid og felles forståelse som suksessfaktorer. Rapporten understreker viktigheten av at kommunale tjenester samarbeider på lokalt nivå, og at relevante sektorer på nasjonalt nivå samarbeider i arbeidet med å veilede kommunene i det forebyggende arbeidet[2].

Utsiktet variasjon i kommunenes rusforebyggende innsats

Kommunene kan organisere og utforme tjenestetilbudet slik de selv mener er best i egen kommune, innenfor de rammene som rettsregler, øvrige rammebetingelser og kommuneøkonomi mv. gir. Det er hensiktsmessig at kommunene kan prioritere ressursene mot lokale utfordringer. Samtidig kan dette føre til utsiktede variasjoner i tilbud og tilgjengelighet mellom kommuner når det gjelder den rusforebyggende innsatsen.

Ulik organisering i kommunene kan også være utfordrende for samordning og samhandling over forvaltningsnivåer, fordi statlige eller fylkeskommunale tjenester må samhandle på ulike måter med ulike kommuner når det er variasjon i hvilke tjenester kommunene har. Én modell for samordning og samhandling som fungerer godt i en kommune er ikke nødvendigvis overførbart til en annen kommune. Det kan være ressurskrevende når samhandlingsmodellene er ulike i kommunene.

Kommunenes ansvar etter alkoholoven er sentrale virkemidler på alkoholområdet. Statsforvalteren skal i samarbeid med relevante kompetansemiljø, tilby kommunene opplæring og veiledning i forståelsen av alkoholoven, med særlig vekt på bevilningssystemet. Helsedirektoratet kjenner til at veiledning til kommunene varierer regionalt, av flere årsaker, blant annet kapasitet, noe som kan føre til utsiktet variasjon i kommunenes forvaltning på området. Det er derfor behov for å understøtte kommunene bedre i sammenhengen, noe som kan fremme rusforebygging blant barn og unge.

Utsatte barn og unge fanges ikke opp tidlig nok og får ikke tilstrekkelig hjelp

Til tross for at de fleste er omforent om at samarbeid er viktig, viser det seg likevel at dette er vanskelig å få til i praksis. Blant annet peker Fafo-rapporten 2020:02 *Trøbbel i grenseflatene - Samordnet innsats for utsatte barn og unge* på at mens velferdsstatens tjenester bidrar til gode oppvekstvilkår for de fleste, ser det ut til at tjenesteapparatet ikke alltid når fram når den enkeltes utfordringer er mer sammensatte. Ansvar skyves mellom tjenester, informasjon glipper, og ingen tar ansvar for helheten eller koordineringen av tjenestene. Rapporten viser at behovet for samordning blir særlig tydelig i grenseflatene mellom tjenestene.

Mange barn og unge i høyrisikogrupper har ofte sammensatte utfordringer med behov for hjelp fra flere tjenester, som barnevern, helsetjenester, skole og NAV. Utfordringene til disse barna handler gjerne om mer enn bare rus, og én tjeneste dekker ikke hjelpebehovene alene. Med dagens organisering og tilbud klarer ikke hjelpetjenestene å fange opp barn med rusproblematikk godt nok og tidlig nok, eller barna kan bli kasteballer i systemet. Tjenestene er i mange tilfeller ikke tilstrekkelig koordinerte, og med sammensatte utfordringer blir det uklart hvem som har hovedansvar for barna.

Sektorisering er en barriere for samhandling i oppfølgingen av de mest utsatte barna. De ulike tjenestene styres av ulike lovverk med ulike formål og forløp for barn knyttet til kategorier og diagnoser. For eksempel har både barnevernet og helsetjenesten et ansvar for å hjelpe barn med utfordringer knyttet til rus, men tjenestene er styrt av ulike lovverk med ulik inngang til rus (se utfordring 4.2.1 om overlappende lov- og

regelverk). Ifølge barnevernsinstitusjonsutvalget[3] fremstår det i dag vilkårlig om barn får hjelp fra barnevernet eller helsetjenesten dersom de bruker rusmidler. Dersom et barn i 15 -16 års-alderen som bruker alkohol, cannabis eller andre illegale rusmidler tar kontakt med fastlege eller helsesykepleier, kan de bli henvist til BUP. Hvis det samme barnet kommer i kontakt med politiet eller utekontakten og barnevernet blir informert, kan barnet få tilbud om plass på en barnevernsinstitusjon[4]. En del barn med sammensatte utfordringer vil i tillegg ikke alltid passe inn i kategoriene og forløpene i tjenestene, og deres behov blir ikke ivaretatt. Det er en risiko for at problemene eskaleres fordi hjelpen barna trenger ikke eksisterer, eller at ansvaret glipper i overgangen mellom tjenestene (jfr. Rapport fra Helsetilsynet 3/2023) [5].

Det er behov for en tydeliggjøring av regelverket og ansvarsfordelingen mellom de ulike etatene slik at barna får tidlig, rask og tilstrekkelig helhetlig hjelp[6]. Tjenestene må i større grad koordinere seg og samhandle med barnets behov i sentrum. FNs barnekomité påpeker at samordning mellom sektorer er grunnleggende for å ivareta barns rettigheter.

Særlig om ansvar for bekymringssamtaler ved rusmiddelbruk

Det er i dag flere tjenester som har i sitt mandat at de kan tilby samtale ved behov knyttet til rus og bruk av rusmidler. Det er grunn til å løfte på tvers av etater hvilke aktører som bør ha ansvar for å samtale med barn og unge som bruker illegale rusmidler.

Politiet har som et forebyggende virkemiddel adgang til å innkalle barn og foresatte til en bekymringssamtale etter politiloven § 13. Denne adgangen er knyttet til bekymring for straffbare handlinger, noe som vil kunne omfatte bruk av illegale rusmidler eller andre forhold knyttet til narkotika.

I nasjonal retningslinje for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet er det gitt en omtale av bekymringssamtalen. Det fremheves at det i hvert enkelt tilfelle må foretas en konkret vurdering av hvorvidt det er aktuelt å gjennomføre en bekymringssamtale overfor den unge. Dette vil være særlig relevant når rus vurderes som en del av et utfordringsbilde som omfatter annen type kriminalitet. Dersom bekymringen rundt barnet kun vurderes å være knyttet til bruk av rusmidler bør det vurderes nøye hvorvidt bekymringssamtale i regi av politiet er riktig virkemiddel. I slike tilfeller vil det være aktuelt for politiet, etter samtykke, å formidle kontakt med eksempelvis kommunale hjelpetiltak for samtale og for å få hjelp.

Ulik problemforståelse av rusmiddelbruk på tvers av sektorer og fag

Bruk av rusmidler er for mange uproblematisk, men noen får problemer[7]. Det er ikke et skarpt skille mellom bruk og problembruk. Rusens sosiale funksjon og kilde både til glede og skade, innebærer at rusmiddelbruk er sammenvevd med normative og ideologiske oppfatninger av hva som er akseptabel, og hva som er uønsket atferd[8]. Slik oppdragets tverrsektorielle innretning belyser, er det videre aktører fra mange ulike fagfelt som kommer i kontakt med rusmiddelbruk og som må gjøre vurderinger av når og på hvilken måte rusmiddelbruk utgjør et problem. Ulik forståelse av forebygging og prioritering av dette, vil gi varierende innsats og tildeling av ressurser på området. Flere forhold kan knyttes til at det ikke er en entydig problemforståelse av rusmiddelbruk i alle sammenhenger.

Fag og politikk på rusfeltet har utviklet seg ut fra flere perspektiver. Rusfeltet er i dag forankret i flere fagfelt og vitenskaper, med kunnskapstilfang fra blant annet medisin, psykologi, sosiologi, filosofi og økonomi[9]. Ikke noe fagfelt alene kan sies å favne helheten[10]. Også som fagperson vil det være menneskelig å lene seg mer mot forklaringer som har opphav i eller er i overensstemmelse med eget fagfelt.

Forskjellige fagfelt berøres av rusmiddelbruk på ulike måter og i varierende grad. Flere sektorer har ansvar og virkemidler på rusfeltet og for personer som berøres av rusmiddelbruk, jf. de etatsvise beskrivelsene over. Aktører vil ha ulike erfaringer med og opplevelser av hvordan rusmidler kan utgjøre et problem, blant annet ut fra totalbelastningen og hvilke negative konsekvenser de kommer i kontakt med. Rusmiddelbruk kan blant annet forstås som et atferdsproblem, et helseproblem og et kriminalitetsproblem. Dette vil videre ha konsekvenser for hvilke virkemidler man vurderer som best egnet – for eksempel tiltak i barnevernet, behandling i helse- og omsorgstjenesten, eller håndtering i straffesakssporet. Kompleksiteten forsterkes av at flere forståelser og forklaringer kan være meningsfulle og legitime på samme tid.

Rusmiddelbruk har både en juridisk og en normativ side. Alkoholbruk er det mest brukte rusmiddelet i Norge og har vært det i lang tid. Alkohol er i dag et lovlig rusmiddel, men har også vært forbudt, blant annet under og i kjølvannet av 1. verdenskrig («forbudstida»)[11]. Selv om en stor del av befolkning har brukt og bruker alkohol, har det alltid vært bevissthet og oppmerksomhet om skadene alkohol kan medføre, og avholdsbevegelsen har vært en aktiv pådriver og hatt stor innvirkning på alkoholpolitikken historisk[12]. Regulering av alkohol har derfor også lange historiske røtter i Norge, og i dag er vi et av landene i Europa med mest restriktiv regulering[13]. Fordi alkoholbruk er forbundet med risiko for skader og andre negative konsekvenser samtidig som det har en sentral sosial og kulturell plass, er det ulike normative oppfatninger knyttet til alkoholbruk.

En del substanser med ruspotensiale er forbudt. Narkotikaforskriften fastsetter hva som er narkotika og oppdateres løpende[14]. Hvilke rusmidler som er illegale er dermed kontinuerlig til vurdering. At et rusmiddel er forbudt, er i seg selv uttrykk for at bruken er uønsket av samfunnet. Samtidig er det stor variasjon mellom de ulike illegale rusmidlene med tanke på potensiale for skade, blant annet på helse. Narkotika som et samlebegrep for ulike substanser, først og fremst med det til felles at de er definert som illegale, kan tilsløre nyanser som kan være viktige for å vurdere om og hvordan rusmiddelbruk i sammenhengen er et problem.

Rusmiddelbruk er forbundet med stigma. Stigmatisering av enkeltpersoner kan anses som skyggesiden av det som omtales som «signaleffekten» av straffeforbud, som rammer den enkeltes egen bruk og innehav av narkotika[15], fordi straff er samfunnets sterkeste anordning for å fordømme en handling. Et sentralt bakteppe for Solberg-regjeringens forslag til rusreform var en erkjennelse av at straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting[16]. Foruten å påvirke forståelsen av rusmiddelbruk, kan stigma ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging[17]. En ny rapport fra Norges institusjon for menneskerettigheter viser også at personer med rusmiddelavhengighet opplever stigma og diskriminering i møte med det offentlige[18].

Rusmiddelbruk medfører skader for brukeren selv, for tredjeparter og for samfunnet. Noen skader er det lett å enes om at burde forebygges, mens andre skader kan det være mer uenighet om samfunnet burde bruke sine ressurser på å rette innsats mot. Konsekvenser som rammer personen som bruker rusmidler kan være gjenstand for ulike oppfatninger av hvor langt individets frihet til å påføre seg selv skade strekker seg. Samtidig kan skader som rammer brukeren også ha konsekvenser for tredjeparter og samfunnet i bredt.

Det er varierende og manglende kunnskap om konsekvenser av rusmiddelbruk og om virksomme tiltak. For alkohol er det ingen sikker trygg nedre grense for når bruk innebærer risiko for helseskader. Ulike illegale stoffer har ulike helsemessige og sosiale konsekvenser[19]. Vi mangler også en del kunnskap om hva som er virksomme rusmiddelforebyggende tiltak (se nærmere drøfting under utfordringen om effektevaluering av rusforebyggende tiltak).

Samfunnets forståelse av rusmiddelbruk er i utvikling og endring. Politisk ble alkohol etablert som et tema i Norge utover 1800-tallet[20], og narkotika fra 1960-årene. Alkohol er i dag lovlig, men strengt regulert, og

et flertall av voksne drikker alkohol. Selv om alkoholpolitikken i noen grad har vært preget av liberaliseringer siste par tiår[21], er det bred politisk enighet om å videreføre en restriktiv alkoholpolitikk i Norge.

Narkotikafeltet er mer i bevegelse. Fra starten av 1960-årene til slutten av 1980-årene ble «narkotikaproblemet» forstått på ulike måter[22]. I begynnelsen av perioden ble det primært formulert som et medisinsk problem. Fra slutten av 1960-årene ble det forstått primært som et sosialt problem, forårsaket av endringer i samfunnet, mens det fra slutten av 1970-årene og til slutten av 1980-årene var et problem der kontroll utgjorde det viktigste virkemidlet. I dag ses en tydeligere helsedreining på feltet og i diskursen om illegale rusmidler[23].

Drøftingen over anskueliggjør at det kan være utfordrende å enes om en felles problemforståelse av rusmiddelbruk. Konteksten barn og unge kan imidlertid være forenende i noen grad. For barn og unge er det en tydeligere felles forståelse av at bruk av rusmidler er uønsket fordi denne gruppen er mer utsatt for negative konsekvenser av eget og andres rusmiddelbruk. For aktører fra forskjellige sektorer og fagfelt kan rusmiddelbruk hos barn og unge eller i deres nærmiljø derfor være en risikofaktor som påkaller oppmerksomhet eller innsats. Samtidig vil det ofte være nødvendig med godt faglig skjønn for å vurdere om, og hvilken, innsats som bør settes inn. Denne vurderingen kommer spesielt på spissen for barn og unge med sammensatte utfordringer eller opphopning av risikofaktorer som dårlige levekår. Et godt faglig skjønn kan også innebære at en ungdoms rusmiddelbruk ikke er det mest hensiktsmessige å ta tak i først eller fremst.

Manglende helhetlig samordning av statlig tverrsektoriell styring på rusfeltet

Helse- og omsorgsdepartementet har som tidligere beskrevet koordinerende ansvar på rusfeltet på departementsnivå, samtidig som flere statlige etater har delansvar for å forebygge bruk av rusmidler blant barn, og for å fange opp og gi barn som står i fare for å utvikle rusmiddelproblemer god nok hjelp til rett tid. Selv om det tverrsektorielle perspektivet ofte er tematisert i sektorenes innsatser mot kommunen, er virkemidlene i hovedsak forankret i og innrettet mot egen sektor. Disse tilnærmingene retter seg dermed ikke mot de mer grunnleggende og systemiske årsaksforholdene som opprettholder samordningsutfordringene i kommunene og tjenestene. En sterkt sektorisert offentlig forvaltning på statlig nivå, forplanter seg nedover i forvaltningsnivåene og gjør det krevende å etablere og opprettholde en helhetstenkende praksis der barnets behov settes i sentrum for rusmiddelforebyggende tiltak og tjenester i kommunen.

Noen eksempler:

- *Barnevernsreformen* trådte i kraft i januar 2022. En viktig hensikt med reformen var å legge mer ansvar til kommunene og stimulere til større forebyggende og tidlig innsats der barn og familier bor. For å lykkes med dette, er det nødvendig at kommunene sikrer at barnehage, skole og de kommunale helsetjenestene har oppmerksomhet på utsatte barn og unge og forebyggende innsats. Imidlertid ble alle lovendringene lagt til barnevernloven og det manglet tverrsektorielt samarbeid om reformen før den ble iverksatt.
- *Kommunene får føringer fra flere statlige etater* om å utarbeide kommunale planer forankret i sektorlover, der forebygging blant barn og unge inngår i målgruppen (oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, plan for forebygging av omsorgssvikt og atferdsvansker, etc). Kommunene opplever det som forvirrende og ressurskrevende å forholde seg til ulike og delvis overlappende krav om planer.
- *Det gis mange tilskudd fra ulike statlige etater* ofte med overlappende formål og av ulik varighet. Kommuner bruker mye tid på å orientere seg om, søke og rapportere på tilskudd. Mangel på

koordinering mellom statlige tilskudd kan føre til at flere statlige tilskudd finansierer samme tiltak. Det er stor variasjon i hvordan tilskudd følges opp og evalueres.

Det er utfordrende å gjennomføre tverrsektorielle oppdrag og samordne innsatser på statlig nivå, og på tvers av forvaltningsnivåer. Det er tid- og ressurskrevende, og etatene har ofte ulike prioriteringer, mål og forståelser av forebygging. Det er ofte svært mange aktører på ulike forvaltningsnivåer involvert, som både skal samhandle med tjenestemottaker og med hverandre. Problembildet omfatter strukturelle, kulturelle, ideologiske, faglige, språklige, profesjonsmessige og praktiske faktorer, inkludert mangel på tverrsektoriell ledelse.

Den sektoriserende innsatsen fra staten har konsekvenser for kommunenes arbeid og det er derfor behov for å se på hvordan statlig nivå kan lykkes med en mer sammenhengende innsats på dette feltet. I forbindelse med evalueringen av 0-24 samarbeidet anbefalte DFØ følgende:

- *Departementene bør arbeide for å sikre at direktoratene har en felles forståelse av utfordringsbildet og mulige retningsvalg framover. Det kan bidra til å sikre at tilskuddsordninger, planer, regelverk og budsjettposter blir sett i sammenheng.*
- *Departementene bør i større grad signalisere hvilke forventninger de har til direktoratene gjennom den ordinære styringen i instruks og tildelingsbrev.*
- *Departementene bør styrke og utvikle samarbeidet med kommunesektoren. Forankring i konsultasjonsordningen bør vurderes.*
- *Staten bør opptre mer samordnet overfor kommunesektoren.*
- *Departementene bør vurdere å gi Fylkesmannen en mer sentral rolle.*
- *Ledere på forskjellige nivåer bør i større grad enn nå aktivt støtte samarbeidet gjennom gode arbeidsformer og kompetansetiltak*

Innsats og ansvar kan glippe i sårbare overganger

Ulike sektorer kan ha ansvar før, etter eller i overganger og forløp, noe som kan føre til at ansvaret i disse overgangene kan glippe.

Et eksempel er ved løslatelse fra fengsel. Når innsatte etter en fengselsstraff eller varetekt skal tilbake til samfunnet, er det av stor betydning at de har bolig, arbeid eller skole, helse- og rustjenester. Det er de samarbeidende etatene som har ansvar for å planlegge oppstart av disse tjenestene etter fengsel og å tilby dem etter løslatelse og når domfelte gjennomfører straff i samfunn. Det er ofte svikt i dette samarbeidet fra alle parter i dag. Denne glippsonen mellom fengsel og samfunn har vært et betydelig problem i flere tiår og er en vesentlig årsak til tilbakefall til rusmiddelbruk og -problemer, og kriminalitet.

Samtidig vet vi at unge voksne har stor kapasitet til læring og potensial for positiv utvikling, og disse ressursene må utnyttes best mulig under straffegjennomføringen. Tilgang til skole, arbeid, helse- og rustjenester og en samordnet innsats fra ulike tjenesteytere, gjør straffegjennomføring i fengsel og i samfunn til en god endringsarena. Her kan kriminalomsorgen og velferdsetatene skole, NAV og helsetjeneste, sammen med de unge domfelte, styrke mulighetene for å få et godt liv - som aktive og deltakende samfunnsborgere - uten kriminalitet.

Tverrfaglig samarbeid om tiltak i straffereaksjoner

Ungdom som gjennomfører straffereaksjoner i kriminalomsorgen

Kriminalomsorgen har et godt tilpasset straffegjennomføringsløp for mindreårige innsatte i aldersgruppen 15-18 år med egne ungdomsenheter, tverrfaglige team og særregler. Dette er forankret i kunnskap om barns behov. Tilsvarende har vi kunnskap om de kognitive og utviklingsmessige forutsetninger som gjelder unge i alderen 18- 24 år. Denne kunnskapen forteller at også unge voksne som gjennomfører straff har behov for en forsterket oppfølging både i fengsel og samfunn, men tilbudet er ikke godt nok tilrettelagt for unge 18-24 under straffegjennomføring.

Utfordringer i samarbeidet innad i kriminalomsorgen

- Manglende gjennomføring av grunnleggende strukturer for miljø- og tilbakeføringsarbeidet fra fengsel til samfunn.
- I fengslene har miljø- og tilbakeføringsarbeid et mindre fokus enn sikkerhetsarbeidet.
- Manglende vurdering av en gradvis tilbakeføring til samfunnet og overgang til straffegjennomføring i samfunnet, bl.a. med elektronisk kontroll.

Utfordringer i samarbeidet innad i justissektoren

- Uforutsigbar lengde på varetektsopphold og uoppgjorte straffesaker under straffegjennomføring
- For lang saksbehandlingstid for ferdigstillelse av personundersøkelse PUM/PU
- Unge står i soningskø for fengsel og samfunnsstraff

Utfordringer i samarbeidet mellom kriminalomsorgen og samarbeidspartnere

- Manglende forståelse/innsikt i hverandres fagområder
- Manglende informasjon om den unge fra andre velferdsaktører ved straffens begynnelse
- Krevende å finne egnet innhold i straff i samfunn og gode samarbeidspartnere for unge som har et sammensatt utfordringsbilde
- Mange unge har behov for helsehjelp. Det er også en klar økning av unge straffedømte som har begått volds- og seksuallovbrudd. Unge isolerte er særlig utsatt for varige skader.
- Mangelfullt tilbud fra velferdsetatene som må tilby et godt planlagt og nært samarbeid i løslatelsesfasen fra fengsel til samfunn.

Ungdom med rusmiddelutfordringer og som gjennomfører ungdomsstraff og ungdomsoppfølging

Ikke alle unge som gjennomfører ungdomsstraff og ungdomsoppfølging får den helsehjelpen de trenger for sitt rusmiddelproblem. Dette handler om flere ting. Det er blant annet en usikkerhet om hvem som har ansvar og myndighet til å ta tak i ungdom som har begått lovbrudd og samtidig har en rusutfordring. Ulike oppfatninger om og praksis for hvem som kan gjennomføre ruskontroll av unge og hvem som skal betale for ruskontroll når det inngår i ungdomsplaner kan føre til at tjenesten ikke tilbys. Det er også lite kunnskap om effekt av rusprøver.[24]

I tillegg varierer det hva slags rusbehandlende tiltak og tjenester som er tilgjengelig i den enkelte kommune når hjelpen trengs. Det mangler blant annet forebyggende lavterskeltiltak, avrusningstiltak, behandling for unge med lettere rusutfordringer og egnede institusjonsplasser for unge med komplekse rusutfordringer. [25]

En annen utfordring er at tjenester og aktører som tilbyr rusbehandling og hjelp kan kvie seg mot å bidra i gjennomføring av ungdomsreaksjonene. Det oppleves krevende for tjenester og aktører å skulle delta i en straffereaksjon når deres tjenester i stor grad er frivillige og formålet er å yte hjelp, ikke straff.[26]

Følgeevalueringen om ungdomsreaksjonene fra Nordlandsforskning[27] trakk frem at kommunale og statlige tjenester i mange tilfeller ikke tilbyr nødvendige tiltak eller deltar i ungdommens oppfølgingsteam, noe som er en forutsetning for å lykkes best mulig med straffereaksjonene. Dette gjaldt særlig tiltak knyttet til rus- og voldsproblematikk, men også tiltak knyttet til meningsfylt dagtilbud og psykiske helseproblemer. Manglende tilgang til tiltak kan i ytterste konsekvens føre til at ungdom ilegges ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging uten at det er mulig å få laget en individuelt tilpasset ungdomsplan ut fra ungdommens behov.

Oslo Economics og Proba samfunnsanalyse har fått i oppdrag å se på bruk og virkninger av gjenopprettende prosess etter lovbrudd, og virkninger av ungdomsreaksjoner, som det kan være relevant å se hen til i lys av rusforebygging.

Lite bruk av og uutnyttet potensiale for rådgivende enheter for russaker i kommunene

Det ble allerede ved etableringen av rådgivende enheter for russaker i kommunene uttalt fra Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet at det var noe usikkerhet rundt i hvor stort omfang enhetene ville bli tilført saker som var avgjort i straffesakssporet[28]. Utviklingen i perioden som har gått siden etableringen av de rådgivende enhetene bekrefter at det er et begrenset antall personer som blir ilagt oppmøteplikt for enheten. En opptelling utført våren 2024 viste at det var om lag 100-150 saker på landsbasis.

Det er på bakgrunn av rettstilstanden heller ikke grunn til å forvente en særlig stor økning fremover. Riksadvokaten ga i mai 2022 nye retningslinjer som skal gjelde for politiets arbeid med narkotikasaker[29]. Bakgrunnen var at Høyesterett i april 2022 avsa tre dommer som slår fast at rusavhengige ikke skal straffes for befatning med narkotika til egen bruk. Ifølge retningslinjene skal politiet ved avdekking av narkotika til egen bruk hos rusavhengige vurdere nøye om det er tilstrekkelig grunn til å anmelde og forfølge forholdet videre. I tillegg har Riksadvokaten i april 2021 tydeliggjort begrensninger for bruk av inngripende virkemidler - særlig når det gjelder politiets adgang til ransaking i saker om bruk av narkotika [30].

Samtidig er det nå etablert en enhet som skal ta imot saker som får pålegg om oppmøte fra påtalemyndigheten eller domstolen[31]. Denne kan det være gode grunner til å videreutvikle til en råd- og veiledningstjeneste for å nå ut til særlig barn og unge med informasjon om rusmidler, konsekvenser ved rusbruk og veiledning ved behov for helsehjelp mv. Det er alt foreslått tilføyelser av rådgivende enhet for russakers funksjon; å være ett kontaktpunkt for konfliktrådene[32]. Det bør dermed vurderes om rådgivende enhet for russaker kan utvide sin rolle i det rusforebyggende arbeidet, som drøftes i neste kapittel om tiltak (se kap. 5.4), slik oppdraget også ber om.

Uklart ansvar for koordinering og formidling av kunnskapsbasert informasjon om rus til befolkningen og barn og unge

Per i dag er det flere aktører i ulike sektorer som formidler informasjon om rusmidler til befolkningen, inkludert barn/unge og deres foreldre. Erfaring viser at forståelsen av og kunnskap om rusmidler og rusforebygging varierer på tvers av sektorer, og mange aktører og ulike stemmer kan gjøre det krevende

for befolkningen å orientere seg i informasjonsmylderet. Det er behov for at offentlige myndigheter «snakker» med én tydelig felles stemme, og at informasjonen som formidles er kunnskapsbasert, kvalitetssikret og koordinert.

Det er behov for å tydeliggjøre hvem som har ansvar for å gi informasjon til innbyggerne om rusmidler, konsekvenser ved rusmiddelbruk, risikofaktorer, samt informasjon om hvor man kan søke rådgivning og hjelp. Det gjelder særlig hvordan man skal nå ut til barn og unge med koordinert og kunnskapsbasert informasjon. Undersøkelser viser at unge mangler kunnskap om konsekvenser ved rusmiddelbruk. Ulike sektorer gir informasjon med bakgrunn i mandatet til den enkelte etat, noe som kan medføre at informasjon til dels formidler ulike budskap og i varierende grad er alderstilpasset. Samlet kan informasjonen fremstå fragmentert og lite koordinert. Det er også viktig for det offentlige å ha en omforent strategi med hensyn til valg av kanal for å nå ut til barn og unge, herunder hvordan sosiale medier kan benyttes mer aktivt. Foreldre bør også være en målgruppe for koordinert informasjon om rus.

Manglende samordning av nasjonale normerende produkter

Helsedirektoratet har lovfestet ansvar for å normere på rusfeltet, men andre sektorer utgir også normerende produkter som kan være relevante for eller tilstøtende til rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Det utgis også tverrsektorielle produkter der ulike etater gir anbefalinger sammen. Samordning mellom produktene er utfordrende.

Særlig har man mange overlappende produkter innen barn og unge. De ulike produktene har flere av de samme samarbeidspartnere og er til dels vanskelig å skille fra hverandre. Det er også variasjon i hvorvidt produktene er oppdatert. Det er ikke utviklet produkter spesifikt for rusmiddelforebygging. Under brukes derfor normerende produkter innen psykiske helse for barn og unge som eksempel.

Tabell 2. Oversikt over normerende produkter innen psykisk helse for barn og unge.

Produkt	Ansvarlig
Veileder psykisk helsearbeid barn og unge	Hdir, AVDir, Bufdir, Udir og Husbanken
Veileder Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier	Hdir, AVDir, Bufdir og Udir
Nasjonalt forløp Barnevern: Kartlegging og utredning av psykisk helse, rus, somatisk helse, seksuell helse og tannhelse	Hdir og Bufdir
Faglig retningslinje Tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet	Hdir og Bufdir
Rundskriv: Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste (under revisjon)	Hdir og Bufdir
Faglig retningslinje Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge	Hdir, AVDir, Bufdir, POD, Udir og IMDI

Regulering og innsikt i barn og unges digitale liv

En stor del av barn og unges liv utfolder seg digitalt, og digitale kanaler er utfordrende å overvåke, regulere og håndheve. Endringer skjer raskt, som i seg selv gjør det vanskelig å regulere, i tillegg til at en del problemstillinger er globale. Innspill fra barn og unge som ble gitt til dette oppdraget, samt eksisterende kunnskap fra ulike undersøkelser[33], viser at barn og unge eksponeres for innhold om rusmidler i sosiale medier, særlig alkohol. Det kan på den ene siden handle om omtale og innhold som kan skape nysgjerrighet og økt motivasjon for å prøve ut ulike rusmidler. På den andre siden kan det være informasjon om hvordan man kan få tak i rusmidler og tilrettelegging av kjøp og salg via digitale kanaler. Mange unge søker også selv aktivt informasjon om rusmidler på nett, som i varierende grad er kvalitetssikret og kunnskapsbasert.

Fra 2024 anbefaler nasjonale utdanningsmyndigheter skoleeierne å strengt regulere elevenes tilgang til og bruk av private mobiler og smartklokker[34]. Skoleeiere må ha rutiner for å forebygge, skjerme og håndtere tilgang til alvorlig skadelig innhold[35]. Barneheten og skolen spiller en sentral rolle i arbeidet med å utvikle digital kompetanse, som blant annet innebærer digitale ferdigheter, kritisk medieforståelse og etisk og digital dømmekraft. Digitale ferdigheter er en av fem grunnleggende ferdigheter i læreplanverket. Grunnleggende ferdigheter er en del av kompetansen i de ulike fagene gjennom hele utdanningsløpet og nødvendige redskaper for læring, faglig forståelse og utvikling. Det følger av opplæringsloven at skoleeiere har ansvar for å sikre kompetansen som trengs for å undervise og inkludere digitale tema og ressurser i opplæringen. Dette kan bl.a. skje gjennom bruk av kompetansepakker og nettressurser om digitale ferdigheter som er tilgjengelige på Utdanningsdirektoratets nettsider, og gjennom tilskuddsordning for lokal kompetanseutvikling i barneheten og grunnopplæring.

Nasjonal og tverrsektoriell innsats om russetid

Russetiden foregår over hele landet og favner avgangselever ved alle landets videregående skoler. Selv om russetiden først og fremst er en avgangsfest, er den også forbundet med negative opplevelser og erfaringer for mange unge, som risikofylt rusmiddelbruk, ekskludering og utenforskap, og dårligere skole- og eksamensprestasjoner. Russetiden organiseres lokalt og stort sett privat, selv om den berører lokalsamfunn og skole/utdanning, og det har vært begrenset tverrsektoriell og samordnet nasjonal innsats om felles og tilstøtende problematikk.

Mange begynner planleggingen av russetiden i lang tid før selve markeringen begynner, noen steder allerede på ungdomsskolen. Den får derfor også konsekvenser langt utover den tiden som omtales som "russetiden", i tillegg til å berøre og angå foreldre/foresatte, nærmiljø og samfunnet i stort.

Helsedirektoratet holdt i juni 2023 et rådslag om russetiden på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Innspill fra rådslaget viser at det er ønske om og behov for innsats nasjonalt om russetiden fra relevante sektorer og etater. Mer informasjon om og fra rådslaget er beskrevet i direktoratets rapport[36].

Mangfold- og ulikhetsperspektiver gjenspeiles i for liten grad i det rusforebyggende arbeidet

Det er stor variasjon når det gjelder rusmiddelbruk og -problemer, og risiko- og beskyttelsesfaktorer i ulike grupper av barn og unge. Ulikheter i bruk og risiko/beskyttelsesfaktorer mellom grupper gir variasjon med hensyn til risiko for å utvikle problemer og oppleve negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Ulikhetene

kan blant annet handle om bosted/geografi, kjønn og kjønnsidentitet, seksuell orientering og etnisk bakgrunn. Blant annet vet vi at gutter og jenter har ulik bruk på gruppenivå. Videre er rasisme og diskriminering medvirkende årsaker til marginalisering og stigmatisering, som kan være risikofaktorer for problematisk rusmiddelbruk[37]. Det er behov for mer kunnskap om risikofaktorer for ulike grupper av barn og unge og hvilke tiltak som kan ha effekt overfor forskjellige målgrupper. Denne kunnskapen må i neste omgang gjenspeiles bedre i forebyggingsstrategier.

Evaluerings av rusforebyggende tiltak er ressurskrevende

Det er utfordrende å evaluere tiltak på rusmiddelfeltet, og derfor er det også mangel på tiltak som er evaluert med adekvate, forskningsmessige metoder utført i relevante settinger. Det er overveiende sannsynlig at tiltak med svak evidens for effekt ikke vil gi den tilsiktede effekten og at implementering av slike tiltak forårsaker unødig bruk av ressurser. I verste fall kan tiltak ha negativ effekt. Det er essensielt at alle tiltak som skal iverksettes på rusmiddelfeltet har tilstrekkelig god evidens for effekt i gitte settinger, og i tillegg bør alle tiltak som skal iverksettes både effekt- og prosessevalueres med adekvate metoder og tilstrekkelige ressurser i den aktuelle settingen, enten det er nasjonalt eller lokalt.

Effektevaluering undersøker effekten av tiltaket på et endepunkt som er bestemt på forhånd. Målet med tiltaket kan være å utsette oppstart av bruk av ulike rusmidler blant unge, hindre at bruk av rusmidler utvikler seg til problematisk bruk eller andre endepunkt det er mulig å måle.

Faggruppen som har presentert forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge[38] understreker at virkemidler/tiltak som skal iverksettes bør være effektive og kunnskapsbaserte, dvs. at de er evaluerte og at det foreligger god, forskningsmessig evidens på at tiltaket har tilsiktet effekt.

Prosessevaluering vektlegger prosess, er dialogorientert og undersøker rammebetingelser[39] [40]. Dette innebærer å undersøke implementering og gjennomføring av tiltaket. Hvilke barrierer og føringer som påvirker det aktuelle tiltaket, og aktørers handlingsrom innenfor gjeldende strukturer og systemer står sentralt i denne typen evaluering[41].

Prosessevaluering er viktig for å sikre at tiltak iverksettes og gjennomføres etter intensjonen, og for å avdekke barrierer og drivere i prosessen. Faggruppen som har presentert forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge hevder at manglende forskning på feltet gjør erfaringsbasert kunnskap til en viktig faktor i iverksettelse, monitorering og håndhevelse av virkemidler i Norge.

Utfordringer med evaluering

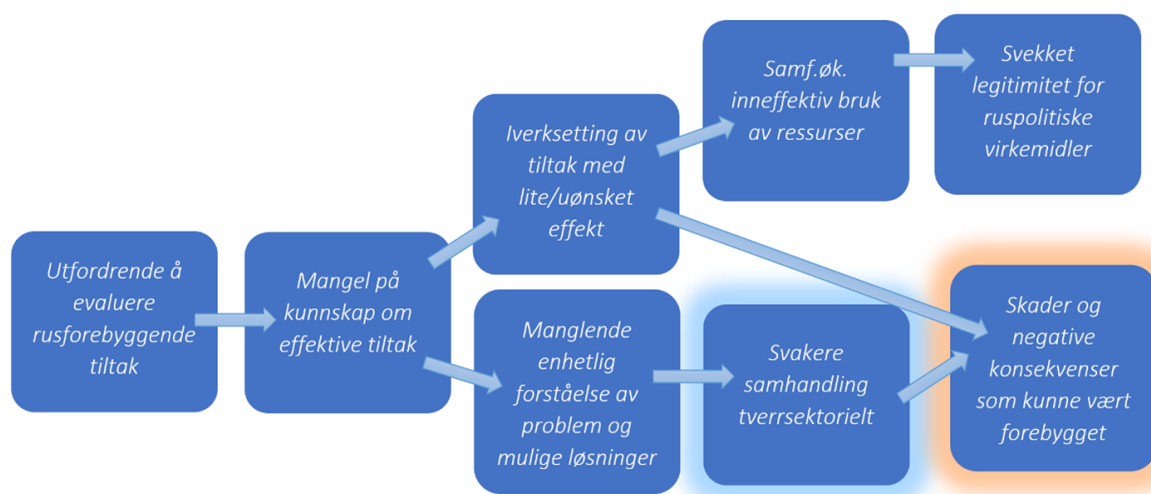
Evaluerings av tiltak på rusmiddelfeltet i regi av et tverrsektorielt samarbeid eller innsats innebærer at tiltak kan iverksettes og vurderes samtidig fra flere deler av de relevante sektorene. Det er også en fordel at alle sektorer har samme forståelse av hva evaluering innebærer når det gjelder metode, utfallsmål og gjennomføring. Utfordringer med evaluering kan skyldes:

- *Tid:* For å tilrettelegge tiltaket for evaluering må det settes av tid til en før-måling før tiltaket iverksettes samt en etter-måling av målbare endepunkt. Dette innebærer grundig planlegging i forkant, som at det må settes av tid og ressurser til før- og etter-målingene samt behandling av data.
- *Kontrollgruppe:* Ideelt sett skal evaluering av et tiltak ha en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe for at en i samme periode og setting kan se om tiltaket har hatt tilsiktet effekt. Det gunstigste studiedesignet er dobbelblind RCT (randomisert, kontrollert studie hvor verken forsker eller forsøksobjekt kjenner til hvilken gruppe forsøksobjektet tilhører). Det kan imidlertid være krevende å skaffe til veie en tilstrekkelig stor kontrollgruppe som er tilnærmet lik

intervensjonsgruppa. På rusmiddelfeltet, som for annen helseatferd, er det som regel heller ikke mulig å gjøre en studie dobbelblind da tiltaket vanligvis vil være kjent for forsøksobjektet.

- *Samtidige tiltak*: For å være sikker på at en observert effekt av et tiltak er reell, er det en forutsetning at det ikke er iverksatt andre tiltak som retter seg mot samme gruppe samtidig, selv om tiltakene har ulike mål. Det kan også forekomme samfunnsendringer i samme periode som tiltaket gjennomføres, og som kan ha betydning for utfallet.
- *Kompetanse*: For lokale eller regionale tiltak kan en mulig utfordring være mangel på tilstrekkelig iverksettings-, evaluerings- eller evidensvurderingskompetanse. Det vil derfor være behov for opplæring, eller innhenting av ekstern kompetanse.
- *Ressurser*: Både planlegging, gjennomføring og evaluering av et tiltak krever ressurser i form av kompetente fagpersoner.

Noen konsekvenser av utfordringen med å evaluere rusforebyggende tiltak kan oppsummeres med en figur:



Figur 2. Utfordringen å evaluere rusforebyggende tiltak med mulige konsekvenser fremstilt som en modell.

[1] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-24/id3005411/?ch=5#kap11>

[2] Se Menon-publikasjon nr. 165/2023.

[3] NOU2023: 24

[4] NOU 2023: 24: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-24/id3005411/?ch=5#kap11>

[5]

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2023/gjennomgang-av-saker-der-barn-m>

[6] NOU2022: 24

[7] <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>

[8] Se bl.a. Øystein Skjælaaen i Meningen med rus (2019).

[9] <https://tidsskriftet.no/2013/11/gjesteskrivent/blatt-og-kaldt>

- [10] <https://tidsskriftet.no/2013/11/gjesteskribent/blatt-og-kaldt>
- [11] <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/alkohol-i-historien/historisk-oversikt-alkohol-i-norge-1816-2019/>
- [12] Ibid.
- [13] <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/alkohol/id2528164/>
- [14] <https://www.dmp.no/tilvirkning-import-og-salg/narkotika-og-doping/narkotikalisten>
- [15] <https://www.regjeringen.no/contentassets/5311f19d847c49c5a1459deff72ac98a/helsedirektoratet.pdf>
- [16] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-26/id2683531/?ch=4>
- [17] <https://www.regjeringen.no/contentassets/5311f19d847c49c5a1459deff72ac98a/helsedirektoratet.pdf>
- [18] [Ny rapport: Rusavhengige opplever stigma og diskriminering i møte med det offentlige - Norges institusjon for menneskerettigheter \(nhri.no\):](#)
<https://www.nhri.no/2024/ny-rapport-rusavhengige-opplever-stigma-og-diskriminering-i-mote-med-det-offent>
- [19] <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2582062/Narkotika%20i%20Norge%202018utgave>
- [20] <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/alkohol-i-historien/historisk-oversikt-alkohol-i-norge-1816-2019/>
- [21] <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/276010/sirusrap.3.11.pdf?sequence=3> s. 80;
<https://www.forebygging.no/Kronikker/2023/alkoholpolitikk-og-folkehelse--vi-ma-snakke-mer-om-effektive-vi>
; Helsedirektoratets [Sektorrapport om folkehelse 2021](#) viser til liberalisering av bevillingspraksisen:
[Alkoholbruk \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [22] <https://tidsskriftet.no/2019/10/medisinsk-historie/fra-sykdom-til-kriminalitet-endringer-i-synet-pa-rusavhengig>
- [23] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/>
- [24] Sfk, Bufdir og Hdir (2023). Tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging.
- [25] Sfk, Bufdir og Hdir (2023). Tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging.
- [26] Sfk, Bufdir og Hdir (2023). Tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging.
- [27] Evalueringene kan leses i sin helhet i rapportene: [Stemmer kartet med terrenget? Underveisrapport fra en følgeevaluering av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging](#) og Mellom hjelp og straff - Fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?

- [28] Pressemelding 27. Juni 2022. [Etablering av rådgivende enheter for russaker i alle kommuner - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablering-av-radgivende-enheter-for-russaker-i-alle-kommuner/id292):
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablering-av-radgivende-enheter-for-russaker-i-alle-kommuner/id292>
- [29] Riksadvokatens brev av 13 mai 2022. Ny høyesterettspraksis om rusavhengiges befatning med narkotika til egen bruk - retningslinjer og veiledning om etterforskning, reaksjonsfastsettelse mv.
- [30] Riksadvokatens brev av 9. april 2021. Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk – relevant etterforskningsformål og forholdsmessighet – særlig om ransaking i narkotikasaker.
- [31] [Rådgivende enhet for russaker - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/tema/rus-og-avhengighet/radgivende-enhet-for-russaker):
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/rus-og-avhengighet/radgivende-enhet-for-russaker>
- [32]
<https://konfliktraadet.no/wp-content/uploads/2023/11/Tverrsektorielt-samarbeid-om-velferdstjenestenes-delt>
- [33] Bl.a. fra Medietilsynet.
- [34] [Våre anbefalinger | udir.no](https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/anbefalinger-for-mobilbruk-og-smartklokker-i-skole):
<https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/anbefalinger-for-mobilbruk-og-smartklokker-i-skole>
- [35] [Hvordan beskytte barn mot skadelig innhold på nett? | udir.no](https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/veileder-hvordan-beskytte-barn-mot-skadelig-innhold-pa-nett):
<https://www.udir.no/kvalitet-og-kompetanse/sikkerhet-og-beredskap/veileder-hvordan-beskytte-barn-mot-skadelig-innhold-pa-nett>
- [36] [En trygg russefeiring for alle? Oppsummering av innspill fra rådslag 08.06.2023 \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [37] Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering for 2024-2027 har et eget tiltak om mangfoldsperspektiv i det rusforebyggende arbeidet.
- [38] [Forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [39] Baklien, B. (1993). Evalueringsforskning i Norge. Tidsskrift for samfunnsforskning, 34, 261- 274.
- [40] Patton, M.Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage.
- [41] Baklien, B. (2004). Følgeforskning. Sosiologi i dag, 34(4).

Tiltaksforslag

Oppdraget ber om at etatene skal iverksette tiltak for å oppnå bedre samordning av de ulike aktørene og sektorene som er involvert i det rusforebyggende arbeidet. Oppdragets punkt 4 ber om å identifisere tiltak som kan bidra til å skape en omforent forståelse og økt kunnskap mellom de ulike aktørene/sektorene når det gjelder rusforebyggende arbeid. Andre punkter er også relevant for vurderingen av tiltak; punkt 3 om å vurdere behovet for tydeligere regelverk og mulige organisatoriske endringer, punkt 6 om rådgivende enheter kan tillegges tydeligere forebyggende funksjoner og oppgaver, og punkt 7 om å vurdere behov for å utvikle nye virkemidler og tilnærminger, som er vurdert til slutt. Relevante tiltak kan dermed favne vidt.

I kapittelet foreslås [tiltak for omforent forståelse og økt kunnskap \(5.2\)](#), [endringer i regelverk \(5.3\)](#), og [tiltak for styrket koordinering og gjennomføring \(5.4\)](#). Tiltaksforslagene må ses i sammenheng med forslag til modeller for tverrsektoriell organisering i kapittel 6. Til slutt i kapittelet vurderes om det er [behov for å utvikle nye virkemidler og tilnærminger \(5.5\)](#).

Utgangspunkter for vurderinger

Mulige tiltak er vurdert på bakgrunn av blant annet beskrivelsene av viktige områder for samhandling og sentrale utfordringer i denne sammenhengen. Tiltaksforslagene er ikke prioritert, og tar i stor grad utgangspunkt i allerede igangsatte og pågående prosesser og initiativer. Dette antas å være mest formålstjenlig og effektivt, og således begrense eventuelle administrative og økonomiske konsekvenser. Utredningsinstruksens krav har vært vurdert som mest hensiktsmessig tilknyttet modellforslag, ikke for hvert enkelt tiltak separat. Positive og negative virkninger ved tiltakene er imidlertid belyst.

Tiltak er også vurdert på bakgrunn av innkommende innspill. Noen sentrale innspill fra DigiUngs ungdomspanel som arbeidet har lagt vekt på er oppsummert i følgende punkter:

- Rusmidler er en del av deres sosiale og digitale liv.
- Ungdommene vil ha faktabasert og nøytral kunnskap om rus og rusmidler. De ønsker ikke moralisering eller å bli skremt til å ikke bruke rusmidler.
- Ungdommer i ungdomspanelet oppsøker informasjon om rus og rusmidler fra mange kilder. Voksenpersoner de stoler på er viktige kilder til informasjon, og om de trenger det, hjelp. Det er viktigere om de stoler på personen, enn hvem personen er eller hvor hen jobber – for eksempel nevnes foreldre, helsesykepleier, lærere, mv. Også nettsider de opplever som troverdige er kilder til kunnskap, bl.a. ung.no.
- Flere erfarer stor tilgjengelighet av rusmidler i sitt nærmiljø.
- Ungdommer i ungdomspanelet ønsker rusmiddelfrie arenaer og aktiviteter de kan delta på.
- Mange eksponeres for innhold om rusmidler i sosiale medier, særlig alkohol.

Foreslåtte tiltak er gruppert etter henholdsvis tiltak for omforent forståelse og økt kunnskap, endringer i regelverk, og endringer i koordinering og gjennomføring. Noen tiltaksforslag er generelle for tverrsektoriell samhandling, mens andre retter seg mer spesifikt mot rusforebygging.

Tiltak for omforent forståelse og økt kunnskap

Nasjonalt tverrsektorielt ungdomsråd/-panel om rusmiddelforebygging

Lokalt er kommunene og fylkeskommunene forpliktet til å ha et ungdomsråd eller annet medvirkningsorgan for ungdom, jf. kommuneloven § 5-2 og § 5-12. I det systematiske folkehelsearbeidet er medvirkning også et bærende prinsipp, men lite eksplisitt i modellen på nasjonalt nivå[1]. Kunnskap og erfaring gir grunn til å vurdere om medvirkning fra ungdom på systemnivå er godt nok ivarettatt i det rusforebyggende arbeidet, ikke minst nasjonalt.

Det foreslås derfor å opprette et tverrsektorielt ungdomsråd/panel på direktoratsnivå om rusforebygging. Dette kan bistå i relevante prosesser, men også selv ta initiativ til å løfte aktuelle problemstillinger. For eksempel kan et slikt råd/panel benyttes i utvikling av strategiske meldinger og planer, men også i arbeid med generelt relevant tematikk, bl.a. russefeiring. Det bør gjøres en nærmere vurdering eller utredning tverrsektorielt om tiltaket, blant annet om mandat og organisering, hvor det bør ses hen til positive erfaringer fra liknende råd/panel, som DigiUngs ungdomspanel. Det er også en forutsetning med kompetanse om medvirkning fra barn og unge i etatene.

Mulige positive virkninger:

- Møtearena for sektorene/etatene for å diskutere rusforebygging og relaterte problemstillinger/tematikk
- Sterkere og systematisk medvirkning fra barn og unge i tverrsektorielle oppdrag. Fremmer slik også oppfyllelsen av barns rett til å bli hørt.
- Kunnskapsutvikling og omforent forståelse på tvers av sektorer og aktører
- Styrket kunnskapsbasert politikk og tiltak

Mulige negative virkninger:

- Personellressurser i deltakende etater til etablering, organisering og drift av ungdomsråd/-panelet. *Samtidig vil digital møtedeltakelse medføre begrensede kostnader.*
- Kan kreve tilrettelegging av møter utenfor skoletid/normal arbeidstid.

Opprettholde og styrke kompetansemiljøer på rusmiddelfeltet

Solide nasjonale og regionale kompetansemiljøer som er utadrettet mot kommuner og andre tjenester/aktører og forskningsmiljøer, bl.a. FHI og Korus, er viktig å opprettholde og styrke for rusforebygging både nasjonalt og lokalt. Tiltaket må ses i sammenheng med gjennomgangen av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten[2].

Mulige positive virkninger:

- Styrket understøtting av kunnskap og kompetanse i kommunene
- Kunnskapsbasert politikk og praksis om rusmidler og forebyggende tiltak

Mulige negative virkninger:

- Kostnader for formidling og videreføring av kunnskap og kompetanse

Forskning og kunnskapsutvikling om virksomme tiltak og om konsekvenser av rusmiddelbruk

Behovet for mer og styrket kunnskap kan nærmest være umettelig, samtidig som forskning er en begrenset ressurs. Det er derfor viktig å prioritere forskning og kunnskapsutvikling på områder vi særlig trenger å vite mer om. Regelmessig kartlegging av bruk av og holdninger til bruk og regulering av rusmidler, både alkohol og illegale samt bruk av reseptbelagte medisiner, i representative utvalg blant ungdom er nødvendig for å følge med på status og trender. Kartlegging av risikoppfatninger vil også være nyttig med tanke på utvikling av tiltak. Tidlige signaler om nye trender i rusmiddelbruk fanges best opp av Tolletaten og politiet. Det er derfor viktig for å få gode og dekkende kartleggingsundersøkelser med god dialog og samarbeid med tolletaten og politiet, samt systemene som overvåker inntreden av farlige stoffer i markedet av illegale rusmidler. Det foreslås i tillegg å prioritere forskning og øke kunnskap om:

- **Alkoholbruk og holdninger til alkohol blant barn og unge.** Blant annet er det i forbindelse med russetiden et stort kunnskapsbehov. Vi viser til Helsedirektoratets leveranse på oppdrag om å invitere til rådslag om russetid[3] og fadderukene levert i mars 2024, som blant annet viser til store forskjeller i datagrunnlaget om de to markeringene.
- **Holdninger til og konsekvenser ved bruk av cannabis blant barn og unge i Norge.** Cannabis er det nest mest brukte rusmiddelet etter alkohol, i tillegg er eksisterende kunnskapsgrunnlag tynt. Eventuelle endringer i reguleringen av cannabis bør også vurderes på bakgrunn av et styrket kunnskapsgrunnlag om konsekvenser av bruk.
- **Holdninger til og konsekvenser av kokainbruk blant unge.** Nyere data fra blant annet FHIs rusundersøkelse[4] og Ung i Oslo 2023[5] viser en økning i kokainbruk blant unge de siste årene. Vi vet noe om unges bruk av kokain; blant annet er bruk vanligere blant gutter enn jenter, og prevalensen av selvrapportert kokainbruk er høyest blant de som bruker mye alkohol[6], både ifølge Ung i Oslo (2023) og Utelivsstudien ved FHI[7]. Selv om det store flertallet av unge ikke bruker kokain, er det behov for mer kunnskap om holdninger og konsekvenser av bruk blant unge, med tanke på de potensielle helseskadene og andre negative konsekvensene kokainbruk kan medføre, for den enkelte unge og for samfunnet. Det er også behov for kunnskap om sambruk av kokain og alkohol, siden både Ung i Oslo og Utelivsstudien i Oslo viser at bruken av kokain i stor grad skjer sammen med et høyt alkoholkonsum.
- **Holdninger til og konsekvenser av bruk av legemidler blant unge.** Tall fra både gifttelefonen og FHI, viser en endring av bruken av reseptfrie legemidler, også blant barn og unge. De gjelder spesielt i bruken av smertestillende preparater som Paracet. Samtidig viser tall fra dødsårsaksregisteret en økning av overdosedød forårsaket av reseptbelagte legemidler. Det er behov for mer kunnskap om omfang, holdninger og konsekvenser av bruk, både for reseptfrie og reseptbelagte legemidler, og mulige sammenhenger mellom holdning til unges bruk av reseptfrie legemidler, og senere bruk av reseptholdige legemidler og sambruk med rusmidler.

Det vises også til faggruppas forslag til Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge [8] der sentrale kunnskapshull beskrives. Helsedirektoratet har i sin tilråkning til Helse- og omsorgsdepartementet av mars 2024 om oppfølging av programmet[9] foreslått en prosess for kunnskaps- og tiltaksutvikling. Endelig vises det til funn og vurderinger i gjennomgangen av rusforebygging i Norge i forbindelse med utvikling og testing av verktøyet RePS[10] fra UNODC.

Mulige positive virkninger:

- Økt kunnskap om rusmidler og forebyggende tiltak
- Mer omforent problemforståelse mellom aktører fra ulike sektorer, som også kan fremme samhandling i og mellom tjenester og sektorer

- Styrket kunnskapsbasert praksis og politikk nasjonalt og lokalt
- Understøtting av politiske prioriteringer og pågående innsatser, jf. bl.a. Nasjonalt program for rusforebygging blant barn og unge

Mulige negative virkninger:

- Kostnader i forbindelse med forskning og kunnskapsutvikling
- Prioritering av forskning på rusmidler og rusforebygging kan gå på bekostning av andre innsatsområder

Kompetanseheving i tjenester og etater som møter barn og unge om rusmiddelbruk

Alle som møter utsatte barn og unge og deres pårørende bør ha kompetanse og kunnskap om rusmiddelbruk. Det er behov for økt kunnskap om rusmidler og rusmiddelbruk i berørte og relevante sektorer. Dette har også vært beskrevet i tidligere prosesser og kunnskapsgrunnlag, jf. følgende eksempler:

Barnevern: Barnevernsinstitusjonsutvalget skriver i NOU 2023: 24 i forbindelse med forslag om å flytte ansvaret for spesialisert rusbehandling fra barnevern til helsetjenesten at ruskompetanse også må beholdes og styrkes «på alle institusjoner» (NOU 2023: 24, s. 17)[11]. Utvalget foreslår også at alle barnevernsinstitusjoner skal ha et helseteam fra spesialisthelsetjenesten tilknyttet seg (ibid, s. 15). NOU-en er fulgt opp gjennom ny strategi[12] for ny retning for barnevernets institusjonstilbud av april 2024. Vi viser særlig til mål 5 i strategien (s. 18 flg.): *Barn og unge med rusmiddelproblemer skal få trygg og helhetlig hjelp*. Her understrekes også behovet for kompetanse i barnevernsinstitusjoner: «Forebygging av rusmiddelbruk må inngå i institusjonenes grunnkompetanse, og de må settes bedre i stand til å hjelpe barn som står i fare for å utvikle skadelig rusmiddelbruk eller avhengighet.» (s. 19.).

I lys av NOU 2023: 24 har de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i 2024 fått i oppdrag å utrede hvordan kunnskapsbasert spesialisert rusbehandling bør tilbys barn og unge med rusmiddelproblemer. Dette inkluderer også barn som mottar rusbehandling i barnevernsinstitusjoner. I tillegg skal det planlegges for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenestetteam forankret i PHBU, med kompetanse innen psykisk helse og rusmidler.

Bufdir har begynt et arbeid med å bygge opp varige strukturer for kompetanseheving i både kommunale barnevernstjenester og barnevernsinstitusjoner. Bufdir tar sikte på å gjennomføre en kartlegging av nødvendig kompetanse i hele sektoren i løpet av høsten 2024. I tillegg skal Bufetats regioner utarbeide en plan for opplæring av ansatte i forebygging, avdekking og håndtering av rus og rusmiddelproblematikk blant barn og unge i institusjon, og det er utarbeidet opplæringsmoduler i flere regioner.

Kunnskapsdepartementet har nylig gjennomført en høring[13] om forslag til endringer i forskrift om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanning. De foreslår at kandidaten skal ha «bred kunnskap om rusmiddelbruk, psykisk helse, og ulike symptomer på rusmiddelproblematikk eller psykiske plager og hvordan dette kan komme til uttrykk på hos både barn og voksne, og hvilke konsekvenser det har»[14]. Den avspeiler et godt dokumentert behov for økt kunnskap og kompetanse knyttet til psykisk helse og rus i barnevernet. Det gjelder både for den kommunale barneverntjenesten og barneverninstitusjonene.

Politiet: Justis- og beredskapsdepartementet fikk 11. januar 2023 overlevert rapporten fra Rolleforståelseutvalget.[15] Utvalget ble satt ned av Justis- og beredskapsdepartementet etter anmodning fra Politidirektoratet høsten 2021 for å gjennomgå forholdet mellom politiet og Norsk narkotikapolitiforening (NNPF).[16] Utvalget peker på kritikkverdige forhold knyttet til politiets forhold til interesseorganisasjonen NNPF og kommer med flere anbefalinger. Det pekes blant annet i rapporten på at det har vært uheldig at

foreningen har vært benyttet til opplæring og kompetanseheving. Politidirektoratet iverksatte allerede i påvente av utvalgets rapport en rekke tiltak for å sikre at politiet har god rolleforståelse og høy etisk bevissthet. Det er nedsatt en egen koordineringsgruppe i Politidirektoratet, som har ansvar for arbeidet med oppfølgingen av anbefalingene fra utvalget. Det rapporteres på oppfølgingen gjennom eget vedlegg til politiets årsrapport. Det er iverksatt flere prosesser som vil bidra til å presisere Politidirektoratets rolle som fagmyndighet for politiets forebyggende virksomhet. Til fagmyndighetsansvaret ligger også spørsmål knyttet til juridiske rammer for politiets forebyggende arbeid, samt politiets rolle og ansvar sett opp mot samarbeidende etater. Det er i denne forbindelse utviklet en nasjonal retningslinje for politiets rolle i det rusforebyggende arbeidet (2023).

Kriminalomsorgen: Kriminalomsorgens rolle i tertiærforebygging er tydelig definert da mange domfelte har et rusmiddelproblem. Rusavhengighet og kriminalitet er ofte nært forbundet. Rollen i primærforebygging på rusfeltet er mindre tydelig, men må sees i sammenheng med kriminalomsorgens oppgave å forebygge ny kriminalitet.

Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter (KRUS) tilbyr opplæring i rusmidler, rusavhengighet, rusmestring, livsmestring og endringsarbeid. Det er behov for å styrke opplæringen og kompetanseheving i det rusforebyggende arbeidet i kriminalomsorgen. Videre er det behov for kompetanseheving om kriminalomsorgen i samarbeidende etater som jobber med barn og unge. Kriminalomsorgens formål og målgruppe bør gjøres mer kjent i det kommunale rusforebyggende arbeidet.

En arbeidsgruppe i kriminalomsorgen har levert en rapport med forslag til tiltak som kan være egnet til å gjøre samfunnsstraffen bedre tilpasset unge i aldersgruppen 18-24 år. Samfunnsstraffen er ofte aktuell for domfelte som har behov for, eller er i gang med, rehabiliterende tiltak. Arbeidsgruppen har også foreslått endringer som åpner for at unge i større grad får tilgang på rehabiliterende og kriminalitetsforebyggende tiltak under straffegjennomføringen.

Arbeidsgruppen fikk blant annet innspill om at det ofte er krevende å inngå tverretattlig samarbeid under gjennomføring av samfunnsstraff, da aktører reserverer seg fra å inngå i en straffereaksjon. Der er mange som ikke ønsker å rapportere om manglende oppmøte da de eks. ikke vil medvirke til at samfunnsstraffen kan omgjøres til fengselsstraff ved brudd på vilkårene. Informasjon om samfunnsstraffens formål, hvordan samfunnsstraffen organiseres og informasjon om at innholdet tilpasses og endres underveis dersom tiltaket ikke fungerer for den unge, kan bidra til å lette på arbeidet med å knytte til seg viktige tverrfaglige samarbeidspartnere. For at friomsorgen skal lykkes må de ha oversikt over tilbudet og forebyggende tiltak som eksisterer i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen peker på at det er stort behov for samarbeid med – og informasjon til - for eksempel skole, sosiale entreprenører, behandlingsapparat, barneverntjeneste, SLT, kommunale aktører som jobber oppsøkende og forebyggende med ungdom, skolehelsetjeneste og miljøterapeuter.

Kriminalomsorgen i straffegjennomføring i samfunn bør i større grad være en samarbeidspartner i det lokale rusforebyggende arbeidet, både i SLT samarbeidet og i andre samarbeidsrelasjoner. Det er behov for å øke tilgangen på forebyggende tiltak for de som er under straffegjennomføring. Det vises til at domfelte som gjennomfører straff har lik rett til helse- og velferdstjenester som øvrige borgere[17].

Videre kan forslag om at rådgivende enheter for russaker i kommunene blir kontaktpunkt (se kap. 5.4) bidra til kompetanseheving og samling lokalt av kompetanse om rus.

Mulige positive virkninger:

- Heving av kompetanse i relevante sektorer om rusmiddelbruk, risiko- og beskyttelsesfaktorer, og forebygging

- Større grad av omforent problemforståelse på tvers av sektorer og aktører
- Styrket kunnskapsbasert praksis, og effekt av innsats
- Styrket tidlig innsats overfor utsatte barn og unge

Mulige negative virkninger:

- Personellressurser og andre kostnader for kompetansehevende tiltak. For økonomiske og administrative konsekvenser vises det til vurderinger gjort i de konkrete prosessene det vises til over.

Kompetanseheving og oppmerksomhet om tverrsektoriell samhandling i etatene

Som tidligere beskrevet er rusfeltet og rusforebygging et tverrsektorielt samhandlingstema, og det er godt kjent at tverrsektorielt samarbeid kan være krevende. Det er derfor viktig at etatene har kompetanse om tverrsektoriell samhandling. DFØ har utviklet nyttige verktøy for forvaltningen om styring i staten som erfaring tilsier at i begrenset grad er kjent. DFØ har også samlet et knippe relevante rapporter om samordning i offentlig sektor. Det foreslås at DFØs råd og verktøy kan gjøres bedre kjent og tas mer i bruk i etatene for å fremme samhandling om rusforebygging[18]. Det vises også til NTNUs følgeevaluering[19] 2022-2027 av samarbeidsbestemmelsene, og at erfaringene derfra bør følges opp. For å bli bedre til å jobbe sammen på tvers, er en sentral innsikt at slikt samarbeid er krevende, og at sektorer har ulike mål, ansvar og virkemidler.

Mulige positive virkninger:

- Styrket tverrsektoriell samhandling og samarbeid kan gi bedre effekt av den samlede innsatsen og fremme effektiv ressursbruk
- Mer samordnede tjenester til barn og unge

Mulige negative virkninger:

- Tid og ressurser i forbindelse med kompetanseheving
- Prioritering av oppmerksomhet og innsats om tverrsektoriell samhandling på bekostning av annet arbeid

Styrket informasjonsdeling mellom sektorer og etater

For at de ulike sektorene skal få til en helhetlig og samordnet rusforebyggende innsats er det nødvendig med informasjonsutveksling mellom sektorene, både på systemnivå og individnivå. Fafo-rapporten 2020:02 *Trøbbel i grenseflatene - Samordnet innsats for utsatte barn og unge* peker blant annet på at møtестrukturer som er lederforankret, både politisk og administrativt er viktige for at aktørene skal møtes og utvikle et felles situasjonsbilde og en felles problemforståelse, og for å dele informasjon på tvers. Ved at aktørene anerkjenner verdien av ulik kompetanse og tiltak og erfarer at samarbeid gir bedre løsninger og en merverdi som tjenestene ikke kan oppnå alene, kan informasjonsflyten også styrkes.

Barn og unge lever livene sine og beveger seg på tvers av kommuner, og informasjonsdelingen må derfor også strekke seg utover kommunegrensene. Flere SLT-kommuner har etablert regionale møtefora for informasjonsutveksling. Som følge av den nylige evalueringen fra UiO av SaLTo-modellen[20] har Oslo

kommune utarbeidet en Oslo-standard[21] som gir klare anbefalinger for organiseringen av arbeidet og tydeliggjør linjene og rollene i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet. Det foreslås å gjøre en ny nasjonal evaluering av SLT-modellen. En evaluering vil kunne gi viktig kunnskap om hvordan modellen eventuelt kan videreutvikles og styrkes. En tydeligere anbefaling om organisering av det rusforebyggende arbeidet gjennom SLT-modellen vil kunne møte noen av utfordringene rundt informasjonsutveksling som har blitt trukket frem i gjentatte rapporter og evalueringer.

Det kan videre være hensiktsmessig med regionale kompetansehevende tiltak når det gjelder samarbeid og informasjonsutveksling mellom etater for kommuner og statlige aktører. For at informasjonsutvekslingen skal skje i praksis, må de ansatte være trygge på hvilken informasjon som kan deles.

Taushetsplikten trekkes ofte frem som et hinder for informasjonsutveksling. Det er derfor et behov for en tydeligere sektorovergripende veiledning og/eller understøtting på dette feltet. På voldsfeltet er det utarbeidet en nasjonal nettside, plikt.no, som fremhever avvergingsplikten. Tilsvarende kan for eksempel vurderes på rusmiddelfeltet.

Justis- og beredskapsdepartementet har utgitt veileder om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen[22] som også kan gjøres mer kjent i etatene. Det er også utarbeidet en rekke lokale veiledere. Et eksempel på en veileder som kan trekkes frem i denne sammenhengen er Oslo kommunes veileder[23] for god informasjonsflyt utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra Oslo kommune og Oslo politidistrikt og utgitt av SaLTo-sekretariatet. Tilsvarende veileder kan vurderes utarbeidet på et nasjonalt plan.

Å sikre en hensiktsmessig lovregulering av deling av personopplysninger kan være krevende og innebære kryssende hensyn. Dette har blant annet høringen i forbindelse med Prop. 139 L (2022–2023) Endringer i konfliktrådsloven, straffeloven og straffeprosessloven mv. (strafferettslige reaksjoner for ungdom og varetekt med elektronisk kontroll vist. Her er informasjonsdeling under ungdomsstraff og ungdomsoppfølging grundig vurdert. Mange og til dels omfattende høringsinnspill må følges opp videre. Dette medfører at Justisdepartementet på nåværende tidspunkt ikke inn åpner for en generell adgang til å dele taushetsbelagt informasjon om ungdommen uavhengig av samtykke. Spørsmålet må utredes nærmere, og departementet vil eventuelt komme tilbake med et forslag til lovendringer. Departementet mener at en eventuell adgang til å dele og innhente taushetsbelagte opplysninger før og under gjennomføringen av ungdomsreaksjonene, bør ses i sammenheng med ny lovregulering av behandling av personopplysninger under varetekt og straffegjennomføring. I tillegg må det ses i sammenheng med den tilsvarende adgangen til informasjonsdeling ved personundersøkelser for mindreårige.

Regionalt er Korus-ene viktige aktører som deler informasjon om rusmidler og rusforebygging.

Mulige positive virkninger:

- Styrket informasjon og kunnskap i etater og sektorer
- Mer treffsikker innsats, og et mer helhetlig tjenestetilbud
- Styrket tidlig innsats, og innsats overfor utsatte barn og unge
- Mer effektiv ressursbruk for berørte etater grunnet mer tilgjengelig informasjon

Mulige negative virkninger:

- Kan utfordre, og krever vurderinger av personvern hensyn og -rettigheter
- Tid og ressurser i forbindelse med tilrettelegging og oppfølging av prosesser, fora og systemer for informasjonsdeling mellom etatene

Større grad av målretting/selektiv innsats innen det rusforebyggende arbeidet

Det er viktig å ha et mangfoldsperspektiv i det rusforebyggende arbeidet, kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer, og kunne møte variasjon blant unge for eksempel på grunnlag av blant annet:

- Bosted/geografi
- Kjønn og kjønnsidentitet
- Seksuell orientering
- Etnisk bakgrunn

Det bør være et mål at mangfold og sosial ulikhet i større grad hensyntas i forebyggende strategier. Ulikheter i bruk og risiko/beskyttelsesfaktorer (for eksempel levekår) mellom grupper gir variasjon i risiko for å utvikle problemer og oppleve negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Ulike forebyggende strategier antas også å virke ulikt for forskjellige grupper. Dette er det for lite kunnskap om per i dag.

Mulig styrket innsats kan omfatte:

- Mer systematisk ungdomsmedvirkning på nasjonalt nivå i rusforebyggende arbeid, sørge for at ungdomsmedvirkning favner mangfoldet i befolkningen, særlig inkludere utsatte grupper (se i sammenheng med forslag om tiltak nasjonalt ungdomsråd/panel).
- Mer kunnskap om hvordan forebyggende strategier virker for ulike grupper av befolkningen i et mangfoldsperspektiv, og særlig overfor utsatte grupper med risiko for å utvikle problemer og oppleve negative konsekvenser av rusmiddelbruk (se i sammenheng med råd om styrket forskning/kunnskap).
- Mer kunnskap om alkoholforebygging blant barn og unge. Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet, og mye forebyggende innsats rettes gjerne mot illegale rusmidler for unge (se i sammenheng med råd om styrket forskning/kunnskap).

Relevante pågående prosesser:

- Nasjonalt rusforebyggende program blant barn og unge
- Helsedirektoratets oppdrag om oppfølging av Marmot-rapporten om sosial ulikhet i helse og livskvalitet[24]: Marmot-rapporten viser at det er store og systematiske helseforskjeller i befolkningen. Rusmiddelbruk og -problemer nevnes blant annet som en tilleggsbelastning for flere utsatte grupper. Blant innsatte i fengsel er det en signifikant andel (65 %) som har et rusmiddelproblem[25] og en fjerdedel av fengselsbefolkningen har vokst opp i en familie med alkohol- eller annet rusmiddelproblem[26]. En betydelig andel av personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer har samtidig utfordringer på andre områder i livet som boforhold, økonomi og sosiale relasjoner (ibid., s. 128). Helsedirektoratet vil foreslå råd for å følge opp Marmot-rapporten og styrke arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, som bør ses i sammenheng med denne rapporten.
- Handlingsplan mot rasisme og diskriminering – ny innsats 2024-2027[27] og særlig tiltak (nr. 23) om mangfoldsperspektiv i det rusforebyggende arbeidet:

«Regjeringen har, som ledd i den kommende forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, igangsatt arbeidet med et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. [...] Det skal også iverksettes en nasjonal satsing på utvikling og implementering av oppsøkende metodikk i kommunene. Det skal legges til rette for at kunnskap om rasisme og diskriminering som medvirkende årsak til marginalisering og stigmatisering inkluderes i det rusforebyggende arbeidet. Mangfold bør fortsatt gjenspeiles blant de ansatte, inklusiv erfaringskonsulenter».

Mulige positive virkninger:

- Tydeliggjøring av etaters ansvar og rolle om rusforebygging blant barn og unge, og særskilte utsatte grupper
- Styrket omforent forståelse og kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer mellom etatene
- Mer treffsikker innsats overfor alle grupper av barn og unge, og dermed mer effektiv ressursbruk
- Understøtting av politiske prioriteringer og pågående prosesser

Mulige negative virkninger:

- Mer målrettet innsats og oppmerksomhet på bekostning av det universelle perspektivet
- For anbefalinger og forslag som er fremmet i andre prosesser vises det til vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser som er gjort i disse prosessene.

Styrket kunnskapsbasert informasjon til barn og unge, foreldre/foresatte og befolkningen om rusmidler

Som statens primære informasjonskanal for ungdom spiller ung.no en viktig rolle i å formidle målgruppetilpasset informasjon om rusmidler til ungdom. RUSinfo, som ligger under velferdsetaten i Oslo og har mottatt tilskudd av Helsedirektoratet, bistår ung.no med å svare på spørsmål om rus via ung.no sin chattetjeneste. Foreldrehverdag formidler informasjon knyttet til foreldrerollen generelt, og både politiet og Helsedirektoratet har sine informasjonskanaler (bl.a. Helsenorge.no og Weedensenteret.no). I tillegg formidler flere ideelle og frivillige organisasjoner som mottar tilskuddsmidler fra offentlige myndigheter (ofte fra Helseforektoratet) informasjon og kampanjer om rus.

På kommunalt nivå, vil aktørene som er involvert i informasjonsarbeid rettet mot barn og unge variere med lokal organisering og kompetanse. Kommunale tjenester som ofte er involvert, er skolen, helsestasjonen, skolehelsetjenesten, fastlegen og politiet.

Det er allerede etablert tverrsektorielle samhandlingsstrukturer i forbindelse med ung.no, DIGI-ung og foreldrehverdag, som skal bidra til koordinert informasjon fra sektorene. Samordning er imidlertid ressurskrevende, og det er mange aktører som har aksjer inn i de eksisterende kanalene med sine temaområder. Det vurderes å være behov for å vurdere hvordan eksisterende strukturer for å koordinere og formidle informasjon om rusmidler til barn, unge og foreldre kan styrkes og kvalitetssikres ytterligere.

For å styrke arbeidet med kunnskapsbasert informasjon til befolkningen, bør flere etater få et felles ansvar for å utvikle en modell for kommunikasjon av felles statlig informasjon om rusmidler ut mot innbyggerne (barn, unge og foreldre), det kan for eksempel innebære å etablere en faglig redaksjonskomité på nasjonalt nivå som kan kvalitetssikre og sørge for enhetlig informasjon og tilfang av ny kunnskap om rus. Oppdraget kan gis i TB til relevante etater. Organiseringen av tiltaket bør bygge på eksisterende tverrsektorielle samarbeidsstrukturer i DIGI-ung, ung.no og foreldrehverdag.

Informasjon om rusmidler bør utvikles i et format som også kan tilgjengeliggjøres og formidles til kommunale tjenester som er i kontakt med barn, unge og deres foreldre, som skole, helsestasjon, politiet, etc. Målgruppen bør involveres i utarbeidelse av informasjon for å treffe med budskap og virkemidler. Tiltaket kan ses i sammenheng med forslag knyttet til RER som et kontaktpunkt i kommunen og tiltak om nasjonalt ungdomsråd/-panel om rusforebygging.

Aktuelle tiltak:

- Styrke og videreføre kunnskapsbasert informasjon, råd og veiledning på ung.no
- *Styrket og alderstilpasset undervisning om rusmidler i skolene:* Vi viser her til pågående arbeider i Helsedirektoratet med å utvikle støtteressurser til skolene om tobakk og rusmidler, samt Utdanningsdirektoratets oppdrag om kompetansepakke for det tverrgående emne folkehelse og livsmestring. Det er ikke tilstrekkelig at det utvikles nyttige ressurser, ressursene må også nå de som skal undervise om temaene, hvor det er viktig å samarbeide tverrsektorielt for å dele informasjon til målgruppene, for eksempel lærere og helsesykepleiere.

Mulige positive virkninger:

- Tydeligere ansvar for koordinering av utvikling og formidling av kunnskapsbasert informasjon og veiledning om rusmidler
- Økt felles forståelse av rus og rusforebygging på tvers av sektorer, og i befolkningen
- Kvalitetssikret og felles statlig informasjon til befolkningen og relevante aktører
- Kan bidra til at budskap og informasjon på feltet oppleves mer samlet og forståelig, og enklere å forholde seg til

Mulige negative virkninger:

- Personellressurser til koordinering av utvikling og formidling av felles informasjon

[1] Se også oppdrag gitt til Hdir fra HOD om oppfølging av Marmot-rapporten om sosial ulikhet i helse og livskvalitet der dette utdypes.

[2] [Mandat for gjennomføring av endringer i den sentrale helseforvaltningen - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/prosjektmandat-for-gjennomforing-av-endringer):
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/prosjektmandat-for-gjennomforing-av-endringer>

[3] Rapport fra rådslaget er publisert på Helsedirektoratets nettsider: [En trygg russefeiring for alle? Oppsummering av innspill fra rådslag 08.06.2023 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/en-trygg-russefeiring-for-alle?oppsummering-av-innspill-fra-radslag-08.06.2023)

[4] Blant 16-30-åringer har bruk økt fra 2,2 % i 2020 til 4,7 % i 2022 ifølge Narkotika i Norge (2023).
<https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?ter>

[5] Ung i Oslo 2023 viser at andelen unge på VGS som sier de har brukt kokain har tredoblet seg siste fem år (s. 61).

[6] Jf. Edland-Gryt, M. (2021) «Cocaine Rituals in Club Culture: Intensifying and Controlling Alcohol Intoxication» som belyser hvordan bruken av disse rusmidlene (i utelivet) er tett sammenvevd. Artikkelen er del av Edland-Gryts doktorgradsarbeid om unge voksnes erfaringer med illegale rusmidler i det som gjerne omtales som «utelivet». Avhandlingen gir også kvalitativ innsikt om hvordan deltakerne forholdt seg til risiko- og helseperspektiver når det gjelder bruk av ulike rusmidler, beskrevet som «kunsten å mestre grenser».

[7]
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2019/notat_rusmiddelbruk_folk_paa_byen2019.pdf

[8] [Forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/forslag-til-nasjonalt-program-for-rusforebyggende-arbeid-blant-barn-og-unge)

[9] Jf. oppdrag gitt til Helsedirektoratet fra HOD i tildelingsbrev for 2024 (TB2024-08).

[10] https://www.unodc.org/documents/prevention/rep_norway_report_pre_publication_version.pdf

[11] Helsedirektoratet utredet i 2022 rusbehandlingstilbudet for barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Direktoratet vurderte da at det er behov for å styrke spesialisert rusbehandling for barn og unge - og i et sektorovergripende samarbeid.

[12]

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4c19011094d048dfac26f4c631127cb7/no/pdfs/vart-felles-ansvar->

[13] [Høring Forslag til endringer i forskrift om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanning - regjeringen.no:](#)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-revisjon-av-forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-barneve>

[14] Helsedirektoratet viser til sitt høringsinnspill presiseringen støttes, som er en utvidelse opp mot gjeldende forskrift.

[15] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politi-og-rolleforstaelse/id2958426/>

[16] Organisasjonene har senere skiftet navn til Norsk narkotikaforebyggende forening.

[17] Kriminalomsorgsdirektoratet (2023). Alderstilpasning og økt bruk av samfunnsstraff for unge (15-24 år). Rapport fra arbeidsgruppe.

[18] Bl.a. DFØs sider om samordning: <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/samordning>

[19] Første delrapport er publisert på NTNU Samfunnsforsknings hjemmesider: <https://samforsk.no/publikasjoner/bedre-tjenester-til-barn-og-unge-med-sammensatte-behov-delrapport-1>

[20] <https://www.jus.uio.no/ikrs/forskning/publikasjoner/rapporter/evalueringsaltoa-2023.pdf>. (PDF)

[21] [Utkast til byrådsnotat - Oslostandard for SaLTo-arbeidet](#)

[22] [Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen – en veileder \(regjeringen.no\): https://www.regjeringen.no/contentassets/e04496ee95104dfebe4383ece33ddc3c/no/pdfs/g-0454-b.pdf](#)

[23] [Utenfor boksen - innenfor lovverket: Veileder for god informasjonsflyt - Kudos \(dfo.no\): https://kudos.dfo.no/dokument/48285/-20230315124903](#)

[24] Goldblatt, m.fl. (2023). Hentet fra <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing>

[25] Goldblatt m.fl., 2023, s. 127

[26] Goldblatt m.fl., 2023, s. 125

[27] [Handlingsplan mot rasisme og diskriminering - ny innsats 2024–2027 - regjeringen.no](#)

Forslag til endringer i regelverk

Tydeligere plikt for kommunen om samarbeid og/eller samordning i folkehelseloven

Etter folkehelselovens formålsbestemmelse skal loven sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Lovens pliktbestemmelser inneholder ingen uttrykkelig samordningsplikt. I forarbeidene til folkehelseloven fremgår det at departementet ikke fant grunn til å foreslå en bestemmelse om plikt for kommunen til å samordne gjennomføringen av folkehelsearbeidet i kommunen, jf. Prop. 90 L (2010-2011) pkt. 12.1.4.2. Det legges imidlertid til grunn at samordningsansvaret kommer til uttrykk gjennom lovens ulike bestemmelser. Det vises til at kommunen i sin helhet har ansvar for folkehelsearbeidet, som trolig er begrunnelsen for hvordan samordningsplikt ble ansett som unødvendig.

Det bør i arbeidet med revisjon av folkehelseloven vurderes om og eventuelt hvordan samarbeids- og/eller samordningsplikt kan komme tydeligere frem i loven, både på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå.

Mulige positive virkninger:

- Tydeligere ansvar for samarbeid og/eller samordning av kommunens folkehelsearbeid, som også kan fremme at det avsettes ressurser og prioriteres i praksis
- Kan medføre at tjenestetilbudet oppleves mer samlet og koordinert

Mulige negative virkninger:

- Kan påvirke kommunenes frihet til å innrette rusforebygging ut fra lokale forhold og forutsetninger

Vurdere å tydeliggjøre normering av folkehelsearbeid i kommunene

Det vurderes å være behov for å styrke kunnskapen om folkehelseloven, dens forhold til ulike sektorregelverk og hvordan lovverkene kan anvendes innenfor en helhetlig, folkerettslig sammenheng. Eksempelvis kan oppfyllelse av ansvaret etter folkehelseloven kapittel 4 i en strukturert arbeidsform, bidra til at kunnskap og erfaring fra velferdstjenestenes individrettede arbeid inkluderes i kunnskapsinnhenting i folkehelsearbeidet, og at kunnskapen i folkehelsearbeidet anvendes i tjenesteutvikling.

I det tverrdepartementale rundskrivet Q-16/2013 Forebyggende innsats for barn og unge fremheves det at folkehelseloven angir «en arbeidsform som gir retning for å samordne ulike tjenester og tiltak for å nå felles mål», og at dette omfatter barns oppvekst og levekår og forebyggende innsats for barn og unge.

Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt, og ansvaret for samordning og koordinering av folkehelsearbeidet er lagt til kommunen. Loven står dermed i en særstilling når det gjelder å angi felles formål, ansvar og oppgaver i det tverrsektorielle forebyggende rusarbeidet. Folkehelseloven angir ikke hvordan kommunen skal ivareta organiseringen av folkehelsearbeidet. Det sentrale er at folkehelsearbeidet er tverrsektorielt og samordnet.

Folkehelsekoordinatorfunksjonen er omtalt i flere kartlegginger[1]. Mange kommuner har innført folkehelsekoordinator som oppgaver delegeres til, men i mange tilfeller med lav stillingsprosent[2]. Det bør vurderes om det er behov for faglig normering knyttet til om kommunen bør ha rutiner for hvordan folkehelsearbeidet skal koordineres og ivaretas på tvers av alle sektorer. En folkehelsekoordinator bør også ses opp mot SLT-koordinator og andre tilstøtende funksjoner/oppgaver i kommunene, også rådgivende enhet for russaker i kommunen (se tiltaksforslag om dette under).

Mulige positive virkninger:

- Tydeligere veiledning til kommunene
- Kan redusere uønsket variasjon mellom kommuner, og dermed bedre tjenester overfor barn og unge

Mulige negative virkninger:

- Kan påvirke kommunenes frihet til å innrette innsats ut fra lokale forhold og forutsetninger
- Ressursbruk i forbindelse med utvikling av tydeligere normering

Følge med på hvordan den nye hjemmelen om forebyggende plan i barnevernloven forholder seg til bestemmelsene i folkehelseloven i praksis for kommunene

Plikten for kommunene til å ha en plan for å forebygge omsorgssvikt og atferdsvansker ble innført med barnevernsreformen i 2022 (jfr. barnevernslovens §15-1 annet ledd.) og er fortsatt under implementering i mange kommuner. Erfaringer hittil viser at en del kommuner strever med å komme i gang med den forebyggende planen. Forståelsene av hva forebygging er varierer på tvers av sektorer i kommunen, og det fremstår uklart for en del kommuner hvordan denne planen forholder seg til/skiller seg fra andre kommunale planer med forebyggende formål som kommunen er forpliktet til å ha (jf. statusrapporter fra Statsforvalteren og følgeevalueringen av barnevernsreformen). Både målgruppe og tiltak i kommunenes forebyggende planer kan potensielt overlappe. Kommunenes planstrategi er verktøy i arbeidet med å samordne det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge på systemnivå (jfr. Kommunens samordningsplikt i samarbeidsbestemmelsene)

Kommuner, statsforvaltere og KS har etterlyst veiledning om kommunens forebyggende plan fra nasjonale myndigheter. Den første statusrapporten fra følgeevalueringen av barnevernsreformen konkluderer med at det er behov for felles, tverrsektoriell veiledning om kommunes arbeid med den forebyggende planen fra nasjonale myndigheter[3]. Det vurderes også at det er behov for å tydeliggjøre og styrke kommunens ansvar for forebygging og samordning av det forebyggende arbeidet på systemnivå. Det bør følges med fremover på sammenhengen mellom bestemmelsen i folkehelseloven og barnevernsloven §15-1 i kommunene. Det vises også til det pågående oppdraget om veiledning om kommunens forebyggende ansvar på oppvekstområdet gitt fra KUBU til etatssamarbeidet, med leveranse i 2026. I dette oppdraget kan det vurderes å se hen til relevante erfaringer fra den nye loven i Sverige om kommunenes ansvar for kriminalitetsforebyggende arbeid som trådte i kraft 1. juli 2023. Loven bestemmer blant annet at kommunene skal ta et koordinerende ansvar for det kriminalitetsforebyggende arbeidet.[4]

Mulige positive virkninger:

- Tydeliggjøring/forenkling av forebyggingspliktene i kommunene

- Tydeligere plassering av kommunens forebyggende ansvar
- Bedre understøtting nasjonalt kan hjelpe kommunene til å oppfylle ansvaret og organisere innsats tverrsektorielt

Mulige negative virkninger:

- Tid og ressurser i forbindelse med tilrettelegging og oppfølging

[1] NIBR-rapport 2016:9, Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan, NIBR-rapport 2022:2.

[2] NIBR-rapport 2016:9, Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan, NIBR-rapport 2022:2.

[3]

<https://www.menon.no/wp-content/uploads/2023-165-Evaluering-av-barnevernsreformen-Forste-statusmalir>

[4] Regeringens proposition 2022/23: Kommuners ansvar för brottsforebyggande arbete.

Tiltak for styrket koordinering og gjennomføring

Forankring av tverrsektorielle oppdrag og oppgaver i etatenes styringslinjer

Erfaringer fra dette oppdraget underbygger tidligere erfaringer om at det er helt sentralt at tverrsektorielle oppdrag til flere etater forankres i de ordinære styringslinjene, eksempelvis gjennom likelydende oppdrag i tildelingsbrev. I praksis viser det seg at dette gjerne er en forutsetning for at tilstrekkelige ressurser kan prioriteres for den enkelte etat. Selv om vårt oppdrag ble gitt gjennom KUBU-strukturen som alle direktoratene har forankret deltakelse gjennom i tildelingsbrev fra eget departement, var selve oppdraget kun formulert i Helsedirektoratets og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets tildelingsbrev. Dette medførte at etatene i varierende grad kunne prioritere deltakelse i arbeidet.

Mulige positive virkninger:

- Etatene avsetter tilstrekkelig ressurser og prioriterer tverrsektorielle oppdrag, som vil fremme samordning av innsatsen
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av etater, ved at oppgaveutførelse kan skje samlet og koordinert

Mulige negative virkninger:

- Det forventes ikke vesentlige negative virkninger av tiltaket

Styrket statlig understøtting av kommunal rusforebyggende innsats

Det vises til oppdrag gjennom KUBU-strukturen om kommunenes forebyggende oppgaver, og at det i den prosessen bør vurderes hvordan statlige myndigheter kan understøtte kommunene bedre. Lovrevisjonsprosessen om folkehelseloven er aktuell å se hen til. Blant annet bør styrket faglig normering og veiledning innen folkehelsearbeidet vurderes[1].

Særlig om oppsøkende virksomhet

På bakgrunn av kunnskapen vi har om at mange barn og unge ikke oppsøker hjelp eller behandling, enten overhode eller i tide, bør kommunene understøttes bedre i sin oppsøkende virksomhet. Særlig vurderer vi at dette tiltaket kan bidra til å nå flere unge gutter, som vi vet oppsøker hjelp i mindre grad enn jenter, og bruker rusmidler mer på gruppenivå enn jenter.

I Sintef sin rapport fra 2023[2] om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid oppgir 48 % av kommuner/bydeler (n =347) at de har oppsøkende helse- og sosialfaglig arbeid rettet mot ungdom (s. 152). Målgruppene er jevnt fordelt mellom risikoutsatt ungdom, unge generelt og unge med rusmiddelproblemer.

Helsedirektoratet foreslo i sitt hørings svar til NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp en plikt for helse- og omsorgstjenestene til oppsøkende virksomhet. Slik virksomhet kan gjøre det mulig å komme i kontakt med barn og unge og personer med psykiske plager og lidelser og personer i utsatte livssituasjoner – begge grupper som har større risiko for rusmiddelproblemer. Det vises til hørings svaret for ytterligere vurderinger[3].

Vi viser til satsningen i Prop. 1 S (2023-2024) om å styrke Korus for å implementere oppsøkende metodikk i kommunene. Implementering av denne satsningen kan bidra til ny kunnskap og kompetanseutvikling om oppsøkende metodikk og danne grunnlag for evt. vurdering av nye tiltak., herunder lovgivningstiltak

Særlig om rusmiddelpolitisk handlingsplan

Kommuneplanleggingen skal tilpasses kommunens utfordringer. Når rusmiddelproblemer en utfordring kommunen står overfor, må kommunen vurdere om den skal utarbeide en rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det anbefales at kommunenes alkoholpolitiske handlingsplan, jf. Alkoholoven § 1-7d, utarbeides som del av en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Det følger av folkehelseloven § 6 at kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen etter § 5 skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan og bygningsloven § 10-1. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

Det må vurderes nærmere hvor tydeligere anbefaling om eller ansvar for rusmiddelpolitisk handlingsplan i kommunene bør forankres. Folkehelseloven er en generell lov som omfatter alle faktorer av betydning for folkehelsen, og som gir handlingsrom til å organisere sine tjenester og setter i verk tiltak basert på lokale utfordringer og behov. Ved behov for regulering av enkelte områder/faktorer, er det hensiktsmessig å regulere dette i særlover.

Det kan også være hensiktsmessig å fremme bruk av rusmiddelpolitisk handlingsplan i kommunene gjennom bedre statlig understøtting, for eksempel i veiledning om kommunens folkehelsearbeid.

Mulige positive virkninger:

- Reduksjon av uønsket variasjon mellom kommuner, og mer enhetlig tjenestetilbud

- Kunnskapsbasert innsats
- Utsatte barn og unge fanges opp tidligere
- Bedre sammenheng i kommunens rusmiddelpolitiske innsats og planlegging

Mulige negative virkninger:

- Ressursbruk nasjonalt i forbindelse med understøtting av kommunene
- Ressursbruk lokalt i forbindelse med bl.a. oppsøkende virksomhet og utarbeiding av rusmiddelpolitiske planer.

Det vises også til oppdrag TTB2024-17 gitt til Helsedirektoratet i forbindelse med OP psykisk helse om å «utrede hvordan sikre likeverdig tilgang til lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i hele landet, inkludert vurdere lovfesting». Andre relevante arbeider som bør ses i sammenheng er KUBU-oppdrag om kommunenes forebyggende ansvar, revisjon av folkehelseloven og utredning fra Rushåndhevingsutvalget (NOU 2024: 12).

Rådgivende enheter for russaker som kontaktpunkt i kommunene

I tråd med oppdragets punkt 6 har vi vurdert om rådgivende enheter for russaker i kommunene (RER) kan tillegges ytterligere forebyggende funksjoner og oppgaver. Det anbefales at RER kan bli et kontaktpunkt i kommunene uavhengig av en straffesak. Videre følger utdypende bakgrunn og vurdering.

For å oppfylle sitt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 b er det forventet at kommunene utvikler rus- og veiledningskompetanse, systemkompetanse og samhandlingskompetanse i RER. Denne kompetansen kan etter vår vurdering benyttes i styrkingen av kommunens rusforebyggende arbeid. RER kan bidra til å oppfylle ansvaret på en systematisk og helhetlig måte med økt fokus på tverrsektorielt samarbeid.

I brev til alle landets kommuner av 06.10.2022 Vilkår og rutiner for oppmøte, ruskontroll og gjennomføring av samtaler hos RER er kommunens frihet til selv å bestemme organiseringen beskrevet:

«Rådgivende enhet for russaker i kommunen kan organiseres slik kommunen selv finner det hensiktsmessig. Enheten/funksjonen kan plasseres ved tjenestesteder som allerede er opprettet for å ivareta oppgaver og formål som tilligger kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven. Enhetene må ikke være en «fysisk enhet» i form av en egen avdeling e.l. i kommunen, men kan være en funksjon. I større kommuner og byer kan tjenesten f.eks. organiseres som en egen enhet. Det oppfordres til interkommunalt samarbeid i små og mellomstore kommuner.»

For å kunne gjennomføre samtaler i RER har alle kommuner måttet utvikle rusmiddel- og veiledningskompetanse, selv om mange kommuner foreløpig har få eller ingen saker.

Videre er kommunen bedt om å tilgjengeliggjøre kontaktinformasjon, særskilt overfor lokal påtalemyndighet. Tilgjengeliggjøring av kontaktopplysninger kan utvides, slik at det vil være enkelt å finne frem til disse som et kontaktpunkt for det rusforebyggende og helsefremmende arbeidet lokalt. Hva som inngår i RERs ansvarsområde bør også fremgå på nettsidene. Dette innebærer at andre med behov for informasjon, råd og veiledning lettere vil kunne nå ansatte som har kompetanse, kunnskap og oversikt over det samlede tilbudet.

Bruk av rådgivende enhet for russaker ble også vurdert i et felles oppdrag i 2022 om å utrede [hindringer og muligheter for tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av](#)

[ungdomsstraff og ungdomsoppfølging \(ungdomsreaksjonene\) \(konfliktraadet.no\)](https://www.konfliktraadet.no) Et av forslagene fra denne rapporten er at rådgivende enhet for russaker blir et kontaktpunkt som konfliktrådet kan samarbeide med på systemnivå (tiltak 8, s. 47).

Fordi kommunene selv kan bestemme organiseringen av RER, kan enhetene allerede i dag ha forebyggende oppgaver, hvis kommunen har vurdert dette som hensiktsmessig, og at enhetene har kapasitet til å utføre slik virksomhet. Vi kjenner til at flere kommuner allerede har tillagt forebyggende oppgaver til enhetene[4] [5] [6]. Vi vurderer at kommunene fortsatt bør stå fritt til å vurdere om enhetene skal ha forebyggende oppgaver, fordi kommunene best kjenner den lokale konteksten, og selv best kan gjøre gode helhetsvurderinger av organiseringen av sitt rusforebyggende arbeid. Blant annet kan kommunene allerede ha tilstøtende, overlappende eller koordinerende funksjoner, som enhetene bør ses i sammenheng med. Det er viktig at forebyggende oppgaver og ansvar er tydelig plassert i kommunene.

Det vil variere mellom kommuner hvor mye den enkelte rådgivende enheten for russaker kan oppfylle kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende rusarbeid. Frihet for kommunen til å organisere arbeidet slik den finner hensiktsmessig er dessuten et sentralt hensyn. Lovendring vil derfor ikke være nødvendig eller ønskelig å vurdere på nåværende tidspunkt.

Det er også vurdert om RER kan ha ytterligere oppgaver på individnivå. Kommunen har allerede en lovfestet plikt til å forebygge, drive helsefremmende arbeid, gi helsehjelp og oppfølging til personer med rusmiddelproblematikk. Det er ingen aldersbegrensninger i loven. Det vurderes som lite hensiktsmessig at RER skal bli en egen rustjeneste som yter individrettede helsetjenester ved siden av kommunens ordinære tjenesteapparat, slik som for eksempel tjenester som ytes av ruskonsulent. Den faglige vurderingen er at helsehjelp skal ytes i kommunens ordinære tjenestetilbud innenfor rusoppfølging. Det er avgjørende at ytelse av helsehjelp skjer med kunnskapsbasert metodikk og praksis, som innebærer en tilnærming som bygger på tillit, gode relasjoner, frivillighet, brukermedvirkning og forutsigbarhet. Dette vil best kunne ivaretas i de allerede eksisterende tjenester.

Aktuelle forebyggende funksjoner og oppgaver: Informasjon og rådgivning

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, tydeliggjør sammen med § 3-2 første ledd nr. 1 kommunens ansvar for å fremme helse og forbygge sykdom, skade og sosiale problemer, at disse oppgavene er en del av nødvendige og forsvarlige tjenester, jf. §§ 3-1 og § 4-1. Ansvarer inkluderer rusforebyggende arbeid. Videre følger det av forvaltningslovens § 11 første ledd at kommunen har veiledningsplikt innenfor sitt saksområde.

Eksempler på tjenester og interessenter som kan nyttiggjøre seg av råd- og veiledningskompetansen i RER er skoler[7] eller andre utdanningsinstitusjoner, pårørende, enkeltpersoner, spesialisthelsetjenesten, barnevern, politiet, konfliktrådet, justissektoren, kriminalomsorgen, hjemmetjenesten, helsestasjon, skolehelsetjenesten, sykehjem og fastleger.

For at RER skal kunne ha ytterligere forebyggende funksjoner og oppgaver, er det nødvendig med tilstrekkelig finansiering. Kommunene er bevilget 100 mill. kroner per år (fordelt gjennom sosialhjelpsnøkkel) over Kommunal- og distriktsdepartementets budsjett til etablering og drift av funksjonen/enheten RER. For små kommuner utgjør dette om lag 20 000 -50 000 kroner per år, mens for eksempel Oslo kommune tildeles 18 mill. kroner per år. Store kommuner, slik som Oslo, har allerede et større og variert tilbud innenfor rusfeltet, mens mindre kommuner kunne vært i behov av en større opprustning i kompetanse og utbygging av tjenestene på dette feltet.

Ved en eventuell utvidelse av rollen til RER vil tildeling til små og mellomstore kommuner ikke være tilstrekkelig. For eksempel vil Oslo kommune som er tildelt 18 mill. kroner per år kunne utvide mandatet uten problemer, mens små kommuner som har fått 100 000 eller mindre vil ha utfordringer med å øke innsatsen under denne funksjonen.

I utarbeidelsen av veiledende materiell om RER, fikk Helsedirektoratet innspill fra mange aktører. Det ble gjennomgående trukket frem fra brukerorganisasjonene at det bør være tydelig for bruker/pasient hva som er strafferettslige sanksjoner og hva som er frivillig helsehjelp. Kommunene som deltok spilte inn det samme, med bakgrunn i å oppnå god relasjonsbygging for videre helsehjelp. Dette ble støttet av Statsforvalterne, men med merknad om at et slikt skille kan bli utfordrende i små kommuner med få ansatte.

Mulige positive virkninger:

- Styrket informasjon og veiledning til tjenester i kommunene, og til befolkningen
- Mer effektiv ressursbruk lokalt gjennom tydeligere oppgaver for rådgivende enhet for russaker
- Styrket rusforebygging lokalt grunnet informasjon og kunnskap til tjenester og befolkning

Mulige negative virkninger:

- Økt kostnadsbehov knyttet til finansiering av større oppgaveomfang i de rådgivende enhetene
- Større variasjon mellom kommuner

Tverrsektoriell innsats for barn og unges digitale liv

Unge bruker mye tid på nett og sosiale medier og får mye av sin informasjon herfra. Det er mange aktører og etater som har et ansvar for barns digitale liv. Det kan være potensial for styrket samarbeid tverrsektorielt. Innenfor dette tematiske feltet handler det om å bidra til å gi unge relevant informasjon om rusmidler og konsekvenser ved bruk, og sette den enkelte i stand til å ta gode valg.

Tiltak som finnes i dag og som kan styrkes:

- *DigiUng* er statens digitale infokanal rettet mot barn og unge, og sikrer kvalitetssikret info om bla rusmidler. Det er viktig å fortsette denne satsningen. Flere av etatene deltar i DigiUng-samarbeidet allerede i dag.
- *Politiets nettpatrulje* skal være synlige og tilgjengelige på internett og sosiale medier. De deler informasjon, tar imot tips, svarer på spørsmål fra innbyggerne og utfører politiarbeid på nett. Det er i dag etablert en egen nettpatrulje i alle landets 12 politidistrikter. Dette er en tjeneste i rask utvikling som viser seg å nå ut til mange unge særlig via sosiale medier.
- *Helsedirektoratets informasjon* på nett om rusmidler, og kampanjer om cannabis rettet mot unge
- *Undervisning om rusmidler*. Det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring åpner for å understøtte undervisning om rusmidler. Skolene og skoleeier står fritt til å velge støtte til undervisningene i ulike temaer, heriblant om rusmidler. Mange aktører har utviklet ulikt støttmateriell som skolene kan benytte. I arbeidet med kompetansepakken knyttet til det tverrgående temaet folkehelse og livsmestring vil Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet vurdere hvordan vi bedre kan støtte samarbeidet om dette temaet.

Aktuelle nye tiltak:

- *Utvikle et verktøy basert på kunstig intelligens til tilsynsvirksomhet på reklameforbudet i alkoholloven.*
- Helsedirektoratet mottar løpende tips på reklameforbudet i alkoholloven og erfarer at mange tips retter seg mot innhold som når barn og unge. Tilsynsvirksomhet er tid- og ressurskrevende, og direktoratet har begrenset kapasitet til å føre tilsyn i dag. Kunstig intelligens gir nye muligheter for å effektivt monitorere digitale kanaler. Det bør vurderes å utvikle et nytt verktøy for tilsyn med alkoholreklame i digitale kanaler. Dette vil kunne effektivisere håndhevingen av reklameforbudet i svært stor grad. En slik teknologi kan også være aktuelt for å se i sammenheng med annen tilsynsvirksomhet, for eksempel på tobakksområdet.
- *Styrke holdningsskaping og bevissthet om rusmiddelinnhold i sosiale medier.* Det er potensiale for å styrke samarbeid og dialog med influensere om innhold om alkohol og andre rusmidler som når barn og unge. Styrket samarbeid kan initieres gjennom management, direkte kontakt med influensere og på arenaer som samler mange aktuelle aktører, for eksempel Vixen Awards årlige fagdager. Et forslag er å stimulere influenserbransjen til å utvikle interne retningslinjer for å bidra til økt bevissthet om å vise alkohol og festkultur i sosiale medier. Dette kan også gjøres i forbindelse med informasjonsarbeid om reklameforbudet mot alkohol ovenfor bransjen, selv om målet med eventuelle retningslinjer i hovedsak vil være holdningsarbeid og økt bevisst om publisering av rusmiddelinnhold.

Andre relevante pågående/kommende prosesser:

- Stortingsmelding om trygg digital oppvekst (kommende[8])

Uansett innsats vil det være umulig å overvåke og håndheve det digitale livet fullt ut, og det er derfor svært viktig med forebygging for å fremme beskyttelsesfaktorer hos barn og unge. Regulering og håndheving av det digitale må også kontinuerlig vurderes og rettes oppmerksomhet mot.

Mulige positive virkninger:

- Styrket koordinert strategisk tverrsektoriell innsats i digitale kanaler
- Styrket rusforebyggende innsats rettet mot barn og unge i digitale kanaler

Mulige negative virkninger:

- Omfattende innsatsområde som krever betydelig ressursinnsats for monitorering og håndheving i et bredt spekter av digitale kanaler

Nasjonal og koordinert innsats for en trygg russefeiring.

Det er i dag større oppmerksomhet nasjonalt om behov for mer koordinert innsats om russetiden. Utfordringene berører en rekke ulike fagfelt innen helse, utdanning, samferdsel og forebygging av rusmiddelbruk, vold og seksuelle overgrep og ulykker. Regjeringen har satt i gang et arbeid med flere tiltak i ulike sektorer for en ny, tryggere og inkluderende feiring[9]. Fylkeskommunene har også gått sammen om prosjektet «Ny feiring 2026!» med mål om en nasjonal strategi og handlingsplan som skal bidra til en ny og mer inkluderende russefeiring, som regjeringen vil bidra inn i. I denne styrkede innsatsen er det sentralt at rusforebygging inkluderes og sees i sammenheng med det øvrige utfordringsbildet.

Aktuelle nye tiltak:

- *Etablere et tverrsektorielt samarbeid på direktoratsnivå* for å utvikle tiltak rettet mot russetiden og en ny avgangsmarkering, herunder vurdere og følge opp forslag fra fylkeskommunenes prosjekt. Det kan vurderes om et slikt samarbeid kan legges til allerede etablerte strukturer.
- *Opprette en tilskuddsordning for kommunale tiltak*, hvor formålet er å skape trygge og inkluderende arenaer og aktiviteter for alle elever i videregående skole.
- *Utvikle nasjonalt informasjonsmateriell/tiltaksplan* fra relevante etater til kommuner, fylkeskommuner, videregående skoler og russestyrt, foreldre og barn og unge, der rusmiddelbruk og risikofaktorer i den forbindelse er inkludert. Utdanningsdirektoratet er i gang med å utvikle støtteressurser til bruk både av skoler, elever og foresatte. Denne støtten baserer seg på tematikk fra opplæringslov og læreplanverket.

Mulige positive virkninger:

- Mer enhetlig budskap og styrket informasjon til barn og unge om russefeiring
- Styrket rusforebyggende innsats nasjonalt
- Bedre samordning og mer treffsikker innsats på tvers av etater

Mulige negative virkninger:

- Kostnader for ressurser til koordinering og gjennomføring

Finansiering som fremmer tverrsektoriell samhandling

Kommunenes lovpålagte oppgaver er i stor grad sektorregulert og understøtter dermed ikke prioriteringer på tvers av innsatsområder. Å få på plass gode strukturer og kulturer for samhandling på tvers av sektorer er også ressurskrevende.

På både barn og unge- og rusfeltet er det opprettet en rekke tilskuddsordninger der kommuner og frivillige organisasjoner kan søke midler til tiltak og prosjekter. Tilskuddene er som regel rettet mot spesifikke tjenester, tiltak og nærmere definerte målgrupper, og er et virkemiddel for å nå særskilte sektorspesifikke mål. Det er en risiko for at kommunene som tilskuddsmottakere tilpasser søknader til tilskuddsordningens regelverk fremfor kommunens reelle behov.

Programfinansiering søker å snu dette til at tilskuddsmidlene har målgruppen i fokus fremfor den enkelte tjeneste eller tiltak/sectorområde. Dette skal bidra til mer helhetlig arbeid overfor målgruppen gjennom felles forståelse, planlegging og samhandling mellom tjenestene. Program for folkehelsearbeid i kommunene er et eksempel på programfinansiering innen forebyggende arbeid og har en ambisjon om å virke samordnende for ulike nasjonale myndigheter ved å samle virkemidler og statlige føringer overfor kommunene, med utgangspunkt i kommunens behov. Erfaringer fra programmet tilsier at tiltakene som har blitt utviklet er målrettede og en stor andel av tiltakene er videreført i kommunens generelle arbeid etter endt ekstern finansiering.

Gjennom pilot for programfinansiering[10] som ble gjennomført i forbindelse med 0-24-samarbeidet, ble fem tilskuddsordninger som omfattet tiltak rettet mot utsatte barn og unge slått sammen slik at kommunene skulle få større lokalt handlingsrom til å tilpasse tiltak til lokale behov på tvers av sektorgrenser. Piloten skulle bidra til å stimulere til helhet og økt samhandling i tjenestetilbudene. Rapporter fra statsforvalterne viser at de fleste kommunene har tatt store steg med hensyn til å forankre, konkretisere, pilotere og iverksette ulike tiltak og samarbeidsmodeller. Ifølge prosjektgruppen rapporteres det om bedre samordning av tjenester, en mer felles organisasjonskultur og bedre strukturer.

Det vurderes samtidig å fortsatt være behov for å gjennomgå finansieringsmodeller og relevante tilskuddsordninger på barn-unge og rusfeltet for å vurdere hvordan samordnet finansiering på tvers av sektorer kan stimulere til økt samhandling på lokalt nivå, med utgangspunkt i erfaringer fra program for folkehelse og pilot for programfinansiering. Det vises også til Helsedirektoratets høringsvar til ekspertgruppen om barn i fattige familier, og omtale bl.a. av omlegging av tilskudd til inkludering av barn og unge og områdesatsninger[11].

Mulige positive virkninger:

- Mer helhetlig og samordnet innsats og bedre tiltak i praksis

Mulige negative virkninger:

- Krevende å måle effekt av tiltaket

[1] Helsedirektoratet kan lage faglige normer og veiledning om tiltak kommunene kan iverksette for å løse rusmiddelutfordringer lokalt, herunder hvordan kommunen kan og bør fange opp utsatte barn og unge tidlig nok, for eksempel etablering av fritidsklubber og oppsøkende virksomhet som tiltak, eksempler på rusmiddelpolisk handlingsplan eller at kommuner bør ha en folkehelsekoordinator.

[2] <https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/endeligrapport2023.pdf>

[3] <https://www.regjeringen.no/contentassets/5311f19d847c49c5a1459deff72ac98a/helsedirektoratet.pdf>

[4] <https://www.aftenposten.no/norge/i/XbEKbn/raadgivning-skulle-erstatte-straft-tallene-fra-de-store-byene-ovr>

[5] <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/hittil-har-vi-ikke-hatt-en-eneste-sak-a-jobbe-med/15851639/>

[6] [Nye retningslinjer i narkotikasaker for politiet: Tomme lokaler i hele landet – NRK Rogaland – Lokale nyheter, TV og radio: https://www.nrk.no/rogaland/nye-retningslinjer-i-narkotikasaker-for-politiet_-tomme-lokaler-i-hele-landet-1.16](https://www.nrk.no/rogaland/nye-retningslinjer-i-narkotikasaker-for-politiet_-tomme-lokaler-i-hele-landet-1.16)

[7] <https://korus.no/v%C3%A5re-fagomr%C3%A5der/rusmiddelforebygging-i-skolen>

[8] <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/undersoking-bekymring-om-barns-digitale-liv/id3014880/>

[9] <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-skal-endre-russetiden/id3030864/>

[10] Sluttrapport (2023) for følgeevaluering av piloten ble gjennomført av Oxford Research: https://oxfordresearch.no/wp-content/uploads/2024/03/oxford-research_2023_pilot-for-programfinansiering-

[11] Høringsvaret er publisert på nettsiden om høringen: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-ekspertgrupperapport-om-barn-i-fattige-familier/id3005>

Er det behov for å utvikle nye virkemidler og tilnærminger?

Det påpekes innledningsvis at det kontinuerlig er behov for å vurdere nye virkemidler og tilnærminger i det rusforebyggende arbeidet, noe som blant annet illustreres av beskrivelsene av utviklingen og endringene på rusfeltet de senere årene. Videre er det allerede nylig innført, igangsatt og planlagt flere arbeider som kan utvikle nye virkemidler og tilnærminger (se også vedlegg 2):

- Revisjon av folkehelseloven
- Samarbeidsbestemmelsene, herunder pågående implementering og evaluering
- Barnevernsreformen og forebyggende plan, jf. Barnevernsloven §15-1
- Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge (Hdir)
- Oppdrag om å utarbeide veiledning om kommunenes forebyggende ansvar (KUBU)
- Opptrappingsplan for psykisk helse
- Stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet (SUM)
- Samfunnsoppdrag for å inkludere barn og unge
- Oppdrag om advarselsmerking (helseinformasjon) på alkoholholdig drikk (Hdir)
- Utrede om det er faglig grunnlag for å gi nye/generelle råd eller veiledning om alkoholbruk (Hdir)
- Arbeidet med helsekompetanse, herunder ny nasjonal strategi
- Nasjonal livskvalitetsstrategi

Etatene har også fått oppdrag i tildelingsbrev av 2024 som kan innebære at det utvikles nye virkemidler og tilnærminger. Det vurderes derfor at det store omfanget av nye virkemidler, initiativer og arbeider på gang bør implementeres og eventuelt evalueres før det kan sies å være behov for å utvikle noe nytt, ut over foreslåtte tiltak tidligere i kapittelet.

Modellforslag

Oppdragets punkt 5 innebærer å vurdere og foreslå modeller for tverrsektoriell organisering av rusforebyggende arbeid. Det er lagt til grunn at modeller i denne sammenhengen forstås som en sammenstilling av organiseringen av det rusforebyggende arbeidet, altså en form for organisasjonsmodell. Både organiseringen på nasjonalt og lokalt nivå er vurdert, men det er på det nasjonale nivået modellbegrepet benyttes for å ramme inn organiseringen. Forslag til organisering på de ulike forvaltningsnivåene er vurdert og beskrevet hver for seg, fordi de har ulik karakter og omfatter bl.a. ulike virkemidler og ansvar. Samtidig er et grunnleggende hensyn med den nasjonale organiseringen at den skal understøtte innsatsen i kommunene.

Først i kapittelet beskrives utgangspunkter for vurderinger [\(6.1\)](#). Deretter presenteres forslag til modeller på nasjonalt nivå [\(6.2\)](#). Til slutt gis forslag til organisering av lokalt rusforebyggende arbeid blant annet basert på tiltaksforslag i forrige kapittel [\(6.3\)](#).

Utgangspunkter og kriterier for vurderinger

Organiseringen i dag

Et utgangspunkt for vurderingen av organisering av rusforebyggende arbeid er den nåværende organiseringen og arbeidet som allerede gjøres i dag. Dette er utdypet tidligere i rapportens kapittel 3, men noen hovedpunkter gjentas her:

- Helse- og omsorgsdepartementet har koordinerende ansvar på rusfeltet på departementsnivå
- Det er ingen eksplisitt liknende organisering på direktoratsnivå
- KUBU-strukturen er etablert for å fremme samhandling og samarbeid om utsatte barn og unge
- Korus-ene understøtter kommunene regionalt med kunnskap og kompetanse
- Kommunene har selvråderett for organisering av sitt rusforebyggende arbeid

Andre utgangspunkter

Det er også tatt utgangspunkt i:

- Det er hensiktsmessig å bygge på og videreutvikle eksisterende strukturer så langt det er mulig
- Rusmiddelpolitikken er forankret i Helse- og omsorgsdepartementet, og helsesektoren bør derfor ha en særskilt rolle overfor de andre sektorene
- Det er behov for tydeligere organisering og mer kontakt mellom sektorene om rusforebygging på direktoratsnivå
- Nasjonal innsats skal understøtte kommunene
- Barns beste er et grunnleggende hensyn i handlinger og avgjørelser som berører barn

I skissene til modeller er hovedvekt lagt på organisering av nasjonal innsats. Nasjonal innsats må uavhengig av organisering kunne understøtte lokal innsats, og den lokale organisering drøftes derfor adskilt fra organiseringen på nasjonalt nivå i rapporten.

Forslag til modeller på nasjonalt nivå

Vurderingskriterier for modeller

Forslag til modeller for tverrsektoriell organisering av rusforebyggende innsats tar videre utgangspunkt i politiske prioriteringer og eksisterende kunnskapsgrunnlag på rusmiddelfeltet, samt beskrivelsene tidligere i denne rapporten av identifisert utfordringsbilde og forslag til tiltak. Forslagene til modeller er vurdert etter følgende kriterier:

Tabell 3. Vurderingskriterier for modeller for tverrsektoriell organisering.

Kriterium
Grad av tverrsektoriell organisering
Evne til å tilrettelegge for omforent forståelse og økt kunnskap
Evne til å styrke tverrsektoriell strategisk samordning
Evne til å styrke operativ gjennomføring
Evne til å understøtte lokal gjennomføring i kommunene
Nyttiggjøring av eksisterende strukturer

Modell 1: «Null pluss-alternativet» - Helsesektoren med utvidet koordinerende ansvar

Beskrivelse av hovedprinsipper i modellen

Styrking av helsesektorens rolle og ansvar for å koordinere og samordne nasjonal innsats i det rusforebyggende arbeidet. Modellen tar utgangspunkt i å styrke dagens organisering der Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer rusfeltet på departementsnivå. Styrket koordinering kan fremmes gjennom at Helsedirektoratet får en tilsvarende funksjon på direktoratsnivå ved at det opprettes en ny tverrsektoriell struktur der relevante direktorater deltar.

Det er allerede etablert tverrsektorielle direktoratsgrupper på en rekke andre felt, som f.eks. forebygging av radikalisering og voldelig ekstremisme, og forebygging av vold i nære relasjoner og vold mot barn, som det kan være hensiktsmessig at det innhentes erfaringer fra, dersom det etableres en direktoratsgruppe for det rusmiddelforebyggende arbeidet. Det kan f.eks. være nyttig å se hen til hvordan mandatene til disse gruppene er utarbeidet og hvilke erfaringer gruppene har i forhold til det å samarbeide tverrsektorielt på direktoratsnivå.

Organisering, ansvar og roller

Helse- og omsorgsdepartementet har koordinerende ansvar på rusfeltet på tvers av departementene. Helsedirektoratet kan ta på seg tilsvarende funksjon på direktoratsnivå og koordinere tverrsektorielle

oppdrag og initiativer om rusforebygging. Det kan i denne forbindelse etableres en ny fast struktur, for eksempel en direktoratsgruppe, med relevante direktorater for å koordinere og diskutere oppdrag og saker på rusfeltet.

Positive virkninger

- Helseperspektivet styrkes i tråd med politiske prioriteringer
- Én aktør med tydelig koordinerende ansvar styrker operativ gjennomføringsevne og tydelig forankrer det koordinerende ansvaret
- Viderefører eksisterende organisering på departementsnivå – ressurseffektivt
- Styrket operativ gjennomføring av tiltak forankret i helsesektoren, der flest tiltak ligger
- Styrket tverrsektoriell organisering gjennom oppretting av ny samarbeidsstruktur på direktoratsnivå
- Styrke forankringen av rusforebygging som del av det brede og tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Negative virkninger

- Helseperspektivet kan bli mer fremtredende enn bredere miljørettede forebyggingsstrategier
- Mulig mer krevende å forplikte øvrige sektorer enn i øvrige modellforslag
- Mulig svakere tverrsektorielt perspektiv og strategisk samordning enn øvrige modellforslag
- Ressurskrevende å opprette ny samhandlingsstruktur

Prinsipielle spørsmål

- Kan modellen i størst grad fremheve helseperspektivet mer enn andre sektorperspektiver i det rusforebyggende arbeidet, og er det ønskelig?
- Er det hensiktsmessig og nyttig med flere samarbeidsstrukturer på direktoratsnivå?

Forutsetninger for vellykket gjennomføring

- Utvidelse av Helsedirektoratets ansvar for å koordinere og samordne nasjonal innsats i det rusforebyggende arbeidet
- Etablering eller utvidelse av samarbeidsstrukturer/direktoratssamarbeid til å ivareta tverrsektoriell koordinering på rusfeltet. Samarbeidsstrukturene vil kunne baseres på samme modell og organisering som tilsvarende direktoratssamarbeid, eks. om tilbakeføringsarbeid fra fengsel til samfunn (se også vedlegg 1 om etablerte samhandlingsstrukturer)
- Ressurser må avsettes i Helsedirektoratet, eventuelt i medvirkende direktorater, til å ivareta en koordinerende sekretariatsfunksjon for samarbeidet. Det antas at denne funksjonen kan knyttet til eksisterende miljøer og funksjoner i Helsedirektoratet. Ressursomfang vil avhenge av hvilke initiativer som prioriteres gjennomført, og innretningen på disse.
- Forankring i og deltakelser fra relevante direktorater, samt gjennomføring av felles innsats. Ressursbehov vil avhenge av hvilke initiativer som prioriteres og innretningen på disse.

Drøfting / Modellens egnetthet og vurdering opp mot måloppnåelse

Modellen vil ha en sterk operativ gjennomføringsevne der hovedansvaret for koordinering er forankret i én sektor. Samtidig kan modellen derfor få en slagside mot helse og i mindre grad fremme tverrsektoriell samordning, dersom ikke koordinering og involvering ivaretas tilstrekkelig.

Tabell 4. Vurdering av modell 1 – «Null pluss»-alternativet - Helsesektoren med utvidet koordinerende ansvar.

Kriterium	Vurdering av denne modellen

Grad av tverrsektoriell organisering	Svak: Etatsvis organisering med koordinerende tverrsektoriell direktoratsgruppe
Evne til å tilrettelegge for omforent forståelse og økt kunnskap	Middels: Noe styrket sammenliknet med i dag grunnet tettere samhandling på direktoratsnivå
Evne til å styrke tverrsektoriell strategisk samordning	Middels: Noe sterkere enn dagens situasjon, men forankret først og fremst i helsesektoren
Evne til å styrke operativ gjennomføring	Sterk: Styrket samarbeid på direktoratsnivå. Nyttiggjør eksisterende strukturer i etatene for operativ gjennomføring.
Evne til å understøtte lokal gjennomføring i kommunene	Middels: Som i dag, liten ytterligere understøttende funksjon
Nyttiggjøring av eksisterende strukturer	Middels/sterk: Tar utgangspunkt i nåværende organisering. Krever ny koordinerende struktur mellom direktoratene.

Modell 2: Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge **[1]** som koordinator og samordner

Beskrivelse av hovedprinsipper i modellen

Denne modellen foreslår å bruke kommende[2] «Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge» som utgangspunkt og struktur for å koordinere tiltak og initiativer i det rusforebyggende arbeidet på tvers av sektorer.

Helsedirektoratet fikk i 2023 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å nedsette en faggruppe som skulle lage et utkast til program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. I tildelingsbrev for 2024 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å tilrettelegge for at Nasjonalt program for rusmiddelforebyggende arbeid blant barn og unge kan iverksettes nasjonalt, regionalt og lokalt. Faggruppens rapport[3] viser at kunnskapen om hvilke tiltak som faktisk har effekt, fortsatt er mangelfull. Det er derfor lagt opp til at programmet i sin første fase vektlegger styrking av kunnskapsgrunnlag, og å utvikle en tiltaksportefølje av effektive tiltak for rusforebygging blant barn og unge blant annet basert på kunnskapsgrunnlaget. Porteføljen foreslås å videreutvikles gjennom utprøving av tiltak som evalueres og over tid utvider og styrker kunnskapsgrunnlaget om kunnskapsbasert praksis. Det foreslås å etablere styringsgruppe forankret på nasjonalt nivå, og en prosjektgruppe/arbeidsgruppe forankret i ett eller flere egnede kunnskapsmiljø for den løpende driften av programmet.

Arbeidet med programmet er foreløpig forankret i helsesektoren gjennom oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet. I videreutvikling av programmet bør tverrsektoriell forankring ivaretas, for at programmet effektivt skal kunne koordinere og samordne en tverrsektoriell portefølje av rusforebyggende tiltak. Dette kan innebære sammensetning av et tverrsektorielt programstyre som kan sette overordnede mål og retning for programmet, prioritere innsats og initiativer opp mot målbilde, og forankre innsats og ressursbehov inn mot egen etat. Det foreslås å etablere en bred tverrsektoriell referansegruppe som kan gi innspill til prioriteringer, innretning av tiltak og bistå i forankring av innsats på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Organisering, ansvar og roller

Samordning og koordinering gjennom programorganisering

Modellen tar utgangspunkt i at «Nasjonalt program for rusmiddelforebyggende arbeid blant barn og unge»

ivaretar koordinerende og samordner ansvar for prioriterte initiativer og tiltak på tvers av sektorer, i henhold til et fastsatt programmandat. Mandatet fastsettes av etatene i fellesskap gjennom et programstyre. Departementene må beslutte hvilke etater som skal delta.

Overordnet tverrsektoriell styring i tverrsektorielt programstyre

Programmet bør rapportere til et tverrsektorielt sammensatt programstyre med representasjon fra relevante statlige etater, som fastsetter mandat for programmet og prioriterer mål og tiltaksportefølje på vegne av etatene.

Operativ gjennomføring

Den operative innsatsen vil først og fremst skje lokalt, og modellen må kunne ivareta lokal understøtting. Gjennomføring av initiativer og tiltak på nasjonalt nivå vil kunne skje som oppdrag i linjeorganisasjonene, som oppgaver i programmets arbeidsgruppe/arbeidsgrupper, som egne delprosjekter eller som en kombinasjon av disse.

Forankring og involvering

Det bør etableres en bred tverrsektoriell referansegruppe med nærmere beskrevet mandat, som kan gi innspill til prioritering og retning, innretning av tiltak og bistå i forankring av innsats på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Barn og unge må være representert i en slik referansegruppe.

Eksempler på andre relevante deltakere kan være Korus, Statsforvalter, kommuner, SLT-koordinator, organisasjoner på rusfeltet, barne- og ungdomsorganisasjoner og brukerrepresentanter.

Positive virkninger

- Sterkere kunnskapsutvikling og kunnskapsbasert arbeid innen rusforebygging
- Kunnskap og tiltak utvikles og forankres tverrsektorielt
- Ivaretar både strategisk tverrsektoriell styring og operativ gjennomføringsevne nasjonalt og lokalt
- Programstyre med avgrenset mandat om rusforebygging vil fremme operativ gjennomføringsevne
- Mandat og ansvar kan utvikles og bestemmes i fellesskap mellom relevante aktører med utgangspunkt i behov og utfordringsbilde eller utvides til å favne flere målgrupper på rusfeltet. Strukturert tilnærming til koordinering av parallelle initiativer og til forankring av tiltak, innsats og kunnskap
- Bygger på programstyring som metodikk, velprøvet tilnærming til koordinering og samordning av initiativer i miljøer med kompleksitet og usikkerhet

Negative virkninger

- Krever etablering av ny struktur/programoverbygning - kan ta tid før bedre samordning oppnås
- Behov for aktiv deltakelse fra etatene i programstyre og operativ programgjennomføring kan medføre økt ressursbehov
- Kan medføre at rusforebygging ses mer isolert som innsatsområde og mindre som del av det brede folkehelsearbeidet og generelt forebyggende arbeid på oppvekstfeltet
- Det at programmet er utviklet i en gitt kontekst, kan gjøre det krevende å involvere og forankre programmet i etater som ikke allerede har vært en del av utviklingen

Prinsipielle spørsmål

- Er det hensiktsmessig å etablere en ny struktur nasjonalt for rusforebygging?
- Kan forankring i nasjonalt program være en barriere for å se rusforebygging som en integrert del av det brede folkehelsearbeidet?

Forutsetninger for vellykket gjennomføring

- Utvidelse av mandat for nasjonalt program til å ivareta et bredere tverrsektorielt perspektiv, en bredere innsatsportefølje med tverrsektoriell forankring og involvering
- Forankring av programmandat hos HOD og i de enkelte deltakende etater
- Etablering av et tverrsektorielt programstyre for nasjonalt program, med lederforankring i og deltakelse på ledernivå fra relevante etater
- Etablering av en koordinerende programfunksjon og operativ programledelse som sekretariat for programstyret, med ansvar for operativ koordinering av innsatser og tiltak i henhold til programstyrets prioritering
- Etablering av en nasjonal referansegruppe for innspill og medvirkning til programmet, med representativ sammensetning for feltet
- Oppdragsfinansiering av programmets koordinerings- og sekretariatsfunksjon gjennom oppdrag fra Helse- omsorgsdepartementet
- Deltakelse og ressursbehov fra de enkelte etater vil avhenge av hvilke initiativer som prioriteres gjennomført, behov og innretningen på disse.
- Finansiering av etatenes deltakelse og bidrag i programmet og de enkelte initiativene under programmet over etatenes egne budsjetter
- Finansiering av medvirkning fra statlige/regionale kompetanse- og forskningsmiljøer for å planlegge, gjennomføre og følge opp effektevaluering av innsats og tiltak
- Tilskuddsfinansiering som tilrettelegger for og motiverer til lokal medvirkning og gjennomføring av tiltak og innsats på lokalt nivå

Drøfting / Modellens egnethet og vurdering opp mot måloppnåelse

Modellen vurderes til i stor grad å kunne fremme samordning av den tverrsektorielle rusforebyggende innsatsen, særlig nasjonalt. Mandat og ansvar kan utvikles og bestemmes i fellesskap mellom relevante aktører med utgangspunkt i behov og utfordringsbilde. Potensiell effekt for samordning kan ta noe tid å oppnå ettersom programmet er under etablering. Programorganisering i henhold til etablerte prinsipper for programstyring vil kunne utgjøre en velprøvet tilnærming til koordinering og samordning av initiativer i miljøer med kompleksitet og usikkerhet. Programorganisering vil kunne bidra til helhetlig styring, tydelig strategisk retning og prioritering, mer effektiv og koordinert ressursutnyttelse på tvers av etater, styrket kommunikasjon og samarbeid, bedre kontroll og oppfølging av innsats, og gjennom det en styrking av den samlede innsatsen på feltet.

Med vekt på utvikling av kunnskapsgrunnlag og kunnskapsbasert evaluering av virksomme tiltak vil denne modellen kunne egne seg godt til å fremme omforent forståelse og økt kunnskap mellom sektorer og aktører. Tverrsektorielt programstyre og programorganisering på tvers av sektorer og etater vil kunne styrke tverrsektoriell koordinering og gjennomføring. Programorganisering kan i seg selv være egnet mekanisme for å koordinere og styre parallelle initiativer med mange interessenter, i komplekse miljøer under usikkerhet.

Tabell 5. Vurdering av modell 2 - Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge som koordinator og samordner.

Kriterium	Vurdering av denne modellen
Grad av tverrsektoriell organisering	Middels: Tverrsektoriell programorganisering med tverrsektorielt programstyre, og referansegruppe.
Evne til å tilrettelegge for omforent forståelse og økt kunnskap	Sterk: Sterkt fokus på kunnskapsutvikling og kunnskapsbasert tiltaksutvikling

Evne til å styrke tverrsektoriell strategisk samordning	Middels: Strategisk samordning ivaretas gjennom etablering av tverrsektorielt programstyre. Sterkest på samordning mellom etatene representert i programstyret og på nasjonalt nivå.
Evne til å styrke operativ gjennomføring	Sterk: Fleksibel tilnærming: Operativ gjennomføring kan ivaretas i programmet, i linjeorganisasjonene eller som egne deloppdrag/delprosjekter
Evne til å understøtte lokal gjennomføring i kommunene	Sterk: Vil fremme kunnskapsbasert praksis gjennom tiltaks- og kunnskapsutvikling
Nyttiggjøring av eksisterende strukturer	Middels: Programmet er under etablering.

Modell 3: Utvidet koordinerende rolle for kjernegruppa for utsatte barn og unge (KUBU) og etatssamarbeidet

Beskrivelse av hovedprinsipper i modellen

Denne modellen foreslår at kjernegruppen for utsatte barn og unge (KUBU) på departementsnivå samordner nasjonal innsats og gir felles oppdrag om rusforebygging blant barn og unge til etatssamarbeidet som skal støtte opp under departementenes kjernegruppe. Etatssamarbeidet får delegert ansvar til å opprette en operativ styringsgruppe eller et porteføljestyre, med utvidet beslutningsmyndighet og ansvar for operativ oppfølging av rusforebygging blant barn og unge på nasjonalt nivå. Selve arbeidet med gjennomføring av oppdrag skjer i linjene, og relevante etater kobles på arbeidet etter behov, men arbeidsgruppene rapporterer til en tverrsektoriell styringsgruppe i etatssamarbeidet, som rapporterer og leverer til KUBU.

Organisering, ansvar og roller

Kjernegrupper er en ny metode i departementene og er opprettet på områder med et komplekst utfordringsbilde der effektiv, brukervennlig og forsvarlig utvikling og gjennomføring av politikk forutsetter høy grad av samordning. Kjernegruppen for utsatte barn og unge (KUBU) ble opprettet i 2021/2022 og er en forholdsvis ny struktur bestående av sju departementer.

I forlengelsen av KUBU er det etablert et etatssamarbeid bestående av 13 direktorater/etater som skal støtte opp under KUBU. Etatssamarbeidet ledes av Bufdir og er en samhandlingsstruktur som skal jobbe med nye arbeidsformer for å løse tverrsektorielle samarbeidsutfordringer, og arbeide mer systematisk med innovasjon i forvaltningen på etatsnivå. Samarbeidet i etatsgruppen er avgrenset til arbeid med barn og unge der samordning på tvers av flere direktorater er avgjørende for å oppnå ønsket resultat.

I modell 3 foreslås det at nasjonale styrings- og koordineringsansvaret for rusmiddelforebyggende arbeid blant barn og unge flyttes fra Helse- og omsorgsdepartementet til KUBU på departementsnivå, og fra Helsedirektoratet til etatssamarbeidet på etatsnivå. I praksis betyr det at KUBU sender felles styringssignaler og oppdrag knyttet til rusmiddelforebygging blant barn og unge til etatssamarbeidet, og at etatssamarbeidet får ansvar for å iverksette og følge opp styringssignalene ved å koble sammen relevante etater og etablere tverrsektorielle arbeidsgrupper.

Slik etatssamarbeidet er organisert i dag, følger det opp initiativ og oppdrag fra departementenes kjernegruppe. Etatene kan også på eget initiativ samarbeide om utvikling og samordning av innsatser og

tjenester, uavhengig av oppdrag fra kjernegruppen. Etatssamarbeidet vurderer fra sak til sak hvilket direktorat som bør ha koordinerings- og gjennomføringsansvaret for oppdrag og initiativer, og representanter som deltar i arbeidet på de ulike nivåene må sørge for tilstrekkelige avklaringer i sin linje i direktoratene, og overfor sitt departement. Per i dag ligger ansvaret for koordinering, gjennomføring og oppfølging av oppdrag i de ordinære linjestrukturane i etatene som deltar, ikke til etatssamarbeidet. Etatssamarbeidets er ikke en beslutningsstruktur, men en samordningsstruktur. Modell 3 vil innebære en utvidelse av KUBUs og etatssamarbeidets mandat fra å være en samordningsstruktur til å bli en beslutningsstruktur.

Etatssamarbeidet er en kompleks struktur bestående av 13 etater, med varierende aksjer i og relevans for rusmiddelforebygging blant barn og unge. Det vil i gjennomføring av denne modellen fortsatt være behov for at etatssamarbeidet delegerer ansvar for koordinering og operativ gjennomføring av oppdrag og initiativer til de mest relevante etatene, ved å etablere tverrsektorielle arbeidsgrupper eller lignende strukturer. For å realisere modellen, er det derfor behov for å plassere beslutningsmyndighet i en funksjon i etatssamarbeidet som kan delegere og beslutte. Det kan være aktuelt å legge denne funksjonen til en av de allerede etablerte strategiske lederstrukturer i etatssamarbeidet. Eventuelt kan det vurderes å opprette en egen tverrsektoriell styringsgruppe eller et porteføljestyre som får delegert oppfølgings- og beslutningsmyndighet for oppdrag og initiativer knyttet til rusforebygging blant barn og unge.

Til forskjell fra «null pluss»-alternativet, innebærer denne modellen at det strategiske styringsansvaret og eierskapet til oppdragene vil bli lagt til KUBU og etatssamarbeidet, ikke til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Modellen utfordrer dermed linjestrukturane i statlig styring, og rusmiddelforebygging blant barn og unge blir et tverrsektorielt ansvar fremfor et sektoransvar.

Gjennomføring av modellen betyr en oppskalering av etatssamarbeidet med nye oppgaver og funksjoner, og forutsetter at etatene gir flere ressurser inn i etatssamarbeidet enn i dag.

Positive virkninger

- Mer koordinert styring på rusfeltet gjennom felles styringssignaler
- Mer omforent forståelse og kunnskap
- Bygger på eksisterende strukturer som er under etablering
- Benytter allerede eksisterende strukturer for å fremme samordning
- Bred tverrsektoriell forankring av oppdrag og innsatser, som vil kunne forplante seg ned på lokalt nivå
- Kan styrke helhetlig tilnærming til rusforebygging ved å se rusforebygging i sammenheng med forebygging på andre områder (psykisk helse, kriminalitetsforebygging) og generell innsats for å fremme gode oppvekstvilkår.

Negative virkninger

- Mulig svak operativ gjennomføringsevne grunnet mange deltakende aktører (7 departementer og 13 direktorater), med ulike aksjer og mandat inn i det rusforebyggende arbeidet
- Mer byråkrati og kan innebære mindre effektiv ressursutnyttelse på feltet fordi KUBU- og etatssamarbeidsstrukturen er stor, komplisert og på siden av de ordinære linjestrukturane.
- Mindre effektiv bruk av ressurser ved at etater med liten/ingen relevans for rusforebygging involveres
- Belastning på etatssamarbeidet: KUBU og etatssamarbeidet er forholdsvis nye strukturer som fortsatt er i en utprøvningsfase der det jobbes med å finne formen på hva det skal være og hvordan etatene kan utvikle nye former for samordning og samarbeid. Et utvidet styringsansvar- og beslutningsansvar til strukturen går utover dagens mandat og vil legge føringer på strukturenes arbeidsmåter som kan hundre at etatssamarbeidet får anledning til å jobbe med å utvikle strukturen og nye innovative metoder for samhandling

- Usikkert om modellen vil fremme understøtting lokalt.
- Kan undergrave eller utfordre de ordinære linjestrukturane, noe som kan bidra til ansvarsforvitring, svak styring og svak gjennomføring
- Kan medføre at rusmiddelforebygging blant barn og unge fjernes fra og sees mindre i sammenheng med fagmiljøer på det generelle folkehelsearbeidet og rusmiddelforebygging rettet mot voksne.

Prinsipielle spørsmål

- Kan styrket/bredere forankring og innsats nasjonalt gå på bekostning av understøtting lokalt?
- Kan det å gi KUBU og etatssamarbeidet en utvidet funksjon som styringsorgan gå på bekostning av formålet med KUBU som en koordinerende og samhandlende struktur (ikke styringsstruktur)?

Forutsetninger for vellykket gjennomføring

- Utvidet mandat for etatssamarbeidet til å ivareta operativ styring og oppfølging av innsatsområder på rusfeltet
- Endring av styringslinjer på departementsnivå slik at KUBU får en styringslinje og beslutningsfunksjon inn mot etatssamarbeidet, som går på bekostning av linjestrukturane
- Etablering av en operativ styringsgruppe eller porteføljestyrefunksjon med deltakelse fra etatene og ansvar for operativ oppfølging
- Etablering av eller utvidelse av dagens koordinerende sekretariatsfunksjon i etatssamarbeidet, for å ivareta operativ koordinering av innsatser og tiltak i henhold til prioriteter
- Gjennomføring av etatenes bidrag og innsats i etatenes eksisterende linjer og organisering, med finansiering over etatenes egne budsjetter

Drøfting / Modellens egnethet og vurdering opp mot måloppnåelse

På lang sikt vurderes denne modellen å kunne ha potensiale for måloppnåelse for strategisk tverrsektoriell samordning, felles forståelse og økt kunnskap på nasjonalt nivå. Per i dag har imidlertid ikke KUBU og etatssamarbeidet en styringslinje eller en beslutningsstruktur som muliggjør en vellykket realisering av denne modellen. Modellen forutsetter en endring av mandatet til KUBU og etatssamarbeidet, fra en samordnings- og koordineringsstruktur til en beslutningsstruktur, og vil dermed ta samarbeidet i en annen retning enn hva man har tenkt i dag. Det har ikke innenfor rammene av dette oppdraget vært mulig å gjøre tilstrekkelige vurderinger av om departementene eller etatene ønsker dette, eller om det er gjennomførbart i praksis. KUBU og etatssamarbeidet er forholdsvis nye strukturer og fortsatt i en utprøvningsfase der det jobbes med å finne formen på samarbeidet. Det er for prematurt å legge føringer og nye oppgaver på strukturen før den har satt seg og er moden til å håndtere dette, om det i det hele tatt er ønskelig at strukturen skal ha den funksjonen.

I tillegg ligger det en forventning fra KUBU til etatssamarbeidet om at det skal bidra til nytenkning og innovasjon. For sterke føringer på strukturen som styrings- og beslutningsstruktur vil være hemmende for dette formålet. Utvidet mandat og nye oppgaver til KUBU-strukturen på et temaområde, her rusforebygging, vil i tillegg åpne spørsmål om det samme på andre temaområder, som kriminalitet og psykisk helse. KUBU- og etatssamarbeidsstrukturen er per i dag ikke rigget for å ta over faglig styring på store deler av barn og unge-feltet. På lang sikt kan det tenkes at en slik modell kan være mulig i en eller annen form, men det forutsetter en annen styringsstruktur enn i dag. Det vurderes også at denne modellen i mindre grad vil fremme operativ gjennomføringsevne både statlig og kommunalt enn modell 1 og 2. Denne modellen anbefales ikke da forutsetningene for en vellykket realisering av den ikke er på plass.

Tabell 6. Vurdering av modell 3 - Utvidet koordinerende rolle for kjernegruppa for utsatte barn og unge (KUBU) og etatssamarbeidet.

Kriterium	Vurdering av denne modellen

Grad av tverrsektoriell organisering	Sterk: Høy grad av tverrsektoriell organisering med bred deltakelse og forankring i tverrsektoriell kjernegruppe på departementsnivå
Evne til å tilrettelegge for omforent forståelse og økt kunnskap	Sterk. Har som mål å bidra til nytenkning og innovasjon på tvers av etater.
Evne til å styrke tverrsektoriell strategisk samordning	Svak: Strukturen har per i dag ikke de nødvendige forutsetningene på plass for å styrke den strategiske samordningen på rusfeltet da den primært er en samhandlingsstruktur, ikke en beslutningsstruktur.
Evne til å styrke operativ gjennomføring	Svak. Er primært en samhandlingsstruktur og ikke en struktur for operativ gjennomføring.
Evne til å understøtte lokal gjennomføring i kommunene	Middels: Vil kunne forholde seg til ulike innretninger av lokal innsats i kommunene. Utøves gjennom de enkelte etatenes linjer og ansvar.
Nyttiggjøring av eksisterende strukturer	Svak: Modellen forutsetter en endring av mandatet til KUBU og etatssamarbeidet og vil dermed gå på tvers av dagens struktur fremfor å bygge videre på eksisterende strukturer.

Oppsummering av modellforslag

Alle de beskrevne modellene har styrker og svakheter sett opp mot vurderingskriteriene som er lagt til grunn.

Modell 1 der helsesektoren tar et utvidet koordinerende ansvar bygger i stor grad på eksisterende strukturer og kapasitet til operativ gjennomføring, men fordrer videreutvikling av samarbeidsstrukturer mellom direktoratene for å styrke det tverrsektorielle perspektivet. Modell 2 som tar utgangspunkt i Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge bruker programorganisering og -styring som mekanisme for å ivareta operativ gjennomføring, men vil forutsette en utvidelse av mandat og etablering av et tverrsektorielt programstyre for å tilrettelegge for strategisk samordning på tverrsektorielt nivå. Modell 3 som vektlegger organisering rundt kjernegruppe og etatssamarbeid for utsatte barn og unge vil kunne legge til rette for omforent forståelse og økt kunnskap på tvers av sektorer, og til en viss grad til tverrsektoriell samordning, men det fordrer at KUBU og etatssamarbeidet går fra å være en samhandlingsstruktur til å få styrings- og beslutningsmyndighet slik at de kan ta en sterkere rolle i operativ gjennomføring. Forutsetningene for det er ikke til stede i dag. Modellen 3 vil i tillegg gå på bekostning av intensjonen med KUBU- og etatssamarbeidsstrukturene, og det er ikke gjort tilstrekkelige vurderinger av om det er ønskelig eller gjennomførbart i praksis. Modell 3 har derfor lav måloppnåelse på flere av parameterne.

Samlet utpeker ikke én modell seg tydelig som det beste alternativet, men modell 3 vurderes som vanskelig å gjennomføre. Det gis ut over disse vurderingene ingen anbefaling i denne rapporten om hvilken modell som bør følges opp. I den videre oppfølgingen bør det gjøres en nærmere vurdering av hva som vil være mest hensiktsmessig, blant annet ut fra forskjellene som utpeker seg mellom modellene.

[1] Faggruppas forslag til program er publisert på Helsedirektoratets nettsider: [Forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/forslag-til-nasjonalt-program-for-rusforebyggende-arbeid-blant-barn-og-unge)

[2] Jf. Hdirs oppdrag om tilrådning om iverksetting av programmet i tildelingsbrev for 2024 (TB2024-08).

[3] [Forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/forslag-til-nasjonalt-program-for-rusforebyggende-arbeid-blant-barn-og-unge)

Lokal organisering

Kommunenes selvråderett innebærer at de kan organisere det rusforebyggende arbeidet utfra lokale forhold. Den viktigste rusforebyggende innsatsen lokalt skjer gjennom å legge til rette for et helsefremmende lokalsamfunn med trygge oppvekstvilkår, god psykisk helse og mestring, inkluderende arbeidsliv og lokalsamfunn og utjevning av sosiale helseforskjeller, jf. Folkehelsemeldinga (2022-2023). Russpesifikk forebygging supplerer og understøtter denne innsatsen. Beskrivelsene i dette kapittelet må ses i sammenheng med tiltaksforslagene i kapittel 5.

Tverrsektorielt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv

For å lykkes best mulig i det rusmiddelforebyggende arbeidet lokalt bør arbeidet være forankret strategisk i kommunen, ta utgangspunkt i ansvar og virkemidler, lokale utfordringer og ressurser, være kunnskapsbasert og skje tverrsektorielt. Ressurser lokalt må synliggjøres, slik at kommunens tjenester vet hvor de kan henvende seg ved behov for råd og veiledning om rusmidler og om forebyggende tiltak. Det er hensiktsmessig at kommunenes forebyggende arbeid innen oppvekstområdet er mest mulig samlet, helhetlig og tverrsektorielt, og at arbeidet med rusforebygging er en integrert del av kommunens folkehelsearbeid[1]. Etter folkehelseloven skal kommunen ha et oversiktsdokument over lokale folkehelseutfordringer. Her bør rusmidler omtales der det er relevant.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommende *Program forebygging*, som skal bidra til økt oppmerksomhet rundt forebyggingsansvaret til kommunen og NAV-kontoret, er viktig at finner sin plass blant eksisterende arbeid, og sørges for god samordning og koordinering av nasjonale satsinger for forebygging overfor kommunene. Tiltak som iverksettes som en del av dette programmet bør kunne bidra inn i andre satsinger der dette er hensiktsmessig, for å styrke det tverrsektorielle samarbeidet nasjonalt og lokalt.

Det er viktig at kommunen har en god praksis for utarbeiding og samordning av planer for å forankre og utvikle et godt tverrsektorielt tilbud i den enkelte kommune.

Eksempler på relevante planer:

- *Alkoholpolitisk handlingsplan* er lovpålagt, jf. alkoholloven § 1-7d (se [merknader](#)[2] til loven fra Helsedirektoratet).
- *Rusmiddelpolitisk handlingsplan* (se også tiltaksforslag om dette)
- Oppvekstplan
- Kommunestyret skal vedta en *forebyggende plan* for hvordan arbeidet etter barnevernsloven § 15-1 skal organiseres. Kommuner har etterspurt veiledning om innhold og handlingsrommet i sitt ansvar for å forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer etter barnevernsloven § 15-1, samt om kravet om plan for dette arbeidet. KUBU har derfor gitt et oppdrag til etatssamarbeidet om å utarbeide veiledning om kommunens forebyggende ansvar innen oppvekstområdet.
- *Planbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven* § 3-1
- *Plan- og bygningsloven § 3-1f* der hensynet til å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet, er omtalt.
- *Rus- og kriminalitetsforebyggende plan (SLT)*

For at planene skal etterleves i praksis er det viktig at arbeidet er forankret både i kommunens politiske og administrative ledelse og at ansvarsfordelingen er tydelig.

Vi viser også til prosessen med utvikling og implementering av Nasjonalt rusforebyggende arbeid blant barn og unge, og forslag til plan for tiltaks- og kunnskapsutvikling i den forbindelse (tidligere beskrevet i denne rapporten), med formål om å styrke kunnskapsbasert praksis i kommunene.

Mulige måter å organisere koordinering lokalt

Vi skisserer i det følgende noen ulike måter arbeidet kan organiseres tverrsektorielt i kommunene. Alle de foreslåtte modellene på statlig nivå skal understøtte kommunenes rusforebyggende arbeid uavhengig av hvordan det rusmiddelforebyggende arbeidet er organisert lokalt.

Som beskrevet i vedlegg 1 er det allerede etablert og tilgjengelig en rekke relevante samhandlingsstrukturer og måter å organisere arbeidet på lokalt. Det vurderes derfor ikke at det først og fremst er nye strukturer som trengs lokalt, men at en styrking og bedre understøtting av allerede eksisterende strukturer vil kunne gi det rusforebyggende arbeidet og det tverrsektorielle samarbeidet et løft. Dette omfatter også å videreføre Korus-ene som viktige samarbeidspartnere og understøttere regionalt av kompetanse og kunnskap, slik at det forebyggende arbeidet i kommuner og fylkeskommuner er kunnskapsbasert.

- *Arbeidet koordineres gjennom SLT-modellen eller tilsvarende samarbeidsstruktur:* Flere kommuner har valgt å ta SLT-modellen i bruk i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet blant barn og unge. Der denne modellen er på plass, kan det være hensiktsmessig å legge det koordinerende ansvaret til SLT-koordinator. Modellen som er en strukturert samarbeidsmodell mellom kommune og politi, hvor også frivillig sektor og næringslivet inviteres inn, skal sikre at allerede eksisterende ressurser finner hverandre og utnyttes best mulig. En koordinator skal sørge for informasjonsflyt mellom modellens tre nivåer, fra utførernivå til toppledelsen.
- *Arbeidet koordineres av folkehelsekoordinator:* I henhold til folkehelseloven skal kommunenes folkehelsearbeid være systematisk og inkludere rusforebygging der det er relevant (se veileder for systematisk folkehelsearbeid utgitt av Helsedirektoratet[3]). En del kommuner har ansatt en folkehelsekoordinator som koordinerer folkehelsearbeidet i kommunen. Gjennom å få oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse skal folkehelseutfordringer og ressurser identifiseres, blant annet om rusmidler. Disse skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven. For å fatte gode beslutninger og utforme tiltak er det viktig at hensyn til folkehelsen og påvirkningsfaktorer vurderes. Det kan være hensiktsmessig at det rusforebyggende arbeidet koordineres av folkehelsekoordinator, for å se arbeidet i sammenheng med folkehelsearbeidet for øvrig.
- *Informasjon og veiledning gjennom rådgivende enheter for russaker som kontaktpunkt:* Jf. tiltaksforslag i delkapittel 5.4.3.

Samarbeidsplikt i kommunene

Som beskrevet over (bl.a. kap. 3.3) har velferdstjenestene plikt til å samarbeide på systemnivå og i enkeltsaker. Plikten til å samarbeide på systemnivå ligger til de enkelte velferdstjenestene, men tjenesteeier (kommuner, fylkeskommuner, statlige og private aktører) har det overordnede ansvaret for oppfyllelse av plikten, jf. veileder til samarbeidsbestemmelsene[4]. Det er også en plikt for kommunen til å samordne tjenestetilbudet til den enkelte tjenestemottaker, når tjenestene har plikt til å samarbeide på individnivå.

Medvirkning i det rusforebyggende arbeidet

Medvirkning er et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet og understøtter kravet til medvirkning etter plan- og bygningsloven, jf. pbl. § 5-1[5]. Også i arbeidet med rusforebygging er medvirkning viktig, både fra befolkningen generelt, og fra barn og unge spesielt, der arbeidet angår barn og unge. Medvirkning fra unge bidrar til et bedre kunnskapsgrunnlag i det rusforebyggende arbeidet og bør være en del v den kunnskapsbaserte praksisen. Alle kommuner er pålagt å ha et fast medvirkningsorgan på systemnivå for unge på gjennom kommuneloven. I de fleste kommuner er dette organisert som ungdomsråd. Ungdomsrådet kan benyttes i arbeidet med rusforebygging på kommunalt nivå, for eksempel i utvikling av kommunale planer, gjennomføring av tiltak, og i oppfølging av Ungdataundersøkelser.

Medvirkning er også relevant for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet, ettersom det bidrar til å fremme opplevelse av myndiggjøring, tillit og tilhørighet hos de som medvirker[6]. Medvirkning kan derfor være helsefremmende i seg selv.

Det er utgitt flere verktøy for å fremme god medvirkning, for eksempel:

- [Systematisk folkehelsearbeid](#)[7]: Veileder til folkehelseloven utgitt av Helsedirektoratet.
- [Prinsipper og råd: Barn og unges medvirkning på systemnivå \(bufdir.no\)](#)[8]: Veileder om barns rett til medvirkning, ulike tilnærminger og prinsipper for gode medvirkningsprosesser på systemnivå og sjekkliste for hvordan man kan ivareta disse prinsippene utgitt av Bufdir.
- [Ungdomsråd – en rettleiar \(bufdir.no\)](#)[9]: Veileder om hvordan kommunen kan jobbe med ungdomsråd
- [Medvirkningshåndboka \(barneombudet.no\)](#)[10]: Metoder for å involvere barn og unge i viktige saker fra Barneombudet.
- [Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen](#)[11]: Nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet. Omtaler blant annet hvordan kommunene kan sikre systematisk medvirkning fra barn og unge i lokalt folkehelsearbeid rettet mot psykisk helse og livskvalitet, bl.a.
- [Medvirkning i planlegging. Tilrettelegging for deltakelse \(regjeringen.no\)](#)[12]: Veileder for å formidle prinsipper og gode eksempler på medvirkning i planprosessene etter plan- og bygningsloven fra Kommunal- og distriktsdepartementet.

[1] Vi viser også til notatet Korus-Midt utarbeidet i 2018 om [lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv](#) på oppdrag fra Helsedirektoratet: [Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv \(PDF\)](#)

[2] [§ 1-7d. Kommunal alkoholpolitisk handlingsplan \(helsedirektoratet.no\)](#)

[3] [Systematisk folkehelsearbeid \(helsedirektoratet.no\)](#)

[4] [Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet: Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier \(helsedirektoratet.no\)](#)

[5] [Folkehelse - regjeringen.no](#):
https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/plan_bygningsloven/planlegging/fagtema/folkehelse

[6] Jf. Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen utgitt av Helsedirektoratet.

[7] [Systematisk folkehelsearbeid \(helsedirektoratet.no\)](#)

[8] https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/barn_og_unge_medvirkning_veileder/

[9] <https://www.bufdir.no/fagstotte/produkter/ungdomsrad/>

[10] <https://www.barneombudet.no/om-barneombudet/barns-medvirkning>

[11] [Kommunen bør sikre systematisk medvirkning fra barn og unge \(helsedirektoratet.no\)](#)

[12] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Medvirkning-i-planlegging/id764244/>

Vedlegg

Vedlegg 1. Etablerte samhandlingsstrukturer

Nasjonale samhandlingsstrukturer

Det nasjonale systematiske folkehelsearbeidet

Å oppnå folkehelsemålene som det er bred tverrpolitisk enighet om krever innsats rettet mot befolkningen, miljøfaktorer og ulike samfunnsforhold, på tvers av samfunnssektorer. Det nasjonale, systematiske folkehelsearbeidet handler om å legge et kunnskapsbasert grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementet arbeid med å videreutvikle folkehelsepolitikken, som fremmes som en folkehelsemelding til Stortinget hvert fjerde år.

I denne systematikken bidrar både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet med grunnlagsdokumenter og anbefalinger. Helsedirektoratet utarbeider i forkant av stortingsmeldingene en sektorrapport om status i det nasjonale folkehelsearbeidet, Sektorrapport om folkehelse[1] (tidligere Folkehelsepolitisk rapport[2]). Rapporten utarbeides i samarbeid med en rekke sektorer, og beskriver utviklingen på områder utenfor helsesektoren som er relevant for folkehelsen. Folkehelseinstituttet (FHI) utarbeider blant annet Folkehelse rapporten med kunnskap og statistikk om helsetilstanden i Norge, samt enkelte påvirkningsfaktorer.

Tverrsektorielt samarbeid for utsatte barn og unge (KUBU og etatssamarbeidet)

Barn som trenger hjelp fra flere instanser, får ikke alltid et tilbud som dekker deres behov. Staten har derfor satt i gang et samarbeid som foregår på tvers av ulike instanser, både på departementsnivå og direktorats-/etatsnivå. Samarbeidet skal bidra til å samordne statens innsatser overfor kommuner og statlige tjenester. Dette skal tilrettelegge for et bedre koordinert og samordnet tjenestetilbud til alle barn, unge og deres familier. Samarbeidet er en videreutvikling av 0-24-samarbeidet, og det består av en kjernegruppe på departementsnivå (KUBU), og en etatsgruppe:

- **Kjernegruppen for utsatte barn og unge (KUBU):** Kjernegrupper er en ny arbeidsform som departementene bruker på områder med et komplekst utfordringsbilde, og der høy grad av samordning er nødvendig for effektiv, brukervennlig og forsvarlig utvikling og gjennomføring av politikk. KUBU skal samordne, prioritere og tilpasse innsatser og tiltak for målgruppen. Kjernegruppen skal også bidra til bedre samhandling i departementene, samt å rydde i strukturer og innsatser og redusere omfang av overlappende veiledere og andre virkemidler. *Kjernegruppen for utsatte barn og unge* består av representanter fra Barne- og familiedepartementet (BFD), Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID), HOD (Helse- og omsorgsdepartementet), JD (Justisdepartementet), KD (Kunnskapsdepartementet), KDD (Kommunal- og distriktsdepartementet) og KUD (Kulturdepartementet).
- **Etatssamarbeidet** er en samarbeidsgruppe som består av 13 direktorater, og som skal støtte opp under departementenes kjernegruppe. Etatssamarbeidet har etablert en direktørgruppe, en tverrgående ledergruppe og et sekretariat for samarbeidet. Bufdir koordinerer arbeidet. Følgende etater deltar i samarbeidet: Barne-, ungdoms –og familiedirektoratet, Helsedirektoratet,

Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, StatPed, Konfliktrådet, Politidirektoratet, Folkehelseinstituttet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken, Kriminalitetsomsorgsdirektoratet, Utlendingsdirektoratet og Medietilsynet.

Samfunnsoppdrag for inkludering av barn og unge (ledet av Forskningsrådet)

I Meld. St. 5 (2022-2023) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023-2032, lanserte regjeringen et nytt målrettet samfunnsoppdrag for å inkludere flere barn og unge i utdanning, arbeid og samfunnsliv. Det er nedsatt en tverretattlig operativ gruppe som skal foreslå hvordan dette oppdraget bør innrettes, organiseres og gjennomføres. Gruppen ledes av Forskningsrådet, og øvrige etater som deltar er Utdanningsdirektoratet (Udir), Helsedirektoratet, Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir), Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVDir), KS, Barne-, ungdoms –og familiedirektoratet (Bufdir), Kulturtanken og Forskningsrådet. I tillegg er DOGA med i gruppen.

Samhandlingsforum for rusfri trafikk (Rusforum)

Samhandlingsforum for rusfri trafikk (Rusforum) ble etablert i 2018. Opprettelsen var en oppfølging av tiltak 20 i *Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2018-2021*. Forumet ledes av politiet, og har øvrig deltakelse fra Helsedirektoratet, Trygg Trafikk, MA – Rusfri Trafikk, Statens vegvesen, Trafikkforum, Trafikkskoleforbundet, Oslo universitetssykehus og Kriminalomsorgen. Samhandlingsforumet er opprettet med formål å være en arena for samhandling og kunnskapsformidling, samt for å diskutere status og framdrift for tiltak i tiltaksplanen for trafikksikkerhet.[3]

Fagråd for arbeid og helse

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse skal styrke myndighetenes fagrolle ved å gi kunnskapsbaserte råd på fagområdet arbeid og helse. Fagrådet skal på oppdrag fra direktoratene, på selvstendig grunnlag, gi faglige råd av høy kvalitet og generelt bidra til å styrke samhandlingen mellom helse- og arbeids/velferdstjenestene.

Tverretattlige møter om Korus

De syv regionale kompetansesentrene for rusfeltet Korus, arbeider systematisk på tvers for best å bistå kommunene med økt kunnskap, kompetanse og kvalitet innen rusmiddelforebygging, tidlig intervensjon/innsats, og behandling og oppfølging. I alle regioner er det inngått en samarbeidsavtale mellom Korus-ene, kompetansesentrene RVTS, RKBU/RBUP, NAPHA og statsforvalterne, og det utarbeides årlig regionale planer som dekker roller og samarbeidsoppgaver for å sikre god ressursutnyttelse på tvers av tilgrensende fagområder og virksomheter. Målgruppen for Korus er beslutningstakere, ledere og tjenesteutøvere i kommuner, fylkeskommuner, spesialisthelsetjenesten og relevante frivillige organisasjoner, med en hovedvekt på helse- og omsorgstjenesten, men ikke avgrenset til denne.

Tverrdepartemental gruppe – folkehelse

HOD koordinerer med deltakelse fra mange departementer.

Tverretattlig gruppe i forbindelse med Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og unge i lavinntektsfamilier (2020 – 2023)

Strategien gikk ut 2023, men regjeringen har besluttet å videreføre den ut 2024. Bufdir koordinerer oppfølgingen og leder den tverretatlige gruppen, som består av Bufdir, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Arbeids og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Husbanken og Kulturtanken.

Tverretatlige møter om Kompetansesentrene innen rus, psykisk helse og vold – NKVTS mv.

Det samarbeides med Bufdir om utvikling av årlige tilskuddsbrev, vurdering av tilskuddssøknader og rapporter, og gjennomføring av dialogmøter med sentrene når det gjelder RVTS, RKBUP/RBUP og NKVTS. I samarbeidet om NKVTS inngår også Justis- og beredskapsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet, noe som «sildrer over» i Helsedirektoratets RVTS-arbeid. Det tverrsektorielle samarbeidet har en forankring i/springer ut av at de nevnte departementer/direktorater gir tilskudd til sentrene.

Ellers er UD, UDI, IMDI og FD jevnlig på banen når det gjelder sentre på voldsfeltet, uten at dette er koordinert på beste vis (ulike finansieringsmetoder velges osv).

Tverretatlig samarbeid om Tverrfaglige team for personer med psykiske lidelser/rusproblematikk: bl.a. FACT, tidlig intervensjon

Helsedirektoratet har i forbindelse med utrulling av FACT ung hatt nært samarbeid faste møter med Bufdir. Det er også etablert samarbeid med Udir og AVDir for den videre utrulling. Kompetansesentrene har vært en viktig del i utrulling av ACT/ FACT og FACT ung. Organiseringen involverer flere kompetansesenter og NAPHA har hatt ansvar for å koordinere de involverte kompetansemiljøene. Involverte kompetansesentre er tre Regionale kunnskapssenter for barn og unge og RBUP Øst og Sør, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RKBUP/ RBUP), syv Kompetansesenter Rus (Korus), fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og statsforvalterembetene.

Tverrdirektoral gruppe tilbakeføringsarbeid fra fengsel til samfunn. Hdir, AVDir, Udir, KDI

Oppfølgingen av Riksrevisjonens rapport om tjenestetilbudet i fengslene: Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet følger sammen opp tiltakene i plan for oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av tjenestetilbudet til innsatte i fengsel (2022). Direktoratene drøfter ulike organisatoriske modeller for å styrke samarbeidet på direktoratsnivå, blant annet med utgangspunkt i modeller for andre tverrsektorielle samarbeidsfora. Det er et behov for å tydeliggjøre roller, ansvar og samarbeidsstrukturer.

Tverrdirektoral gruppe for arbeidet med opptrappingsplanen mot vold og overgrep mot barn, og vold i nære relasjoner.

Bufdir (leder gruppen), AVDir, Hdir, IMDI, KDI, POD, Udir, UDI og Sekretariatet for konfliktrådene deltar.

Tverrdirektoral samarbeid innen forebygging av selvmord. Hdir, Udir, Bufdir, AVDir, POD, KDI, Jernbanedirektoratet, Vegdirektoratet, Forsvaret og Statsforvalteren deltar.

Formålet med samarbeidet er å være et nettverk på tvers av sektorer, dele status, erfaringer, holde hverandre oppdatert, etablere felles kunnskap, få felles eierforhold til det selvmordsforebyggende arbeidet og koble hverandre på pågående arbeid. Direktoratssamarbeidet er knyttet opp mot Nasjonalt forum for forebygging av selvmord og har ett sammenfallende møte i året.

Tverrdirektoral samarbeid innen sosial boligpolitikk. Husbanken, Hdir, AVDir, Bufdir, KDI og IMDI

Formålet med samarbeidet er å ta et felles ansvar for målene i den nasjonale strategien for sosial boligpolitikk (2021-2024). Ett av målene i strategien er at barn og unge skal ha gode boforhold. Husbanken koordinerer samarbeidet.

Sentrale kontaktmøter mellom direktoratene

Det har i mange år vært jevnlig kontaktmøter bilateralt på ledernivå mellom Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) og Helsedirektoratet om oppfølging av helsetjenester i fengslene. Tilsvarende kontaktmøter finnes mellom KDI og Arbeids- og velferdsdirektoratet og KDI og Utdanningsdirektoratet/Statsforvalteren i Vestland som har direktoratsfunksjoner for det videregående skoletilbudet som tilbys i alle fengsler.

Samarbeid om oppfølging av Livshendelsen – Alvorlig sykt barn

Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Digitaliseringsdirektoratet, Statped og NAV, samt KS og kommuner, skal sammen følge opp Livshendelsen – Alvorlig sykt barn jf. Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025, som også er en videreføring av 0-24-samarbeidet. Målgruppen for prosjektet er barn og familier med barn med behov for sammensatte tjenester.

Tverretattlig samarbeid om rådgivende enheter for russaker i kommunene

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har samarbeidet om utarbeidelse av veiledende materiell. Det har også vært samarbeid med Sekretariatet for konfliktrådene og Bufdir i forbindelse med oppdrag der rådgivende enhet for russaker inngår.

Fritidserklæringen

Fritidserklæringen er en intensjonsavtale mellom regjeringen, frivillige organisasjoner og KS som bygger på FNs konvensjon om barnets rettigheter, herunder artikkel 31, som gir alle barn rett til å delta i minst en fritidsaktivitet uavhengig sosial bakgrunn eller andre barrierer. Partene i erklæringen har forpliktet seg til å samarbeide lokalt og nasjonalt om å bygge ned barrierer for deltakelse i fritidsaktiviteter. Det er opprettet en samarbeidsgruppe på nasjonalt nivå der alle departementer og organisasjoner som har signert avtalen møtes jevnlig. Sentralt i arbeidet er å jobbe for bedre samarbeid mellom kommunale aktører og frivillig sektor i kommunene i arbeidet med å bygge ned barrierer for deltakelse lokalt. Følgende departementer deltar i samarbeidet: Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Bufdir er sekretariat for samarbeidsgruppen.

Lokale samhandlingsstrukturer

Det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene

Folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar som krever samarbeid og innsats på tvers i kommunene. Fundamentet i kommuner og fylkeskommuners systematiske folkehelsearbeid er et oversiktsdokument, om helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse og sosiale helseforskjeller. Gjennom oversiktsarbeidet får kommuner og fylkeskommuner løftet fram relevante folkehelseutfordringer om blant annet levevaner, oppvekstvilkår og demografiske utfordringer som grunnlag for iverksetting av tiltak i ulike sektorer.

Politiråd

Politiråd er et formalisert samarbeid mellom kommune og lokalt politi. Målet er å forebygge kriminalitet og uønskede hendelser gjennom samarbeid på tvers av etater og sektorer. Politirådet favner samarbeid om kriminalitetsforebygging, redning og beredskap og trygghet i lokalsamfunnet. Politirådenes formål er å utveksle informasjon, dele kunnskap og etablere felles problemforståelse av betydning for de prioriteringer og beslutninger som aktørene foretar. Politirådene er en viktig arena for konkretisering av strategier, mål, innsatsområder og tiltak. Dette gjelder også innenfor samarbeid om rusforebyggende arbeid.

Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT)

SLT-modellen er en samordningsmodell for å styrke det lokale samarbeidet mellom ulike offentlige etater, profesjoner, frivillige organisasjoner og næringsliv i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet. Hovedaktørene i samarbeidet er kommune og politi. Hovedmålsetningen er at den skal bidra til god og helhetlig forebygging overfor barn og unge. Flere steder er ordningen utvidet til å favne en bredere aldersgruppe.

Modellen er ikke lovpålagt og hver kommunene beslutter selv hvordan de organiserer sitt kriminalitetsforebyggende arbeid, noe som skaper variasjoner mellom kommunene. Om lag halvparten av landets kommuner har valgt å ta modellen i bruk, men størrelsen på SLT-koordinator stillingene varierer imidlertid med alt fra 20 %-100 %. De største og mest folkerike kommunene har som regel en eller flere 100 % stillinger. Utfordringsbildet og hvilke satsningsområder kommunene velger varierer etter lokale behov.

Evaluerer viser at samarbeidsmodellen er fleksibel nok til å tilpasse seg både lokale utfordringer og erfaringer, og har gode forutsetninger for å skape et velfungerende tverretattlig- og faglig samarbeid for å oppnå formålene om forebygging[4].

Rådgivende enheter for russaker i kommunene

Det er etablert en ordning i kommunene med rådgivende enhet for russaker. Inngangene til rådgivende enhet for russaker er pr. nå vilkår i en straffereaksjon, ilagt av enten domstolen eller påtalemyndigheten. Kommunen er gitt ansvar for både oppmøte til samtale ved rådgivende enhet for russaker og rustesting ved samme enhet. Ansvarer omfatter å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for påtaleunndatelse eller betinget dom.[5] Enheten skal også gjennomføre ruskontroll dersom det er satt som eget vilkår.[6]

Rådgivende enhet gir beskjed til påtalemyndigheten om vedkommende har møtt eller ikke, som beskrevet i artikkel på nett. Samarbeid utover dette skjer etter samtykke, for eksempel videre henvisning til andre tjenester. Det er stor variasjon i hvordan rådgivende enhet er organisert i kommunene og dette vil legge noen rammer for samarbeid med andre.

Bedre tverrfaglig innsats (BTI)

BTI er en samhandlingsmodell for kommunale tjenester som møter gravide, barn, unge og foreldre det er knyttet undring eller bekymring til. Hensikten med BTI-modellen er å kvalitetssikre helhetlig og koordinert innsats uten at det blir brudd i oppfølgingen. BTI bidrar til tidlig innsats, samordning og medvirkning. Flere aktører er involvert i forvaltning og veiledning av kommuner knyttet til implementering av BTI-modellen i kommuner. De regionale kompetansesentrene på rusfeltet (Korus) har ansvar for veiledning og kompetansestøtte til kommuner som vil ta i bruk modellen. Korus samarbeider regionalt med andre aktører om dette, deriblant RVTS, RKB, RBUP og Statsforvalteren. Bufdir forvalter tilskuddsordningen «[Tilskudd til systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn \(bufdir.no\)](https://www.bufdir.no/)»[7], der kommuner kan søke midler til implementering av BTI-modellen.

Samarbeid om ansvarlig alkoholhåndtering og trygt uteliv

Kommunen, politiet og utelivsbransjen er ansvarlig for å gi innbyggerne gode, trygge møtesteder og redusere rusrelaterte skader og ulykker i lokalmiljøet. Helsedirektoratet har utviklet konseptet ansvarlig alkoholhåndtering som gir en oversikt over lover, retningslinjer og rammer for arbeidet på dette feltet.[8] Dette arbeidet har betydning også for felles innsats mot øvrige rusmidler. Sentralt i samarbeidet er dialog mellom kommune, politi og utelivsbransje, felles analyser og problemforståelse, fokus på folkehelse og trygghet. Politirådene er også en viktig arena for å styrke samarbeidet mellom aktørene om et trygt uteliv.

Tverrfaglige team for personer med psykiske lidelser/rusproblematikk: bl.a. FACT, tidlig intervensjon

Teamene er organisert i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Det ligger i FACT modellen at de skal samarbeide med kommunalt barnevern, skole, helsestasjoner, fastlege, PPT, NAV, utekontakt og andre aktuelle samarbeidspartnere. Samarbeidet skjer etter samtykke. Noen har samarbeidsavtaler med barnevern, skole og NAV. Dette vil variere mellom de ulike teamene.

Tverrfaglig helsekartleggingsteam i barnevernet

Tverrfaglig helsekartlegging[9] skal identifisere hjelpe- og helsebehov hos barn som flyttes ut av hjemmet. Formålet er å gi barnevernstjenesten og nye omsorgspersoner tilstrekkelig kunnskap om barnets styrker og behov, slik at barnet får tilpasset omsorg og oppfølging utenfor hjemmet.

Selve kartleggingen gjennomføres av et tverretattlig og tverrfaglig team som består av en barnelege, en psykolog fra BUP, og en psykolog og en med barnevernsfaglig kompetanse fra Bufetat. Enkelte team er også supplert med sykepleier og/eller tannlege. Satstingen på tverrfaglig helsekartlegging er et samarbeid mellom Bufdir, Helsedirektoratet, Bufetat og Oslo kommune. Tverrfaglig helsekartlegging er organisert i Bufetat. Det er etablert tverrfaglige team i Oslo kommune og 6 regioner, og det pågår arbeid med å etablere flere team.

Program for folkehelsearbeid i kommunene

Program for folkehelsearbeid i kommunene, også kalt Folkehelseprogrammet, er en ti-årig satsing (2017-2026) med mål om å styrke kommunenes arbeid med å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet. Lokalt rusforebyggende arbeid og arbeid med å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet er også del av programmet. Barn og unge er en prioritert målgruppe.

Programmet består av to deler; en som handler om innovativ og kunnskapsbasert tiltaksutvikling i kommunene basert på deres lokale behov, og en kompetansehevingsdel. Evaluering og medvirkning fra målgruppen er viktig premisser i programmet. Programmet har til hensikt å styrke samarbeidet mellom forskningsmiljø og kommuner. Helsedirektoratet, FHI og KS har en understøttende rolle på nasjonalt nivå, spesielt innen kompetanseutvikling. Fylkeskommunene har en sentral rolle i begge deler av programmet som mediator mellom nasjonale aktører, kommunene og forsknings- og utviklingsmiljø samt tilrettelegger for regionalt samarbeid gjennom blant annet regionale samarbeidsorgan eller andre arenaer. Nasjonale kompetansesentre har en understøtterolle i programmet. Sentrale barne- og ungdomsorganisasjoner samt representanter fra frivillige organisasjoner er del av kompetansestøttarbeidet i programmet.

Gjennom Program for folkehelsearbeid er det ved å fokusere på kommunenes behov blitt etablert gode tiltak og samarbeidsstrukturer i og mellom kommuner og med andre relevante statlige aktører. Erfaringer fra programmet har blitt og kan bli brukt inn i andre nasjonale satsinger.

Overdoseforebyggende arbeid

Som en del av Nasjonal overdosestrategi er det etablert:

- Kommunalt overdosenettverk. Administreres av kompetansesentrene for rusfeltet (Korus) på vegne av Hdir. Dette er et kommunalt læringsnettverk for erfaring- og kunnskapsutveksling.
- Samarbeid mellom Korus, Oslo kommune, Trondheim kommune, Bergen, Stavanger, og Hdir for å utvikle et nasjonalt system for rusanalyse, og varslingsystem ved økt overdosefare.

Samhandlingsstrukturer ifm. straffereaksjoner

Innsatte og domfelte har de samme rettighetene som alle andre i samfunnet, blant annet rett til utdanning og helsehjelp. Tverrsektorielt samarbeid er derfor nødvendig og forankret i gjennomføringen av straffereaksjoner.

Kommende samhandlingsstrukturer

Program forebygging

På oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, har Arbeids- og velferdsdirektoratet som fagdirektorat for de sosiale tjenestene i NAV, fått hovedansvaret for gjennomføringen av et program for forebyggende sosialt arbeid og helhetlig forebyggende innsats lokalt, også kalt Program forebygging.

Program forebygging skal bidra til økt oppmerksomhet rundt kommunens og NAV-kontorets forebyggingsansvar og til at kommunen og NAV-kontoret ivaretar det på en bedre måte. Det skal også bidra til å tydeliggjøre og legge til rette for NAV-kontorets rolle i kommunens samlede forebyggende arbeid. Et overordnet mål vil være å bidra til at kommunene i større grad forebygger utenforskap og sosiale problemer, slik at færre blir stående utenfor arbeids- og samfunnsliv.

Helhetlig og koordinerte tjenester (tildelingsbrev for 2024 fra AID til AVDir)

Det skal i 2024 iverksettes utprøving av modeller for samhandling mellom Nav-kontor og Rask psykisk helsehjelp i kommunene og mellom Nav-kontor og fastlegene, rettet mot personer med lettere til moderate psykiske lidelser og/eller rusproblemer, ev. også muskel- og skjelettplager.

Samhandling om Opptappingsplanen for psykisk helse (2023-2033)

I Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033) vil regjeringen utrede og pilotere «integrert ungdomstjeneste på ett nivå» for unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og som inkluderer tverrsektorielt samarbeid. Forsterket samarbeid mellom barnevernet og NAV nevnes som et aktuelt eksempel.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (lansert mars 2024)

Samhandling om kunnskapsproduksjon og -formidling

Det er etablert flere tverrsektorielle samarbeid om produksjon og formidling av kunnskap og informasjon til barn og unge som er relevant for det rusforebyggende arbeidet. Vi nevner her noen eksempler.

Oppvekstprofilene

Oppvekstprofilene utgis årlig og presenterer nøkkeltall fra oppvekstfeltet for den enkelte kommune, i tillegg til bydeler i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Tjenesten er utviklet gjennom et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet,

Innvandrings- og mangfoldsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og kommunesektorens organisasjon. Det overordnede målet er å styrke kommunenes mulighet for kunnskapsbasert arbeid gjennom samordnet, helhetlig og tilrettelagt styringsinformasjon omkring oppvekstvilkår i kommunen.

Ungdata

Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet er ansvarlig for gjennomføringen av Ungdata-undersøkelsene i samarbeid med Korus-ene. Korus har ansvar for å bistå kommunene og fylkeskommunene i sin region med planlegging og gjennomføringen av undersøkelsen, samt veiledning og analyse knyttet til tolkning av resultatene. Kommuner og fylkeskommuner er ansvarlige for den praktiske gjennomføringen i samarbeid med skolene. Helsedirektoratet finansierer Ungdata gjennom et årlig tilskudd via statsbudsjettet.

DigiUng og Ung.no

DigiUng-samarbeidet utvikler og samler offentlige tjenester og informasjon for ungdom på ett sted. Samarbeidet ledes av Helsedirektoratet og Bufdir, og flere titalls aktører innen statlig, kommunal, frivillig og privat sektor og fra academia deltar. Ung.no er kommunikasjonskanalen som driftes av Bufdir.

[1] [Lokalt folkehelsearbeid \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/lokal-folkehelsearbeid)

[2] [Folkehelsepolitisk rapport \(PDF\)](#)

[3] Se omtale i Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2022-2025:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c91632e1e2a84454b72072c5d51bf517/nasjonal-tiltaksplan-for-ts>

[4] [Evaluering av SaLTo samarbeidet: Forutsetninger for effektivt tverretattlig og tverrfaglig samarbeid, 2022](#)
: <https://www.jus.uio.no/ikrs/forskning/publikasjoner/rapporter/evaluering-salto-uio-2023.pdf>

[5] Jf. strl. § 37 første ledd, bokstav k.

[6] Jf. strl. § 37 første ledd, bokstav d.

[7] <https://www.bufdir.no/tilskudd/identifikasjon-og-oppfolging-av-utsatte-barn/>

[8] For nærmere informasjon, se nettsiden til Helsedirektoratet:

[Ansvarlig alkoholhåndtering \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/ansvarlig-alkoholhandtering)

[9] <https://www.bufdir.no/prosjekter/tverrfaglig-helsekartlegging/>

Vedlegg 2. Innsats i nyere tid for styrket tverrsektoriell samhandling

Det har vært rettet oppmerksomhet og innsats over tid mot utfordringene med tverrsektoriell samhandling i rusfeltet. I det følgende beskrives noen sentrale innsatser.

St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Sosial ulikhet i helse ble satt på agendaen med en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene[1] i befolkningen. Folkehelse ble løftet frem som en tverrsektoriell oppgave. Meldingen varslar at den kommende opptrappingsplanen på rusfeltet skal bidra til å styrke og samordne behandlings- og rehabiliteringstiltakene til personer med rusmiddelavhengighet bedre[2]. Om rusmiddelbruk beskriver meldingen at sammenhengen mellom alkoholbruk og sosial bakgrunn er mer kompleks enn for fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, jf. «J-kurven»[3]. Det vises til at det på bakgrunn av annen kunnskap om sosiale helseforskjeller er grunn til å tro at risikofaktorer om rusmiddelbruk vil variere av sosial bakgrunn, men at det er et område med behov for mer kunnskap[4]. Arbeidsliv nevnes blant annet som en viktig arena for å forebygge sosiale helseforskjeller, og at rusforebyggende arbeid og helsefremmende arbeidsmiljø kan utvikles som samarbeidsmiljøer[5].

Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010)

Den første opptrappingsplanen for rusfeltet[6] (2007-2010) ble lagt frem av Stoltenberg II-regjeringen. Planen fremhever at mangel på samhandling mellom offentlige sektorer på alle forvaltningsnivå kanskje er den største utfordringen vi står overfor. Ett av planens innsatsområder var å skape bedre og mer forpliktende samhandling på hele rusfeltet, både på individnivå og på systemnivå. Det pekes særlig på behov for at instanser som arbeider med barn og unge får bedre systemer for samordning. Dette begrunnes med at rusmiddelproblematikk er komplekst og samordning aktørene imellom er derfor viktig. Svikt i samhandlingen fører til at effekten av innsatsen reduseres.

Planperioden ble forlenget ut 2012. Bakgrunnen for dette var todelt. For det første var behovet for en videre styrking av rusfeltet godt dokumentert, blant annet gjennom rapporter fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen. For det andre slås det fast at den kommende samhandlingsreformen vil ha stor relevans for utviklingen av rusfeltet. Opptrappingsplanen ble ikke evaluert og resultater av innsatsen knyttet til mer forpliktende tverrsektoriell samhandling er dermed ikke tilstrekkelig dokumentert.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Samhandling ble for alvor satt på agendaen i helse- og omsorgspolitikken med «Samhandlingsreformen» til Stoltenberg II-regjeringen. Både ut fra et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv ble bedre samhandling fremmet som et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder[7]. Hovedutfordringene ble beskrevet langs tre stolper[8]:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I meldingens del II identifiseres og avklares omfanget av samhandlingsproblemene. Disse beskrives både som store, og voksende.

Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk

Regjeringen Stoltenberg II la med denne stortingsmeldingen frem sine mål og tiltak for en helhetlig rusmiddelpolitikk. På tross av styrket innsats de siste 20 årene både for å forebygge og redusere rusmiddelproblemene i samfunnet beskriver meldingen flere gjenstående utfordringer. Økende bruk av alkohol, bruk av enkelte narkotiske stoffer, og tidlig nok oppdagelse, identifisering og inngrep mot problematisk rusmiddelbruk nevnes spesielt. Også samhandling mellom tjenesteytere beskrives som en utfordring i sammenhengen, men først og fremst til personer med rusmiddelproblemer. «Helhetlige og sammenhengende» tjenester skulle oppnås med bedre samordning mellom blant annet helse- og omsorgstjenestene og NAV-kontorets tjenestetilbud. Videre beskrives viktigheten av de private, ideelle

organisasjonene og selvhjelpsfeltet på rusfeltet, men at innsatsen mellom offentlige og private bidragsytere måtte samordnes bedre, samtidig med større grad av forutsigbarhet for private aktører[9].

Om forebygging i vår sammenheng peker vi på følgende beskrivelse av tverrsektorielle utfordringer[10]: «*Barnevern-, utdannings-, helse- og omsorgs-, arbeids- og velferds- og justissektoren retter i stor grad innsatsen mot samme målgruppe, til dels uavhengig av hverandre. I tillegg opererer frivillige og ideelle aktører på samme felt. Det er stor kreativitet innen det forebyggende arbeidet, og aktiviteten bærer preg av gode intensjoner. Arbeidet kan koordineres bedre og i større grad baseres på kunnskapsbaserte metoder og felles løsninger*».

Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar

Samme regjering la frem den første folkehelsemeldingen i Norge, der rammene ble lagt for et systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsearbeid for å bidra til større politisk oppmerksomhet og bedre nasjonal samordning. Som del av samhandlingsreformen ble det vedtatt en folkehelselov med virkning fra 1. januar 2012. Med utgangspunkt i metodikken i folkehelseloven ble det bygget opp et nasjonalt system for styringsdata om folkehelse for å sikre en systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsepolitikk [11]. Nasjonale myndigheter fikk ansvar for å bistå kommunesektoren med data om helse og påvirkningsfaktorer (bl.a. rusmiddelbruk), faglig støtte og rådgivning. Forebygging skulle styrkes. Viktige virkemidler i det kommunale folkehelsearbeidet var ivaretagelse av helsehensyn i kommunale planer og forankring av folkehelseansvaret i ulike deler av kommunene og lokalsamfunnet. Fordi folkehelsearbeidet skjer på tvers av sektorer med mange involverte aktører ble det anbefalt at kommuner etablerer en koordinatorfunksjon[12].

Rusmiddelpolitikken ble nedfelt i stortingsmeldingen nevnt over («Se meg!»), men rusmiddelforebygging beskrives flere steder som del av det brede tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Fremtidens utfordringer på rusfeltet skal ifølge meldingen møtes gjennom «tverrsektorielt samarbeid, satsing på tidlig innsats og forebyggende tiltak». Sunne levevalg er et innsatsområde, og det skal spesielt legges vekt på tiltak rettet mot barn og unge med for eksempel alkohol- og tobakksfrie arenaer. En helsefremmende skole beskrives som sentral, først og fremst for å bidra til «læring og til god fysisk og psykisk helse», men også som arena for å forebygge tobakk, alkohol og narkotika. Meldingen viser også til at det er viktig å vise oppmerksomhet til alkoholkulturen blant elever og studenter i høyere utdanning. På alkoholområdet vil regjeringen bl.a. sikre ansvarlig alkoholhåndtering i kommunene og utarbeide forskrift med nasjonale krav til kommunenes reaksjoner ved brudd på alkoholloven[13]. Enkelte spesifikke forebyggingssatsninger nevnes, bl.a. forbedring av «den tverrsektorielle skade- og ulykkesforebyggende innsatsen» hvor bruk av rusmidler nevnes som en risikofaktor. Gjennom meldingen vil regjeringen legge større vekt på internasjonalt samarbeid i folkehelsepolitikken. Det vises til utviklingen på alkoholområdet i EU der folkehelse over tid har fått en mer sentral plass til fordel for landbruksinteresser[14].

Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter

Etter regjeringsskifte ble neste folkehelsemelding fremlagt av Solberg-regjeringen. Folkehelsearbeidet skulle videre styrkes sammen med tilrettelegging for sunne helsevalg. Regjeringen vil «styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skade et samfunn som fremmer helse og skaper trivsel». Under regjeringens viktigste tiltak for å følge opp beskrevne innsatsområder, styrke innsatsen mot barn og unge og sørge for en bred satsning på folkehelse prioriteres «rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge». Meldingen varsler også kommende opptrappingsplan på rusfeltet (ser mer under).

Utviklingsarbeidet med å etablere program for folkehelsearbeid lanseres, som skal vektlegge psykisk helse og rusforebyggende arbeid. Viktig i innsatsen er metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet;

kommunehelseprofiler, faglig støtte til kommunene og bedre koordinering av statlige føringer. Det skal legges til rette for systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Eksempler på aktuelle tiltak for programmet er rusfrie tilbud til barn og unge.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

[Opptrappingsplan for rusfeltet \(2016-2020\) \(regjeringen.no\)](#)[15] ble lagt frem av Solberg-regjeringen. Det var seks departementer som sto bak planen, men den ble avgitt av Helse- og omsorgsdepartementet. Ett av planens fem mål var følgende: «*At alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat*». Målet var formulert på bakgrunn av innsikt om at samhandling (fortsatt) var en hovedutfordring på rus- og psykisk helsefeltet. Planen var i hovedsak innrettet mot personer «i ferd med å utvikle (tidlig innsats)» eller med et allerede «etablert» rusmiddelproblem, på bakgrunn av at det befolkningsrettede primærforebyggende arbeidet var ivaretatt gjennom andre meldinger[16] (bl.a. «Se meg!»). Arbeidet med opptrappingsplanen ga allikevel opphav til flere relevante innsikter.

I sluttevalueringen av opptrappingsplanen vises det til positive resultater for samhandling på tjenestenivå, men at det fortsatt er behov for å utvikle en hensiktsmessig struktur for oppfølging av slike tverrdepartementale oppdrag. «*som i seg selv ikke inkluderer felles tiltaksutvikling eller gjennomføring av felles tiltak*»[17]. Evalueringen beskriver at tydelige og samordnede oppdrag samt mandat er vesentlig for underliggende direktoraters gjennomføring av tverrdepartementale innsatser (ibid.). Helsedirektoratet hadde i sammenhengen utviklet en koordinatorrolle som var hensiktsmessig for ivaretagelse av samarbeidet mellom direktoratene, og ikke minst for samarbeidet med de regionale aktørene. Det vises også til at en viktig lærdom fra arbeidet med planen var betydningen av å utvikle en struktur for operativt samarbeid mellom ansvarlig direktorat og regionale aktører.

Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn

Regjeringen viderefører innsatsen i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Tidlig innsats for barn og unge er prioritert innsatsområde. I tillegg til opptrappingsplanen for rusfeltet refererer meldinga til regjeringens initiativ til rusreform som skal flytte samfunnets reaksjoner på bruk og innehav av narkotika til egen bruk fra justissektoren til helsesektoren[18]. Regjeringen vil også styrke det rusforebyggende arbeidet rettet mot ungdom. Foruten program for folkehelsearbeid i kommunene vises det til viktigheten av å gi unge kvalitetssikret og kunnskapsbasert og rusmidler, tilpasset alderstrinnene i skolen, samt ung.no og Rustelefonen[19]. Andre tiltak som presenteres inkluderer en kommende nasjonal alkoholstrategi, samarbeid med idretten og partene i arbeidslivet om holdninger til alkohol og synlegging av alkoholfrie arenaer, og å styrke verktøykassa til kommunene i deres arbeid med alkoholpolitikk[20].

Samarbeid på tvers av sektorer lokalt og nasjonalt beskrives som avgjørende for et godt å bærekraftig folkehelsearbeid, men også at det kan være krevende[21]. På kommunalt nivå nevnes KS' arbeid med å løfte frem *samskaping* som metode eller samarbeidsform som kan være aktuell. Under fritid, kultur og nærmiljø uttrykker meldinga er trygge samfunn med lav kriminalitet må sikres gjennom forebygging, for eksempel med SLT-samarbeid og politiråd. En egen del[22] i meldinga beskriver at ulike departementer har ansvar for å fremme god folkehelse gjennom sine politikkområder, og omtaler departementenes ansvar med noen tiltak med relevans for folkehelsearbeidet. Tverrdepartementalt samarbeid er nødvendig for å sikre at politikkområdene ikke er i motstrid, men støtter opp om felles mål, og fremmes også gjennom koordinering av Helse- og omsorgsdepartementet og en tverrdepartemental arbeidsgruppe på embetsnivå.

0-24-samarbeidet

0-24-samarbeidet hadde som formål å bidra til bedre samordnede tjenester og mer helhetlig innsats for utsatte barn og unge under 24 år og deres familier. Dette skulle fremme at barn og unge fikk den støtten og hjelpen de trenger for å mestre eget liv[23]. Samarbeidet bestod av Helsedirektoratet, Barne-,

ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Arbeidet startet i 2015, og fra 2019 deltok også Sekretariatet for konfliktrådene og Politidirektoratet. Samarbeidet ble avsluttet i 2021.

Sluttrapporten for evalueringen av 0-24-samarbeidet identifiserer tre faktorer for bedre oppfølging av utsatte barn og unge: 1) Individorientert og helhetlig tilnærming, 2) Mer helhetlig oppfølging ved hjelp av styrket tverrsektorielt samarbeid og 3) Tidlig intervensjon. Samordningstrappen[24] brukes for å illustrere at tverrsektorielt samarbeid er en prosess med ulike faser i arbeidet mot et felles mål. En hovedutfordring handler om felles problemforståelse[25]. En felles problemforståelse innebærer å se de samme utfordringene, og å ha en felles forståelse av hvilken vei man skal gå og hva formålet med samarbeidet er [26]. Rapporten beskriver at å lykkes med tverrsektorielt samarbeid krever at det utvikles systemer og strukturer for samarbeid, men også relasjonell kompetanse og kultur for samarbeid i tjenester og blant fagfolk.

Prosjektet identifiserer en rekke spesifikke forhold som bør vurderes i arbeidet med styrket tverrsektorielt samarbeid[27]. Noen hovedpunkter oppsummeres[28] som at tjenestetilbudene må samkjøres bedre slik at den som har behov for hjelp får et helhetlig og sammenhengende tilbud, selv om det involverer flere aktører. Dette handler både om å etablere strukturer for samarbeid, og prosesser hvor det er lett for ulike tjenestetilbydere å kobles på. Det kan handle om kjennskap til tilgjengelige tjenester og koordinering, nettverk i form av at de ulike tjenestetilbyderne kjenner til hverandre, og har kontaktpersoner. Det handler også om felles møteplasser rundt den som har et hjelpebehov, for å øke koordineringen og forståelsen av hvilke utfordringer individet eller familien står overfor.

Departementenes kjernegruppe for utsatte barn og unge (KUBU)

0-24 er videreført gjennom KUBU. Departementene opprettet fra 2021 flere «kjernegrupper» på tvers. Kjernegrupper er en ny arbeidsform som departementene bruker på områder med et komplekst utfordringsbilde, og der høy grad av samordning er nødvendig for effektiv, brukervennlig og forsvarlig utvikling og gjennomføring av politikk.

Kjernegruppen for utsatte barn og unge skal samordne, prioritere og tilpasse innsatser og tiltak for målgruppen. Kjernegruppen skal også bidra til bedre samhandling i departementene, samt å rydde i strukturer og innsatser og redusere omfang av overlappende veiledere og andre virkemidler. Gruppen består av representanter fra følgende departementer: BFD, AID, HOD, JD, KD, KDD og KUD.

Samarbeidsgruppen som har fått i oppdrag å støtte opp om departementenes kjernegruppe på direktoratsnivå omtales som Etatssamarbeidet for utsatte barn og unge (Direktoratenes/etatenes samarbeidsgruppe). Etatssamarbeidet har etablert en direktørgruppe, en tverrgående ledergruppe og et sekretariat for samarbeidet. Bufdir koordinerer arbeidet. For perioden 2023/2024 er blant annet «tverrsektorielt rusforebyggende arbeid» et prioritert område (Bufdir, u.å.).

Overordnet strategi for departementsfellesskapet 2021-2025 – Gode hver for oss. Best sammen.

Strategien avløser forrige strategi for bedre og mer effektive administrative tjenester i departementsfellesskapet[29]. Strategiens utgangspunkt er at forutsetningene er gode for videreutvikling av departementene og fellesskapet mellom dem, men at resultater særlig kan oppnås ved å trekke bedre sammen[30].

Diverse strategiske meldinger og planer

Tverrsektorielt samarbeid adresseres i diverse strategiske meldinger og planer for gjeldende politikk som nødvendig for å løse komplekse samfunnsutfordringer. DFØ gir en oversikt over et utvalg rapporter om

samordning i offentlig sektor de siste årene[31]. Oversikten illustrerer at tverrsektorielt samarbeid stadig er et aktuelt tema, og at samordning kan sies å ha vokst frem som et innsatsområde i seg selv.

Etatene har videre fått flere oppdrag tilknyttet KUBU og andre politiske meldinger og planer, som [Tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse under gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging \(konfliktraadet.no\)](#)[32]. Vi nevner også arbeidet med endringer i velferdstjenestelovgivningen – samarbeid, samordning og barnekoordinator[33] er Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet sammen utarbeidet en tverrsektoriell veileder[34].

[1] <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>

[2] S. 67.

[3] J-kurven viser at de med kortest utdanning og lavest inntekt drikker mer enn de som har noe lengre utdanning og høyere inntekt, før kurven igjen stiger blant de med lengst utdanning og høyest inntekt. Dette gjelder i størst grad for menn – kvinner med kort utdanning drikker mindre enn kvinner med lang utdanning. Det er imidlertid slik at grupper med kort utdanning ofte har en mer skadelig bruk av alkohol enn grupper med lang utdanning, det vil si større mengder om gangen. Dette fører til at det i grupper med kort utdanning og lav inntekt er flere som er pådrar seg akutte alkoholskader.

[4] S. 22.

[5] S. 81.

[6] <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/opptr.plan.pdf>

[7] St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid (s. 13)

[8] St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid (s. 21)

[9] Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (s. 23).

[10] Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (s. 28)

[11] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/?ch=4>

[12] Folkehelsekoordinatorer er siden ansatt i mange kommuner.

[13] Prikktildelingssystemet ble innført januar 2016.

[14] Fra meldingen: Alkoholpolitikken i EU har gjerne vært knyttet til EUs vin-politikk. De fleste EU-landene er vinprodusenter. Vindyrking utgjør en viktig del av landbruksproduksjonen. Store overskuddslagre oppstod på noen produkter, som for eksempel smør og vin. Helse spørsmål og helseforebygging var fra starten av ikke en del av samarbeidet. Ved Amsterdam-traktaten i 1997 fikk helse fikk en mer sentral plass i EU-samarbeidet. EU begynte for alvor å engasjere seg på alkoholpolitikkområdet i 2001 da de sammen med Verdens helseorganisasjon arrangerte en stor ministerkonferanse og ungdom og alkohol i Stockholm. Samme år vedtok Ministerrådet i EU en rådsanbefaling om alkohol og ungdom.

- [15] <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- [16] Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! og Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. (s. 6).
- [17] Hansen, Tofteng & Sørensen (2021), s. 111.
- [18] Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn s. 17.
- [19] Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn s. 128. Rustelefonen har i dag byttet navn til RUSinfo.
- [20] Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn s. 131.
- [21] Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn s. 148.
- [22] Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i et trygt samfunn kapittel 8.4 fra s. 159.
- [23] <https://0-24-samarbeidet.udir.no/>
- [24] Sluttrapporten s. 79.
- [25] https://0-24-samarbeidet.udir.no/wp-content/uploads/2020/11/Mind-the-gap_Fafo-report.pdf s. 96.
- [26] Ibid.
- [27] https://0-24-samarbeidet.udir.no/wp-content/uploads/2020/11/Mind-the-gap_Fafo-report.pdf -s. 87-88.
- [28] <https://0-24-samarbeidet.udir.no/avslutningsrapport/>
- [29] [Helhet, kvalitet og effektivitet - regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/helhet-kvalitet-og-effektivitet/id2476486/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/helhet-kvalitet-og-effektivitet/id2476486/)
- [30] [Gode hver for oss. Best sammen. - regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gode-hver-for-oss.-best-sammen/id2856172/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gode-hver-for-oss.-best-sammen/id2856172/)
- [31] <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/samordning>
- [32] <https://konflikttraadet.no/wp-content/uploads/2023/11/Tverrsektorielt-samarbeid-om-velferdstjenestenes-delt>
- [33] [Prop. 100 L \(2020–2021\) - regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/)
- [34] [Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier)

PDF av rapporten

[Last ned PDF av rapporten](#)

