

# NARKOTIKAPOLITISK PLATTFORM



**Styrets innstilling til Actis-kongressen 27.-28. april 2024**

## Innhold

NARKOTIKAPOLITISK PLATTFORM.....	1
Forslag til Actis sin kongress 2022.....	1
Innhold.....	2
Introduksjon.....	3
Forebygging.....	4
Lokal forebygging.....	5
Rusundervisning og involvering av foresatte.....	7
Samarbeid med frivillig sektor.....	9
Holdningsarbeid og folkeopplysning.....	9
Utsatte og sårbare grupper.....	10
Minoriteter.....	10
Forbudets betydning.....	11
Begrensning av tilgang.....	12
Hvordan bør lovbrudd møtes?.....	13
Legalisering av cannabis.....	14
Nye psykoaktive stoffer (NPS).....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Medisinsk bruk av narkotiske stoffer.....	15
Doping.....	16
Tidlig innsats.....	16
Et helhetlig behandlingsforløp.....	18
Oppfølging før og etter behandling.....	20
Tilbud uten legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	22
LAR.....	22
Heroinassistert behandling.....	23
Fengslene som arena for rusbehandling og rehabilitering.....	24
Rusmiddel- og medikamentbruk i livets begynnelse.....	26
Tilbud til eldre personer med rusproblemer.....	27
Skadereduksjon.....	28
Strategi mot overdoser.....	30
Åpne russcener.....	31
Rett til vern mot vold.....	32
Pårørende – voksne og barn.....	32
Internasjonal narkotikapolitikk.....	35
Forskning.....	36

## Introduksjon

1 Bruk av narkotika er et folkehelseproblem og et velferdsproblem. Bruk av narkotika  
2 skaper utfordringer for brukeren, for pårørende og andre i hans eller hennes  
3 omgivelser og for samfunnet som helhet.

4 Actis sin visjon er et samfunn der færrest mulig bruker narkotika, med færrest mulig  
5 skader av narkotika og der hvert enkelt menneske skal kunne leve et narkotikafritt liv.  
6 Vi ønsker et samfunn som forebygger best mulig, som følger opp den enkelte og som  
7 setter inn tilstrekkelig ressurser på å hjelpe alle som lider på grunn av narkotikabruk,  
8 både brukere og pårørende.

9 Actis har følgende overordnede prinsipper i narkotikapolitikken:

- 10 • Bruk, besittelse, salg, kjøp og produksjon av narkotika skal være forbudt.
- 11 • Reaksjonene på narkotikabruk må være differensiert og tilpasset brukerens  
12 livssituasjon.
- 13 • Politiet må prioritere avdekking av bruk, besittelse, salg og produksjon og  
14 etterforskning bakover i beviskjeden og ha tilstrekkelig med ressurser for å  
15 gjennomføre dette arbeidet.
- 16 • Brudd på forbudet må få en tydelig reaksjon.
- 17 • Unge som blir tatt for bruk og/eller besittelse skal møtes med et forpliktende  
18 og likeverdig oppfølgingsløp som har som mål å hjelpe dem ut av et  
19 begynnende rusbruk og forebygge avhengighet.
- 20 • Personer med rusavhengighet skal ikke møtes med bøter eller fengselsstraff,  
21 men med helsehjelp og så raskt som mulig få tilbud om oppfølging og  
22 behandling.
- 23 • Det overordnede målet i norsk ruspolitikk må være å redusere rusbruken og å  
24 redusere tilbudet og etterspørselen av rusmidler.

25 Actis mener den generelt lave narkotikabruken i Norge sammenlignet med andre  
26 land er et uttrykk for at Norges balanserte linje med forebygging, forbud, tidlig innsats  
27 og behandling, virker.

28 Mye fungerer godt i dag, både innen forebygging, behandling og ettervern. Samtidig  
29 har også Norge mange utfordringer i rusmiddelpolitikken. Den må være  
30 kunnskapsbasert, med vilje til innovasjon og nytenkning.

### 31 Actis mener at

- 32 • Norge må definere noen ambisiøse, overordnede mål for narkotikapolitikken  
33 innen 2030:
- 34 • Andelen 15-16 åringer som har brukt cannabis siste 30 dager skal reduseres til  
35 under 1 prosent (FHI 2019: 4 prosent)

- 36 • Andelen 16-64 år som har brukt cannabis siste 30 dager skal være under 1  
37 prosent (FHI 2021: 1,8 prosent)
- 38 • Dødsfall som skyldes bruk av narkotika skal halveres fra 2017-nivå (247  
39 dødsfall).
- 40 • Utarbeide en strategi for å opprettholde oppslutningen om narkotikaforbudet.  
41 • Ventetiden mellom henvisning og rettighetsbestemmelse i ruspoliklinikk eller  
42 rådgivningsenhet skal ideelt sett være null dager, eller så sømløst som mulig.  
43 Ventetid fra rettighetsbestemmelse til inntak i TSB (avgiftning, døgninstitusjon  
44 eller poliklinisk behandling) skal også være sømløs.
- 45 • Hepatitt C-viruset skal være utryddet innen 2025.

46 Hvordan disse målene skal nås, og hvilke andre tiltak som organisasjonen ønsker  
47 innført på narkotikafeltet, beskrives i dette dokumentet.

## Forebygging

48 Narkotikabruk kan gi mange negative konsekvenser for brukeren selv, menneskene  
49 rundt og samfunnet. Rusmiddelforebygging gir stor gevinst, både i et helse- og et  
50 samfunnsøkonomisk perspektiv. I tillegg øker trygghet og trivsel.

51 Ifølge en rapport fra Oslo Economics utarbeidet på vegne av Actis, koster bruk av  
52 illegale rusmidler staten 35 milliarder kroner hvert år. En økning av rusbruken til EU-  
53 gjennomsnittet vil øke kostnadene med 12 milliarder.

54 Actis vil bidra til en kunnskapsbasert rusforebygging i Norge, og sikre at mange tiårs  
55 erfaring blir brukt til utforming av norsk politikk. Sammen med våre  
56 medlemsorganisasjoner vil Actis bidra til å forbedre, fornye og forsterke det  
57 forebyggende arbeidet.

58 Forebyggingsarbeid må være kunnskapsbasert, og grunnleggende humanistiske  
59 verdier må ligge til grunn for politikken. Disse er blant annet nedfelt i FNs  
60 barnekonvensjon. Skal vi leve opp til konvensjonens mål om at barn skal beskyttes  
61 mot bruk av narkotiske stoffer, må vi styrke forebyggingen av all rusbruk hos barn og  
62 ungdom og tiltakene rettet mot barn som lever med voksne som ruser seg.

63 I Hurdalsplattformen lovet Støre-regjeringen å gjennomføre en forebyggings- og  
64 behandlingsreform og å igangsette et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid  
65 blant barn og unge. Dette er viktige løfter som må følges opp av konkrete tiltak og  
66 økonomiske midler.

67 Forebygging bør omfatte hele livsløpet, men med et spesielt fokus på barne- og  
68 ungdomstiden, siden sårbarheten er størst her. I Norge har unges narkotikabruk gått  
69 ned siden årtusenskiftet, men de siste årene har denne trenden flatet ut, og det er

70 avgjørende at vi jobber målrettet for å redusere bruk av narkotika. Flere fritidstilbud,  
71 involvering av foresatte og tiltak mot psykiske lidelser og utenforskap er viktige for å  
72 hindre økt rusbruk blant unge.

73 Frivillige organisasjoner og enkeltpersoner er blant de viktigste ressursene i  
74 rusforebyggende arbeid, både nasjonalt og lokalt. Uten frivillighet blir  
75 rusforebyggingen hverken effektiv eller stor nok. Frivillig sektor har alltid vært en  
76 pådriver og innovatør, noe som er viktig i det rusforebyggende arbeidet.

77 Kompetansen til frivillige organisasjoner, brukerstyrte organisasjoner og brukerstyrte  
78 tiltak bør brukes i det forebyggende arbeidet.

79 Actis mener at:

- 80 • Forebyggings – og behandlingsreformen må sikre en større satsing på  
81 fritidstilbud og andre rusfrie arenaer for ungdom, lavterskel helsetilbud,  
82 mangfoldig behandlingstilbud og lovfestet ettervern. Reformen må følges opp  
83 med økonomiske midler over statsbudsjettet.
- 84 • Midler til rusmiddelforebyggende arbeid i kommunene må øremerkes, for å  
85 hindre at midlene går til andre formål.
- 86 • Kompetansen i frivillige organisasjoner må i større grad bli anerkjent og  
87 benyttet som en del av offentlige forebyggingsstrategier.
- 88 • Rammevilkårene for frivillige organisasjoner som jobber med rusforebygging  
89 må bli bedre og mer og forutsigbare.

## Lokal forebygging

90 Den viktigste forebyggingen skjer der folk bor. Kommunene har en sentral rolle i det  
91 rusforebyggende arbeidet. Mobilisering og samordning av enkeltpersoner, grupper  
92 og institusjoner i lokalmiljøene viser seg å være effektivt i forebygging. Å skape trygge  
93 oppvekstmiljøer forebygger ikke bare rusmiddelproblematikk, men også mange  
94 andre typer sosiale problemer.

95 For å lykkes med rusforebygging, bør arbeidet bygge kunnskap om lokale problemer  
96 og utfordringer, og målgruppens egne erfaringer må tas hensyn til. Regelmessige  
97 kartlegginger av unges rusvaner lokalt er viktig for en kunnskapsbasert forebygging,  
98 som knytter lokal innsats til den konkrete situasjonen.

99 Lokal kunnskap gjør det også lettere å engasjere de viktigste forebyggerne: foresatte  
100 og venner. Involvering av foreldre er viktig for å styrke det forebyggende arbeidet i  
101 skole og nærmiljø, slik vi blant annet har sett på Island. Ungdom bør involveres i  
102 politikk som omhandler dem, og være aktive i utviklingen av deres egne omgivelser.

103 I 2021 ble det vedtatt at alle kommuner skal ha kommunale rådgivningsenheter for  
104 narkotikasaker. Det er positivt at det satses på forebyggingsarbeidet i kommunene  
105 De kommunale enhetene bør fremover spille en viktig rolle når unge blir tatt for bruk

106 og besittelse av illegale rusmidler. Det er avgjørende med et likeverdig,  
107 kunnskapsbasert tilbud i alle landets kommuner og at dette tilbudet bygger på  
108 erfaringer fra modeller vi vet at har fungert. TIUR-modellen og Lik Praksis i Trøndelag  
109 er eksempler på slike modeller.

110 Flere kommuner driver allerede et godt forebyggingsarbeid, og dette arbeidet bør  
111 kunne plasseres under den kommunale rådgivningsenheten. Et nært og godt  
112 samarbeid mellom aktører er involvert i det lokale kriminalitetsforebyggende  
113 arbeidet er nødvendig. SLT (Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende  
114 tiltak) er en god modell for forebyggende arbeid, og nye tiltak bør legges inn i den  
115 kommunale enheten i kommuner som benytter seg av SLT-modellen.. Hvor godt  
116 ordningen fungerer, ser imidlertid ut til å avhenge av SLT-koordinator og hvor godt  
117 ordningen er forankret. Bostedsadresse og kommunetilhørighet skal ikke avgjøre  
118 hvilket tilbud man får om det blir avdekket at man har brukt illegale rusmidler.

119 Det er viktig at fagpersonene i rusforebygging utviser godt skjønn i håndteringen av  
120 taushetsplikten, slik at det ikke blir til hinder for effektivt samarbeid mellom  
121 offentlige aktører i det rusforebyggende arbeidet

122 Erfaringen fra Island tilsier at fritidsaktiviteter for ungdom bidrar til forebygging av  
123 ungdoms rusbruk, særlig organisert idrett. En rapport fra Velferdsforskningsinstituttet  
124 Nova viser at det er vanligere å benytte rusmidler blant ungdommer som slutter i  
125 organisert idrett enn blant dem som fortsetter med å delta i organisert idrett. En  
126 viktig del av forebyggingen i Norge bør bestå av å gjøre et bredt spekter av  
127 fritidsaktiviteter så tilgjengelige og så billige for så mange som mulig.

128 Oppsøkende sosialt arbeid er et virkemiddel som tas i bruk i kommuner og byer for  
129 å nå utsatte grupper som ellers er vanskelig å fange opp. Det er en viktig del av det  
130 forebyggende arbeidet, fordi de oppsøkende tjenestene bruker sin kjennskap til  
131 personer i utsatte miljøer både til å initiere egne støttetiltak, til å videreformidle unge  
132 til andre hjelpetjenester og til samarbeid med foreldre, skole og andre. Dessverre  
133 finnes det i dag ingen faglig standard for det oppsøkende arbeidet, og det er heller  
134 ingen nasjonal koordineringsenhet som kan gi råd og støtte til kommuner som driver  
135 oppsøkende arbeid. Ifølge FAFOs evaluering av opptrappingsplanen på rusfeltet  
136 driver bare under halvparten av landets kommuner med oppsøkende arbeid.

137 Actis mener at:

- 138 • Det skal gjennomføres Ungdata-undersøkelser på alle ungdoms- og  
139 videregående skoler minst annethvert år.
- 140 • Det bør settes av en søkbar pott forvaltet av Statsforvalteren til oppfølging av  
141 Ungdata-resultater som fordeles ut fra behovet i den enkelte kommune.
- 142 • Lokal statistikk på totalomsetning av alkoholholdig drikk bør ligge til grunn for  
143 lokale rusmiddelpolitiske planer og gjøres tilgjengelig for lokalpolitikere.

- 144 • Registrering av rusrelaterte volds- og skadesaker ved legevakt, sykehus og  
145 politi skal være obligatorisk.
- 146 • Kommunene skal legge til rette for at alle lokalsamfunn har attraktive, varierte,  
147 tilgjengelige og rusfrie fritidstilbud for hele befolkningen.
- 148 • Det skal legges til rette for at egnede lokaler gjøres tilgjengelig vederlagsfritt  
149 for bane- og ungdomsaktiviteter innen kultur, musikk, idrett og barne- og  
150 ungdomsklubber
- 151 • Fritidstilbudet til barn og unge må styrkes og gjøres tilgjengelig for alle som  
152 ønsker å delta på fritidsaktiviteter
- 153 • De kommunale rådgivningsenhetene må fullfinansieres.
- 154 • De ansatte i de kommunale rådgivningsenhetene må være fagfolk med  
155 helse- og sosialfaglig kompetanse
- 156 • SLT-modellen eller annet kommunalt forebyggingsarbeid bør kunne utføres  
157 innenfor rammene av den kommunale rådgivningsenheten.
- 158 • Det bør tilrettelegges for erfaringsutveksling mellom SLT-er og videreutvikling  
159 og modernisering av modellen
- 160 • Det må innføres en lovfestet minstestandard for oppfølging av unge som blir  
161 tatt for rusbruk
- 162 • Folkehelsekoordinatorer bør spille en aktiv rolle i det rusforebyggende  
163 arbeidet.
- 164 • Ungdomsrådene bør involveres i det rusforebyggende arbeidet.
- 165 • Det må sikres at lokal erfaring som er opparbeidet gjennom mange år, ikke  
166 forsvinner som følge av at flere kommuner slår sammen sine handlingsplaner  
167 og tiltak.
- 168 • Det må utarbeides en felles faglig standard som inkluderer kvalitetssikring av  
169 oppsøkende arbeid rettet mot unge.
- 170 • Det må opprettes en nasjonal koordineringsenhet for oppsøkende arbeid  
171 som kan bidra med støtte og fagkompetanse til kommunene.
- 172 • Kommunalt psykisk helse- og rusteam må i større grad involveres i  
173 oppfølging av unge med rusproblemer.

## **Rusundervisning og involvering av foresatte**

174 Dagens rusundervisning varierer i stor grad fra kommune til kommune og skole til  
175 skole. I forbindelse med nye læreplaner er folkehelse og livsmestring blitt innført som  
176 et tverrfaglig tema, men det er ikke innført konkrete læringsmål for  
177 rusmiddelkunnskap. Det kan ikke være opp til den enkelte skole å velge hva de skal  
178 gjøre i det rusforebyggende arbeidet.

179 Foresatte påvirker ungdoms rusvaner, som forbilder og grensesettere. Unge som  
180 opplever at deres foresatte er fulle, sender med dem alkohol på fest, er uklare  
181 grensesettere og har positive holdninger til alkohol, har oftere et risikofylt  
182 drikkemønster. Forskning tyder på at et godt forhold mellom foresatte og barn,

183 støttende og tilstedeværende foresatte og at de foresatte kjenner barnas venner, er  
184 faktorer som reduserer sjansen for at ungdom utvikler et risikofylt drikkemønster.

185 At unge selv bistår i utforming og formidling av det rusforebyggende arbeidet, har  
186 både metodiske og prinsipielle fordeler. Det bør legges til rette for  
187 tiltak/prosjekter med unge som formidlere av tydelige standpunkt om rus,  
188 som for eksempel Ung-til-ung-metoden, som man gjør med andre  
189 kriminalitetsforebyggende prosjekter. Brukerorganisasjoner og brukerstyrte  
190 tiltak bør kunne bidra i det forebyggende arbeidet.

191 Actis mener at:

- 192 • Kompetansemålene for rusmiddelundervisningen må konkretiseres
- 193 • Det må utarbeides alderstilpassede, kvalitetssikrede, nasjonale standarder for  
194 rusundervisningen, både på grunnskolenivå og i den videregående  
195 utdanningen.
- 196 • Undervisningen må inkludere informasjon om skadevirkningene av alkohol  
197 og narkotika allerede på ungdomstrinnet.
- 198 • Det må sikres at det er tilgjengelige fagpersoner som kan bidra med  
199 undervisning om rus og psykisk helse på skolene, for eksempel i tilknytning til  
200 de kommunale rådgivningsenhetene for narkotikasaker.
- 201 • Rus må inn som tema i profesjonsutdanninger for lærere og relevante  
202 fagpersoner sammen med vold, overgrep og psykisk helse
- 203 • Foresatte bør brukes mer som en ressurs i det rusmiddelforebyggende  
204 arbeidet.
- 205 • Involvering av foresatte i skolens forebyggende arbeid skal være obligatorisk.
- 206 • Det bør være et eget program som setter fokus på foresattrollen.
- 207 • Det bør utvikles et e-læringsprogram som del av støttematerialet til  
208 rusforebyggende arbeid i skolen for elever og lærere, for å sikre lik og  
209 oppdatert undervisning.
- 210 • Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet må gis i oppgave å lage digitale  
211 læringsressurser om rusmidler og utarbeide et kurstilbud for ansatte i  
212 barnehage og skole.
- 213 • Personer med ansvar for rusmiddelundervisning skal tilbys etterutdanning for  
214 å sikre oppdatert rusmiddelkunnskap til bruk i forebyggingsinnsats og tidlig  
215 inngripen.
- 216 • Hver skole skal ha en person som er fagansvarlig for rusmiddelundervisning og  
217 rusmiddelforebygging.
- 218 • Alle skoler skal ha klare retningslinjer for hvordan de skal håndtere utfordringer  
219 med rus.
- 220 • Skolene må tilbys støtte til å utarbeide nødvendig planverk.
- 221 • Frivillige organisasjoner, brukerstyrte organisasjoner og tiltak, utekontakt,  
222 helsestasjon, politi og lignende instanser bør brukes som ressurser i det  
223 rusforebyggende arbeidet. Dette må gjenspeiles i offentlige støtteordninger.

- 224 • Likepersonsbaserte forebyggingstiltak (ung-til-ung) bør inngå i det  
225 forebyggende undervisningsarbeidet og gjøres tilgjengelig for flere

## Samarbeid med frivillig sektor

226 Frivillige organisasjoner er en arena for mestring og felleskap, og er blant de viktigste  
227 ressursene i rusforebyggende arbeid, både nasjonalt og lokalt. Uten frivillighet blir  
228 rusforebyggende innsats hverken effektiv nok eller stor nok.

229 Frivilligheten har et samfunnsoppdrag som pådriver, mobiliserende kraft, vaktbikkje  
230 og innovatør. Organisasjonene skal være utålmodige på vegne av rusfeltet og  
231 personer med rusproblemer, og kreve endring og forbedring.

232 Frivilligheten har gjennom hele vår nyere historie spilt en sentral rolle i å identifisere  
233 endrede behov og igangsette tiltak. Å være innovativ krever kompetanse, tid og  
234 faglighet. Gode, forutsigbare rammevilkår for frivillige organisasjoner som jobber med  
235 forebygging er derfor viktig

236 Actis mener at:

- 237 • Kompetansen i frivillige organisasjoner må bli anerkjent og benyttet i lokale og  
238 nasjonale forebyggingsstrategier.
- 239 • Frivillige organisasjoner som jobber med rusforebygging må gis bedre og mer  
240 forutsigbare rammevilkår, og midlene til rusforebygging i kommunene må  
241 økes og øremerkes.
- 242 • Frivillige organisasjoner skal trekkes med og benyttes som ressurs der det er  
243 relevant, eksempelvis i SLT-arbeidet og i skolene.
- 244 • Samarbeidet mellom ideelle og spesialisthelsetjenesten må styrkes og  
245 formaliseres.

## Holdningsarbeid og folkeopplysning

246 Norge har lyktes med å holde narkotikabruken lav sammenlignet med mange andre  
247 land. En viktig grunn til dette er en restriktiv holdning til rusmidler i store deler av  
248 befolkningen. I enkelte grupper og miljøer opplever vi nå en negativ utvikling i form  
249 av økt bruk og aksept. Mens alle er klar over farene ved røyking av tobakk, ser vi at  
250 cannabisbruk i mange ungdomsmiljøer anses å være nærmest risikofritt. Få elever  
251 vet om hvilke konsekvenser cannabis kan ha for helsa. Dette viser behovet for god  
252 undervisning som er tydelig på risikoen knyttet til bruk av cannabis.

253 Innsats i skoleverket er ett virkemiddel (se eget kapittel). Men det trengs også  
254 informasjonsarbeid og kampanjer rettet mot den øvrige befolkningen for å øke  
255 kunnskapen om narkotika og forebygge at flere får problemer.

256 Actis mener at:

- 257 • Det bør utarbeides nasjonale kampanjer og undervisningsmaterieell som har til  
258 hensikt å øke kunnskapen om skadevirkninger av rusmidler og virke  
259 normdannende. Det bør innføres tydelige retningslinjer for hva  
260 rusundervisningen skal inneholde, hvor stort omfanget skal være og på hvilket  
261 klassetrinn det skal starte

## Utsatte og sårbare grupper

262 Noen mennesker er mer sårbare enn andre for å få problemer med rusmidler. Det  
263 kan skyldes sosiale rammer som skaper sårbarhet, men også biologiske faktorer eller  
264 ulike kombinasjoner av disse. Tidlig hjelp til individer i risikozonen er effektivt og et  
265 vesentlig bidrag til forebygging av narkotikaproblemer.

266 Ungdataundersøkelsene viser at ungdom som er mest plaget psykisk, også er dem  
267 som oftest har erfaring med bruk av cannabis. Bruk av rusmidler kan i noen tilfeller  
268 være selvmedisinering. Rusen kan oppleves som en løsning som gir pause fra det  
269 vonde. Men «løsningen» kan forsterke problemet, rusen blir i seg selv et problem. For  
270 andre er valg av rusmiddel en identitetsmarkør og handler om tilhørighet i et miljø  
271 eller en måte å gjøre opprør mot det bestående.

272 Prestasjonssamfunnet vi ser på en del områder i dag, gir en ny type sårbar gruppe.  
273 Kropps-, utseende- og prestasjonspresset kan gjøre at ungdom som ellers må anses  
274 å være vellykket, velger å bruke for eksempel doping eller narkotiske stoffer som  
275 anses som «prestasjonsfremmende». Eller de kan velge bruk av rusmidler som en  
276 pause fra, eller et opprør mot, en hverdag hvor presset er stort.

277 Mennesker reagerer forskjellig på motgang og vansker. Det er ingen automatikk i at  
278 individer som i utgangspunktet tilhører en sårbar gruppe, vil bruke narkotika.  
279 Forskingen har avdekket en del om hva som gir den enkelte motstandsdyktighet.

280 Kunnskap om dem som klarer seg godt, kan ha større virkning for å utvikle  
281 forebyggende tiltak, enn kunnskap om negative forhold.

282 Actis mener at:

- 283 • Barnevern, utekontakt og helsesykepleiertjenesten må styrkes, slik at sårbare  
284 grupper kan oppsøke hjelp eller bli oppsøkt og fulgt opp over tid.

## Minoriteter

285 Norge er et mangfoldig land med en minoritetsbefolkning som har ulik kulturell,  
286 sosial og religiøs tilhørighet. Mange kommer fra land med mer restriktive holdninger  
287 til rusmidler. Noen av dem som kommer til landet har alvorlige traumer fra krig og

288 flukt. Dette må vi ta hensyn til i det rusmiddelforebyggende arbeidet,  
289 rusbehandlingen og i hjelpeapparatet. Vi vet at utenforskap og psykiske lidelser gir  
290 økt risiko for bruk av rusmidler. For å hindre økte rusmiddelproblemer er det viktig at  
291 vi lykkes med sosial, økonomisk og kulturell integrering, og at vi følger opp med riktig  
292 helsehjelp.

293 Innvandringen de siste 50 årene har bidratt til en positiv utvikling på rusfeltet.  
294 Andelen unge med innvandrerbakgrunn som har brukt og bruker rusmidler, er lavere  
295 enn den vi finner i den øvrige befolkningen. De siste tiårene har det imidlertid vært  
296 en økning i antall rusmiddelbrukere med innvandrerbakgrunn både i og utenfor  
297 Oslos tunge narkotikamiljøer. En del av narkotikaomsetningen i for eksempel Oslo  
298 drives av illegale innvandrere eller asylsøkere som tjener til livets opphold på denne  
299 måten.

300 Undersøkelser viser at personer med innvandringsbakgrunn i liten grad er brukere av  
301 tiltaksapparatet for rusmiddelbrukere. Dette forklares med liten kjennskap til  
302 hjelpeapparatet, liten tillit til det offentlige og med kulturbakgrunner hvor  
303 rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk i større grad kan være forbundet med  
304 skam.

305 Om lag en tredel av de som innvandrer til Norge er arbeidsinnvandrere. I denne  
306 gruppen er det mange unge menn. Dette er en gruppe som tradisjonelt er forbundet  
307 med høyt konsum av rusmidler, også i arbeidslivet.

308 Actis mener at:

- 309 • Vi må styrke kunnskapen om utbredelse av rusmiddelbruk blant  
310 minoritetsbefolkningen, inkludert arbeidsinnvandrere.
- 311 • Kunnskap om norsk lovgivning, holdninger til rusmidler og informasjon om  
312 helsetilbud og tilbud fra frivillige organisasjoner må bli del av ankomst-  
313 /introduksjonsprogram.
- 314 • Hjelpeapparatet bør samarbeide med innvandrerorganisasjoner og religiøse  
315 sentre for å bryte skam og tabu knyttet til problematisk bruk av rusmidler og  
316 senke terskelen for å søke hjelp.
- 317 • Oppsøkende team/uteseksjon i storbyene må ha egen kompetanse på  
318 minoritetsutfordringer.

## Forbudets betydning

319 Actis mener samfunnet og den enkelte beskyttes best gjennom et forbud mot alle  
320 typer narkotika. Forbudet gjør produksjon, distribusjon og tilgjengeligheten av  
321 narkotiske stoffer vanskeligere. Forbudet gir også grunnlag for å gripe inn overfor

322 mennesker som er i ferd med å utvikle problemer, det gir ungdom ytterligere en  
323 grunn til å si nei. Det gir et tydelig signal om at narkotika er skadelig både for  
324 enkeltpersoner, mennesker i omgivelsene til den som bruker og for samfunnet. Et  
325 forbud nasjonalt og internasjonalt er med på å forhindre en normalisering av bruken  
326 og kommersialisering av salg og markedsføring.

327 Rusforskningen er klar på at dette er viktig tiltak for å redusere bruken og dermed  
328 også skadene av rusmidler.

329 Beregninger viser at i overkant av 40 prosent av verdens befolkning har drukket  
330 alkohol siste år (WHO 2018). Til sammenlikning anslår FNs narkotikabyrå at kun 4  
331 prosent har brukt cannabis. Når vi ser på andre stoffer som kokain og heroin, er  
332 anslagene på rundt en halv prosent (UNODC 2022). I Norge drikker 82 prosent av  
333 befolkningen alkohol, mens 5 prosent av befolkningen har brukt cannabis siste år. 1,8  
334 prosent av befolkningen har brukt cannabis sist måned (SSB/FHI). Tallene gir en klar  
335 indikasjon på at forbud, kombinert med forebyggende innsatser og en restriktiv  
336 holdning i befolkningen, begrenser forbruket.

## Begrensning av tilgang

337 Narkotikakriminalitet utgjør en betydelig del av den organiserte kriminaliteten. De  
338 samfunnsmessige omkostningene er store. Derfor har innsatsen for å redusere  
339 tilgangen til narkotika blitt prioritert høyt i politiet. Narkotikakriminalitet viser seg i  
340 mange ulike former, fra den enkelte bruker til store, organiserte og internasjonale  
341 nettverk. Narkotikakriminalitet finansierer - og er tett knyttet til - annen kriminell  
342 virksomhet. I tråd med den internasjonale tilnærmingen til narkotika, skal innsatsen  
343 i Norge følge to hovedstrategier; tilbuds- og etterspørselsreducerende.

344 Salg stoffer gjennom internett og sosiale medier representerer noe nytt  
345 sammenlignet med tradisjonelle narkotikamarkeder. Selger og kjøper møtes ikke  
346 fysisk, og begge kan være anonyme. Særlig for ungdom utenfor de store byene, hvor  
347 det ikke er et gatemarked for tradisjonell narkotika, gjør bestilling på nett og  
348 distribusjonen gjennom post at narkotika blir lettere tilgjengelig.

349 Kontrollatatenes (politiet og tollvesenets) tilgjengelighetsbegrensende innsats er et  
350 viktig tillegg til det generelle forebyggingsarbeidet. Disse etatene må settes i stand til  
351 å forfølge hele kjeden av narkotikaomsetningen og gi effektive straffereaksjoner mot  
352 narkotikasalg, også salg som skjer over internett.

353 Actis mener at:

- 354 • Politiets forebyggende arbeid må prioriteres.
- 355 • Samordningen av toll- og politiinnsatsen mot narkotikaomsetning og innførsel  
356 må styrkes.
- 357 • Politiets mulighet til å etterforske bakover i forsyningskjeden må ivaretas.

- 358 • Samarbeidet med internasjonale partnere på toll- og politiområdet må  
359 videreutvikles.
- Salgssider bør blokkeres Politi og tollvesens innsats mot smugling av narkotika inn til Norge må styrkes

## Hvordan bør lovbrudd møtes?

360 Actis mener at bruk, besittelse, salg og produksjon av narkotika skal være ulovlig.  
361 Målet med lovforbudet er ikke å straffe mennesker som bruker narkotika, men å  
362 holde forbruket nede. Forbudet bidrar til å forebygge rusproblemer og de negative  
363 konsekvensene rusbruk har på enkeltindivider, pårørende og samfunn. Skal dette  
364 lykkes, må reaksjonene tilpasses den enkeltes livssituasjon.

365 Actis ønsker en differensiert reaksjonsmodell der personer som har utviklet  
366 avhengighet skal møtes med helsehjelp og behandling og ungdommer i  
367 eksperimenteringsfasen blir møtt med alternative reaksjonsformer. Modellen må  
368 være en åpen dør inn til dialog, støtte, hjelp og behandling for dem som trenger det  
369

370 Actis støtter utviklingen av reaksjoner mot mer helsehjelp for personer med  
371 rusavhengighet og alternative reaksjoner for ungdommer og sporadiske brukere.  
372 Fengselsstraff for mindre narkotikaforbrytelser hører til unntakene, og rettsapparatet  
373 har de senere årene utviklet en rekke tiltak som først og fremst tar sikte på å hjelpe  
374 mennesker ut av rusbruk og forhindre videre problemutvikling.  
375

376 Actis mener det må settes terskelverdier som skiller mellom det som er besittelse til  
377 eget bruk og det som må ansees som besittelse med mål om videresalg. Besittelse  
378 med mål om videresalg må være straffbart. Terskelverdiene må være lave og bør  
379 gjelde for ett rusmiddel om gangen.  
380

381 Det er store variasjoner i hvordan ungdom som sliter med rus blir møtt i kommunen.  
382 Der det fungerer godt, får unge en helhetlig, langsiktig og forpliktende helse- og  
383 sosialfaglig oppfølging. Dessverre er det også eksempler på kommuner hvor  
384 oppfølgingen har vært begrenset til urinprøvetaking. Hvilken oppfølging man får skal  
385 ikke være begrenset av bostedsadresse, og det er derfor viktig med en lovfestet  
386 minstestandard for oppfølging som innebærer rådgivende samtaler, arbeidsrettede  
387 tiltak, tilbud om fritidsaktiviteter, hjelp til å fullføre skolegang og involvering av  
388 foresatte i saker som omfatter mindreårige.

389 Stortinget har vedtatt at kommunene skal opprette en rådgivende enhet for  
390 narkotikasaker. Personer som avdekkes for bruk og besittelse skal møte for denne  
391 enheten. Enhetene kan være et godt tiltak dersom de samordner eksisterende lokale  
392 tjenester og hjelpetiltak og legger til rette for langsiktige og forpliktende  
393 oppfølgingsløp.

394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426

Actis mener at:

- Brudd på forbudet mot bruk og besittelse skal møtes med reaksjoner, for å bevare forbudets allmennpreventive effekt.
- Personer med rusavhengighet skal ikke møtes med bøter eller fengselsstraff for bruk og besittelse av narkotika, men med helserettede tiltak.
- Ungdommer må få forpliktende oppfølging med flere oppmøter hvor det settes tydelige vilkår for oppfølgingen og brudd på vilkårene medfører en reaksjon
- Det må innføres en lovfestet nasjonal minstestandard for oppfølging av ungdom med begynnende rusavhengighet.
- Foresatte må kunne involveres i saker som omfatter mindreårige.
- Politiet må fortsatt ha ansvar for å avdekke bruk og besittelse av narkotika, og politiets forebyggende innsats, særlig mot ungdom, skal være høyt prioritert.
- Finansieringen av alternative reaksjonsformer, som Narkotikaprogram med domstolskontroll, § 12-soning («soning» i behandlingsinstitusjon) og påtaleunntatelse med vilkår må styrkes.
- Kommunene må sikres ressurser til å følge opp alternative reaksjoner
- Det bør i større grad benyttes reaksjoner som har til hensikt å hjelpe personer som er tatt for brudd på narkotikalovgivningen eller andre lovbrudd der rusavhengighet spiller en rolle, ut av eksisterende eller begynnende narkotikaproblemer.
- De rådgivende enhetene skal ha ansvar for å følge opp personer som blir tatt for bruk og besittelse av rusmidler, som henvises eller som tar kontakt på annen måte.
- Det skal opprettes modeller for hvordan den kommunale rådgivningsenheten kan samhandle med andre kommunale instanser som jevnlig møter barn og unge.
- Kommuner som allerede driver et kunnskapsbasert forebyggingsprogram med gode resultater, skal kunne videreføre dette innenfor rammene av den kommunale rådgivningsenheten.
- Narkotikalistene må oppdateres fortløpende for å holde tritt med utviklingen på narkotikamarkedet

## Legalisering av cannabis

427  
428  
429  
430  
431  
432

Erfaringer med legalisering av cannabis i 19 USA-stater viser at cannabisbruken øker mer enn i stater som ikke har legalisert. Også i Canada har bruken økt etter at cannabis ble legalisert på nasjonalt nivå i 2018. I legaliseringsstatene er det personer mellom 18 og 25 år som bruker mest. Før cannabis ble legalisert, brukte én av fire cannabisprodukter. Nå gjelder dette én av tre i aldersgruppen. Det er likevel blant dem over 26 år at bruken har økt mest i legaliseringsstatene. Her har bruken økt med

433 60 prosent på syv år. I Canada rapporterte 29 prosent av dem mellom 20 og 24 at de  
434 har brukt cannabis daglig eller nesten daglig.

435 Legalisering av cannabis har i tillegg ført til at det har blitt et stort, lovlig  
436 cannabismarked i både USA og Canada som kan reklamere for produktene sine og  
437 har interesse av å utvikle produkter som når flest mulig. Cannabisen har etter  
438 legalisering blitt billigere, tilgangen på stoffet har økt raskt og nye måter å innta THC  
439 på har blitt introdusert. Ikke minst har cannabisen på det lovlige markedet blitt  
440 sterkere. Ingen av statene i USA som har legalisert har satt øvre THC-grenser for  
441 produktene sine. Det lovlige markedet kommer på toppen av et ulovlig marked, og  
442 totalt sett har markedet for cannabisprodukter blitt større som følge av  
443 legaliseringen.

444 Undersøkelser viser også at økt cannabisbruk og legalisering kan føre til en  
445 normalisering av cannabisbruk og at cannabisbruk blir sett på som mindre farlig. For  
446 eksempel viser tall fra Canada at dem som bruker cannabis ser på det å røyke  
447 cannabis som langt mindre farlig enn dem som ikke bruker. Det samme gjelder også  
448 for vaping av cannabis og spising av cannabisprodukter.

449 Actis mener at:

- 450 • Forbudet mot cannabis må opprettholdes.

## Medisinsk bruk av narkotiske stoffer

451 Mange narkotiske stoffer brukes i medisin, slik som morfin, sentralstimulerende  
452 stoffer og cannabisstoffer. Et av de to hovedformålene med FNs  
453 narkotikakonvensjoner er å sikre tilgangen til denne typen medikamenter.

454 Norge og mange andre land har egne prosedyrer for godkjenning av stoffer til  
455 medisinsk bruk. Disse må til enhver tid utformes på en måte som gjør at vi unngår  
456 tilstander medisinsk bruk av et stoff fremstår som et virkemiddel for å omgå  
457 regelverket og ordningen bidrar til å normalisere bruk.

458 Reguleringen av medisinsk bruk av narkotiske stoffer må utformes på en måte som  
459 forhindrer risiko for skadelig bruk. Likevel må ikke reguleringen stå i veien for at  
460 narkotiske stoffer kan tas i bruk som medisin dersom det er faglig grunnlag for dette.

461 Actis er positiv til uavhengig forskning på cannabis og andre narkotiske stoffer til  
462 medisinske formål. Dersom disse oppfyller forskningsmessige krav til medisin, kan de  
463 foreskrives for medisinske formål.

464 Actis mener at:

- 465 • Det skal fortsatt forskes på cannabis og andre narkotiske stoffer for bruk i  
466 medisin.

- 467 • De medisinske godkjenningsprosedyrene myndighetene har vedtatt for  
468 godkjenning av stoffer skal gjelde alle typer virkestoffer.

## Doping

469 Dopingmidler er medikamenter tatt i den hensikt å gi prestasjonsfremmende effekt.  
470 Slike midler har ofte en rekke negative helsemessige bivirkninger, både fysisk og  
471 psykisk, og kan være avhengighetsskapende. Noen brukere av dopingmidler  
472 begynner etter hvert å kombinere dopingen med bruk av andre medikamenter eller  
473 narkotika. Forebygging av dopingbruk er derfor også forebygging av annen  
474 avhengighet og narkotikabruk.

475 Forbudet mot doping fra 2013 har gitt politiet anledning til å bruke ressurser på  
476 dopingbekjempelse og etterforskning av større dopingsaker. Erfaringen deres er at  
477 forbudet mot doping er nyttig for å begrense utbredelsen av både doping og  
478 narkotika.

479 Det er knyttet stor usikkerhet til utbredelsen av bruk av doping, men FHI anslår at 1-  
480 2 prosent av befolkningen mellom 16 og 34 år har brukt dopingmidler.

481 Actis mener at:

- 482 • Kunnskapsnivået om dopingmidlenes virkninger skal økes i skoler og  
483 helsevesen.
- 484 • SLT-koordinatorene og de rådgivende enhetene skal ha doping innenfor sitt  
485 ansvarsområde.
- 486 • Politi og tollvesen skal jobbe aktivt med å bekjempe doping.
- 487 • Kommunene må ta initiativ til at idretten og treningsentre jobber aktivt mot  
488 dopingbruk, også i samarbeid med frivilligheten, kommune og politi.
- 489 • Spesialisthelsetjenesten må opprette gode behandlingstilbud for  
490 dopingavhengighet.

## Tidlig innsats

491 Jo tidligere en greier å fange opp personer som sliter med avhengighet, jo større  
492 mulighet har en til å hjelpe vedkommende.

493 Arbeidslivet er en arena for å tidlig kunne fange opp risikofylt alkoholbruk, som  
494 beskrevet i «Arbeidsliv og alkohol».

495 Alle fastleger bør rutinemessig spørre pasienter om deres rusvaner. Det er viktig at  
496 fastlegen har oppdatert kunnskap om rusmidler og de verktøyene som er nødvendig  
497 – med tilgang til screeningtester, kurs i motiverende intervju og liknende. For å  
498 kartlegge pasienters bruk av alkohol og andre rusmidler, finnes det treffsikre metoder

499 for å måle promille eller langtidsforbruk av alkohol og andre rusmidler. Det må settes  
500 av tid og ressurser til kompetansebygging blant helsepersonell for systematisk å ta  
501 disse verktøyene i bruk.

502 Helsestasjoner og skolehelsetjenesten er viktig for tidlig å kunne hjelpe unge som har  
503 rusproblemer selv eller problemer i familien. Helsesykepleiere spiller en nøkkelrolle i  
504 primærforebyggingen og er avgjørende for at unge i risikozonen fanges opp tidlig.  
505 Frafall fra skolen må også sees i sammenheng med situasjonen hjemme, og det må  
506 legges til rette for et godt samarbeid mellom skole/barnehage og  
507 hjemmet. Lavterskel psykologstillinger er et positivt tiltak der andre hjelpere kan  
508 "henvise" til psykolog, eller ungdom selv kan ta direkte kontakt uten fastlege og lang  
509 ventetid. Enkelte bydeler i Oslo har det.

510 De som jobber med barn og unge må ha kunnskap og forståelse om  
511 rusmiddelrelaterte problemer. Skal vi jobbe med forebygging i skoler og barnehager,  
512 må lærere og barnehageansatte ha kunnskap om hvordan barn som vokser opp i et  
513 hjem med rusavhengighet, psykiske lidelser, vold, overgrep etc. opplever sin hverdag.  
514 De som jobber med utsatte barn må ha en forståelse av hvordan en møter disse  
515 barna.

516 Det er store regionale forskjeller når det kommer til behandling av barn og unge med  
517 samtidige rus- og psykiske lidelser. Ifølge Fafos evaluering av opptrappingsplanen for  
518 rusfeltet oppgir kun 44 prosent av kommunene å ha et svært godt eller godt tilbud  
519 til barn og unge med alvorlige og langvarige rus- og psykiske problemer. I tillegg er  
520 ventetiden lang, det tverrfaglige samarbeidet fungerer ikke, og flere av de som  
521 trenger det får ikke individuell plan (IP). Riksrevisjonen betegnet i 2021 situasjonen  
522 som sterk kritikkverdigg og alvorlig. Aldersgrensen på 18 år i vanlig TSB gjør at mange  
523 unge utvikler alvorlige rus- og psykiske problemer før de blir «gamle nok» til å  
524 behandles for sammensatte og komplekse lidelser.

#### 525 Actis mener at:

- 526 • Det må utarbeides nasjonale retningslinjer for fastlegens rolle i  
527 rusmiddelforebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Unge bør ha et sted  
528 hvor de kan spørre om råd og melde fra om bekymring for venner når det  
529 gjelder rus.
- 530 • Skolehelsetjenesten må derfor ha kompetanse om rus, slik at de tidlig  
531 klarer å fange opp unge som sliter.
- 532 • Skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og helsesykepleiertilbudet  
533 må styrkes, slik at det er tilgjengelige og lavterskel tilbud på hver skole.
- 534 • Det bør opprettes flere plasser på master i helsesykepleie, og det må følge  
535 økonomiske midler med opprettelse av plassene.
- 536 • Avhoppingsmuligheten på helsesykepleierstudiet bør revurderes
- 537 • Midlene som går til skolehelsetjenesten og helsestasjonene i kommunene  
538 må øremerkes.

- 539 • Det må innføres en lovpålagt norm for skolehelsetjenesten.
- 540 • Det må opprettes et utviklings- og kompetansesenter for helsefremmende
- 541 og forebyggende tjenester i kommunene som tar sikte på å kvalitetssikre
- 542 arbeidet gjennom fagutvikling og forskning.
- 543 • Det må sikres tilgang til helsestasjon for ungdom og opprettes kjønnsdelte
- 544 tilbud der det er behov for dette
- 545 • Utdanningen av helse- og omsorgspersonell må i større grad vektlegge
- 546 kunnskap om alkohol og avhengighet.
- 547 • Alle som jobber med barn og unge skal systematisk jobbe for å identifisere
- 548 barn som vokser opp med foresatte som ruser seg.
- 549 • Den nasjonale faglige retningslinjen for tidlig oppdagelse av utsatte barn
- 550 og unge må følges opp i lokalt arbeid, og det må arbeides for at bruk av
- 551 retningslinjen må kobles tett til den forebyggende innsatsen.
- 552 • Kompetansen på rusavhengighet må økes i somatiske avdelinger, slik at
- 553 pasientene kan få rett behandling, også for sin primærdiagnose.
- 554 • Flere kommuner bør ha tilbud om lavterskel psykisk helsehjelp.
- 555 • Avstigningsmuligheten på helsesykepleierstudiet må revurderes for å sikre
- 556 rekruttering av kompetent undervisningspersonell på universiteter og
- 557 høyskoler

## Et helhetlig behandlingsforløp

558 Rusavhengighet skal møtes med helsehjelp. Det er mange veier inn i rusavhengighet,  
559 og like mange veier ut igjen. Et mangfoldig behandlingstilbud er derfor viktig, og det  
560 å komme raskt til behandling er essensielt. Det er også viktig å sikre  
561 behandlingstilbud som ikke tilbyr substitusjonsbehandling.

562 Rettighetsvurdering til behandling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) må  
563 baseres på faglige vurderinger av hva som er best for brukeren, jf. nasjonal veileder.  
564 Actis er bekymret for at helseforetakene vrir pasientstrømmen fra døgn til poliklinikk  
565 og at dette ikke gjøres på faglig grunnlag.

566 Mange personer med rusproblemer har i dag et blandingsmisbruk, som består av  
567 både alkohol og andre rusmidler eller misbruk av legemidler. Rusbehandlingen i TSB  
568 er relativt lik om du er avhengig av alkohol eller andre typer rusmidler, selv om det  
569 selvsagt tas høyde for individuelle vurderinger ut fra erfaring og ressurser hos  
570 pasienten. Det finnes også behandlingstilbud med spesialisering på f.eks.  
571 alkoholavhengighet.

572 Ideelle tilbydere bidrar til mangfold og kontinuitet i behandlingstilbudene.  
573 Kommersielle aktører kan ikke erstatte de ideelles særpreg og egenart som  
574 tjenesteleverandører på rusfeltet.

575 Støre-regjeringen ga i 2024 helseforetakene i oppdrag å sørge for at veksten innen  
576 rus og psykiatri er større enn veksten i de generelle bevilgningene til helseforetaket.  
577 Denne regelen ligner på Solberg-regjeringens «gylne regel» hvor vekst i rus og  
578 psykiatri skulle være større enn i somatikken. Actis støtter ambisiøse mål som fører  
579 til at rus og psykiatri blir prioritert høyere i helseforetakenes budsjetter enn i dag.

580 Pårørendeinvolvering i behandling øker sjansen for et positivt utfall. I tillegg har det  
581 stor betydning for den pårørende. Tross lovpålagte krav om pårørendeinvolvering i  
582 spesialisthelsetjenesten, bidrar de økonomiske insentivene i anbudene bidrar til at  
583 behandlingsinstitusjonene ikke kan prioritere pårørendeinvolvering.

584 Ideelle og frittstående kommersielle tjenesteleverandører som har tilstrekkelig faglig  
585 kompetanse etter TSB-standard, bør kunne tegne driftsavtaler med et regionalt  
586 helseforetak for disse pasientplassene, og på denne måten opprettholde mangfoldet  
587 og antallet pasientplasser i døgninstitusjon etter at ordningen med fritt  
588 behandlingsvalg avvikles.

589 Rusbehandlingen skal utrede årsakene til avhengigheten, behandle skadene som har  
590 oppstått som følge av rusbruken og bidra til rehabilitering. Rusbehandlingen må  
591 være oppmerksom på faren for å lære brukerne hjelpeløshet. Folk må settes i stand  
592 til å ta tilbake styringen i eget liv, og det skal være brukermedvirkning i alle ledd i  
593 behandlingen.

594 Barn og unge med alvorlige psykisk helse- og rusproblemer får i dag ikke hjelpen de  
595 har krav på. Dette har blant annet blitt slått fast av Riksrevisjonen i en rapport fra 2021.  
596 Det er også mye som tyder på at BUP ikke har god nok kompetanse på  
597 rusproblematikk og klarer å fange opp rusproblemer. Heller ikke Barnevernet har  
598 kompetanse eller ressurser til å hjelpe dem med størst utfordringer. Derfor foreslår  
599 Actis å opprette TSB Ung slik at også barn og unge kan få spesialisert behandling for  
600 rusproblemer sine.

#### 601 Actis mener at:

- 602 • Kapasiteten innen TSB må opprettholdes for å unngå lange ventelister til både
- 603 poliklinisk behandling og døgnbehandling
- 604 • Det skal opprettes flere brukerstyrte plasser (pasientstyrte senger) i
- 605 behandlingsinstitusjonene, det vil si plasser der brukeren ved behov kan
- 606 kontakte avdelingen direkte for innleggelse.
- 607 • Brukerstyrte plasser må fullfinansieres
- 608 • Reduksjonen i egenandelen ved poliklinisk behandling bør være inntektsstyrt.
- 609 • Helsemyndighetene i større grad må bruke muligheten til skjermede
- 610 anbudskonkurranser for ideelle aktører
- 611 • Anbudskonkurransene i TSB må vektlegge kvalitet høyere enn økonomi
- 612 • Helseforetakene ikke bør bygge opp tilbud som er i direkte konkurranse med
- 613 tilbud levert av ideelle aktører med avtale

- 614 • Mangfoldet av tilbud innen TSB må styrkes for å styrke muligheten for  
615 brukermedvirkning og imøtegå ulike behov i pasientgruppen
- 616 • Det må tas i bruk styringsverktøy for å sikre at rus og psykiatri prioriteres høyere  
617 enn somatikken
- 618 • Oppdragsdokumentene skal inneholde økonomiske insentiver for  
619 pårørendeinvolvering i behandling.
- 620 • Alle brukere som har krav på og ønsker det, skal sikres en individuell plan med  
621 reelt innhold Som skal følges opp
- 622 • Det skal opprettes flere ambulante team for rus- og psykiatri-lidelser
- 623 • TSB Ung må opprettes.
- 624 • Tverrfaglig helsekartlegging i barnevernet må brukes for å avdekke  
625 rusavhengighet
- 626 • Barn i barnevernets omsorg med store rusproblemer må få helsehjelp
- 627 • Overgangen mellom avrusning og poliklinisk behandling eller  
628 døgnbehandling bør være sømløs og uten mellomrom
- Behandlingsinstitusjonene bør informere tydelig og korrekt om hva tilbudet  
innebærer og krever

## Oppfølging før og etter behandling

629 En av de store utfordringene i norsk rusomsorg er stort frafall underveis i  
630 behandlingen. manglende sammenheng i behandlingsforløp og oppfølging etter  
631 behandling (ettervern). Det er behov for individuell og systematisk oppfølging i alle  
632 overgangsfasene, dvs. etter avrusning, før institusjonsbehandlingen, og etter  
633 behandlingen – på vei ut i samfunnet. Det er her vi ser bristene som gjør at mange  
634 mislykkes på veien til vanlige liv som ikke handler om rus. God koordinering og  
635 oppfølging tilpasset den enkelte, er avgjørende.

636 Det har vært igangsatt flere tiltak som skal sørge for et mer sammenhengende  
637 behandlingsforløp og å trygge overgangen til tiden etter endt behandling. I tillegg til  
638 kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, er det innført flere  
639 pasientforløp for psykisk helse og rus. De nasjonale pasientforløpene skal sikre  
640 overgangene mellom fasene fra henvisning til TSB og til utskrivning. Pasientforløpene  
641 er en tydeliggjøring av de rettigheter og plikter som ligger i det eksisterende  
642 lowerket. Blant annet er det en spesifisering av kommunens involvering underveis i  
643 behandlingsforløpet, og det ligger også noen føringer på forberedelse av tilbudet  
644 etter utskrivning. Den største svakheten er at pakkeforløpets slutt punkt er definert til  
645 utskrivning.

646 Personer med rusavhengighet har ofte behov for tett oppfølging etter utskrivning fra  
647 TSB. Da er det viktig at tilbudet er der, og at det er lett tilgjengelig. Tilbudet etter  
648 behandling må forberedes bedre underveis i behandlingsforløpet.

649 Selv om opptrappingsplanen for rusfeltet har bidratt til flere ansatte i kommunalt  
650 rus- og psykisk helsearbeid, er det fortsatt store utfordringer på rusfeltet. Flesteparten  
651 av de som er bostedsløse i Norge har også en rusavhengighet. Boligsosiale tilbud er  
652 helt grunnleggende etter endt behandling. Uten bolig er det vanskelig å bygge seg  
653 opp et normalt liv, og bolig er en viktig suksessfaktor for vellykket og effektiv  
654 behandling. For kommuner som er for små til å kunne ha et fullgodt  
655 oppfølgingstilbud på egenhånd må det kreves interkommunalt samarbeid.

656 Det er kommunens ansvar både å fremskaffe og tildele boligene. Det er også viktig å  
657 følge opp med tiltak og tjenester. Personer med rusproblemer har ofte behov for  
658 bistand til å mestre egen bo- og livssituasjon..

659 Det er et mål at flest mulig skal komme seg i arbeid etter avsluttet behandling.  
660 Utdanning og arbeidstrening bør være en naturlig del av rehabiliteringsprosessen.  
661 Flere har også behov for hjelp til å mestre utfordringer med personlig økonomi og  
662 behov for somatisk helsehjelp (f.eks. tannhelse).

663 Arbeidslivet har et særskilt ansvar for å gi mennesker med rushistorikk nye sjanser og  
664 arbeidserfaring. Mennesker med marginal tilknytning til arbeidslivet og/eller  
665 helseutfordringer, er avhengig av at NAVs ytelser utformes korrekt og at rettigheter  
666 ivaretas. Språket som benyttes i vedtak og orienteringer er ofte for komplisert, noe  
667 som gjør det vanskelig å klage på viktige vedtak. For mange kan også reduserte  
668 åpningstider og økt digitalisering av tjenester være en hindring.

#### 669 Actis mener at:

- 670 • Stortingsvedtaket som skulle gi behandlingsinstitusjonene større ansvar for  
671 oppfølgingen etter behandling, må følges opp, og det må utarbeides en  
672 finansieringsnøkkel for å fordele kostandene mellom stat og kommune.
- 673 • TSB pakkeforløp må utvides til å inkludere ettervern, med tilhørende tidsfrister  
674 for når egnet bolig, meningsfylt innhold og tiltak for nettverksbygging skal  
675 foreligge.
- 676 • Kommunen må forplikte seg til å gi en faglig forsvarlig reetablering i  
677 kommunen i etterkant av behandling.
- 678 • Retten til ettervern etter endt behandling eller soning bør være lovfestet
- 679 • Det bør finnes et differensiert botilbud etter endt behandling, og man skal ikke  
680 kunne utskrives før egnet bolig med individuelt tilpasset støtte og  
681 booppfølging er på plass.
- 682 • Tilskuddet til oppfølging fra kommunen (ettervern og differensierte botiltak)  
683 skal være øremerket.
- 684 • Økonomisk støtte til bygging av bolig og bostøtte skal økes, og øremerkes.
- 685 • Det bør arbeides aktivt for å redusere utkastelser og begrense bruken av  
686 midlertidige botilbud.
- 687 • Satsingen på jobb- og aktivitetstilbud i kommunene skal styrkes.
- 688 • Reduksjonen i egenandelen ved poliklinisk behandling bør være inntektsstyrt.

- 689
- 690
- 691
- 692
- 693
- 694
- 695
- 696
- 697
- Det skal legges til rette for at frivillige organisasjoner, brukerstyrte organisasjoner og brukerstyrte tiltak kan bidra til å gi mennesker med behov for ettervern et nytt nettverk og hjelp til å skape nye - eller gjenskape tapte - relasjoner.
  - Arbeidserfaring for mennesker med rushistorikk må stimuleres gjennom tilskuddsordninger hos NAV.
  - Det skal opprettes en ombudsordning for Nav.
  - Det skal opprettes et behandlingsforberedende kurs for å forebygge frafall i behandlingen og motivere for endring.

## Tilbud uten legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

698 Rusbehandlingen er i stor grad blitt preget av bruk av medisiner, særlig etter  
699 rusreformen i 2004. Omfanget av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har økt over  
700 tid, og de regionale helseforetakene krever som hovedregel at behandlingsstedene  
701 de skal kjøpe behandlingsplasser hos, tar imot LAR-pasienter. I dag er det bare få  
702 institusjoner som tilbyr rusbehandling hvor det ikke benyttes  
703 substitusjonspreparater, og hvor målet er å bli rus- og medikamentfri.

704 Actis mener at:

- 705
- 706
- 707
- Institusjoner må ha muligheten til å reservere seg mot å tilby LAR
  - Hver helseregion skal tilby et bredt og mangfoldig behandlingstilbud, både med og uten LAR.

## LAR

708 Da Norge innførte substitusjonsbehandling av opiatavhengige på slutten av 1990-  
709 tallet, ble betegnelsen «legemiddelassistert rehabilitering» valgt. Navnet viser tydelig  
710 at rehabilitering skulle være et selvstendig mål. Legemiddelassistert rehabilitering  
711 (LAR) har gitt mange personer med rusproblemer et bedre liv, med mer stabilitet i  
712 tilværelsen og bedre helse. Samtidig er det for liten vekt på rehabiliteringen i  
713 programmet, for store lokale variasjoner, og utfordringer knyttet til blant annet  
714 hvorvidt brukerne blir hørt. Det er viktig at det legges til rette med veiledning og  
715 hjelp for de som ønsker å trappe ned på eller slutte helt med substitusjonsmedisiner  
716 innenfor LAR

717 Målgruppen for LAR var tunge brukere som ikke hadde nyttiggjort seg  
718 medikamentfri behandling, tross flere forsøk. Utgangspunktet var høy terskel,  
719 omfattende søknadsprosedyre og kontrollrutiner. Siden 2010 er krav om å ha forsøkt  
720 annen behandling og aldersgrense fjernet. Det eneste absolutte kravet er at man er  
721 opioidavhengig med behov for behandling i LAR.

722 Det er også en utfordring at medikamenter som brukes i substitusjonsbehandling,  
723 kan komme på avveie og selges og kjøpes som en del av det illegale markedet. En  
724 vesentlig andel av overdosene i Norge skjer nå med opioidholdige legemidler,  
725 deriblant LAR-medikamenter.. Det er viktig å finne god balanse mellom  
726 tilrettelegging og kontroll i LAR.

727 Actis mener at:

- 728 • LAR-programmet bør evalueres, blant annet med sikte på å kartlegge hvorvidt  
729 kommunene har de nødvendige ressursene til rådighet for å sikre pasientene  
730 et fullverdig tilbud og god oppfølging, slik de har krav på.
- 731 • Det bør kartlegges hvilke hjelpetiltak som er tilbudt og prøvd, før inntak i LAR-  
732 programmet.
- 733 • Pasientene skal ha gjennomført et reelt forsøk på behandling uten bruk av  
734 substitusjonspreparater, før de tas inn i LAR.
- 735 • Det bør åpnes for utprøving av langtidsvirkende substitusjonsmedikamenter  
736 innenfor LAR.
- 737 • Det bør prøves ut tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter ved  
738 døgninstitusjon i hver helseregion.
- 739 • Større byer og kommuner bør gis mulighet til å tilby ruspasienter et  
740 lavterskeltilbud med medikamentell behandling (tilsvarende subutex,  
741 suboxone eller lignende) gjennom helseforetakene, etter modell fra blant  
742 annet LASSO-prosjektet i Oslo og Suboxone-prosjektet i Tønsberg.
- 743 • Det må tilrettelegges for at pasienter som er motivert for det, støttes til enten  
744 å trappe ned på medikamentdosene, eller til å bli rus- og medikamentfrie på  
745 en trygg måte.
- 746 • Systemene for dosering og kontroll av LAR-medikamenter må bedres for å  
747 hindre at medikamenter kommer på avveie.
- 748 • Klageprosessene forenkles for pasienter som er misfornøyde med LAR-  
749 behandlingen.

## Heroinassistert behandling

750 Prøveprosjekt med heroinassistert behandling (HAB) er startet opp i Oslo og Bergen.  
751 Prosjektet skal være et tilbud til tunge opiatbrukere som ikke lykkes med andre  
752 behandlingstilbud. Erfaringer fra andre land tyder imidlertid på at denne gruppen  
753 har vanskelig for å benytte seg av tilbudet fordi den korte virketiden på stoffet og den  
754 høye risikoen for overdose krever oppmøte flere ganger om dagen, kombinert med  
755 bruk av LAR-preparat.

756 Actis mener at gruppen som faller utenfor, først og fremst gjør det fordi behandlings-  
757 og ettervernsystemet svikter på avgjørende punkter. De får ikke hjelp på det nivået  
758 de er. Vi ser utfordringer når det gjelder lavterskeltilbud, individuell tilpasning av

759 behandling, bedre botilbud og mer systematisk oppfølging av både somatisk og  
760 psykisk helse i etterkant av avrusing og behandling. Dessuten ser vi at systemet svikter  
761 i arbeidet med å tilby personer med rusproblemer et liv der rusbruken erstattes med  
762 noe meningsfullt; utdanning, jobb, nye relasjoner og positiv aktivitet.

763 Fagmiljøene har vært skeptiske til nytten av å innføre heroinassistert behandling i  
764 Norge. Erfaringen fra andre land viser at gevinsten ved heroinassistert behandling er  
765 begrenset når den sammenlignes med gode LAR-ordninger. Samtidig utvikles det nå  
766 andre morfinpreparater med forlenget effekt.

767 Actis mener det ligger uutnyttet potensial i dagens LAR-system. Handlingsrommet  
768 som finnes, må utnyttes til det fulle. Mennesker med rusproblemer fortjener et liv  
769 med større frihet enn det et liv med fortsatt heroinavhengighet vil innebærer.

770 Actis mener at:

- 771 • LAR-programmet bør videreutvikles og styrkes.
- 772 • Forsøket med heroinassistert behandling må evalueres, men andre  
773 langtidsvirkende morfinpreparater bør også studeres.
- 774 • Det bør sikres lavterskeltilbud for substitusjonsbehandling i alle deler av  
775 landet.
- 776 • Brukere som skrives ut av LAR-ordningen skal få eget individuelt tilpasset  
777 opplegg innen 24 timer etter utskriving.

## **Fengslene som arena for rusbehandling og rehabilitering**

778 Flere undersøkelser viser at mange innsatte har rusproblemer.  
779 Levekårsundersøkelsen i regi av SERAF (2016) viser at 65 prosent av de innsatte har  
780 erfaring med narkotika. Halvparten av de innsatte som deltok i undersøkelsen, har  
781 hatt daglig bruk av narkotika eller medikamenter i halvåret før soning, mens 35  
782 prosent oppgir å ha brukt narkotika mens de har sittet inne.

783 Behandling av rusproblemer er en viktig del av tilbakeføringsarbeidet som gjøres i  
784 fengslene. Det trengs tettere samordning med spesialisthelsetjenestene, slik at behov  
785 og behandlere finner hverandre.

786 I egne rusmestringsenheter er målet at den innsatte skal få hjelp med sin  
787 rusavhengighet og motivasjon for videre behandling gjennom tverrfaglig samarbeid.  
788 Norge har pr. 2020 3500 soningsplasser. 150 av disse er i rusmestringsenheter, som  
789 det finnes 18 av.

790 Rapporten Lengst inne i fengselet fra 2021 viser at kvinner i mindre grad har tilgang  
791 til rusmestringsenheter enn menn. I mange fengsler er rusmestringsplassene

792 forbeholdt menn, og de er også ofte forbeholdt kvinner som soner på lavsikkerhet.  
793 Dette skjer på tross av at de kvinnelige innsatte har større utfordringer knyttet til  
794 rusavhengighet enn menn og dårligere psykisk helse. Det er også flere storforbrukere  
795 og flere som bruker sprøyter for å injisere stoffet.

796 Forskning fra SERAF viser også at de første dagene og den første uken etter løslatelse  
797 er en særlig risikoperiode for overdoser og overdosedødsfall. Overdoser utgjør hele 85  
798 prosent av dødsfallene som skjer innen en uke etter endt soning. For tidligere eller  
799 aktive narkotikabrukere er det derfor særlig viktig å planlegge løslatelsen og skaffe  
800 bolig, aktivitet som skolegang eller arbeid og behandling i den vanskelige  
801 overgangen fra fengsel til frihet.

802 En særlig utfordring er åpne fengsler, der erfaring viser at det er mye rusbruk blant  
803 innsatte og lite kontroll. Det trengs en særlig innsats rettet mot disse fengslene.

#### 804 Actis mener at:

- 805 • Alle innsatte som ønsker det, skal få plass i en rusmestringsenheter, og  
806 kompetansen og bemanningen i disse må styrkes.
- 807 • Det bør opprettes stedlig helsetjeneste med TSB-kompetanse i alle norske  
808 fengsler. Midlene til dette må øremerkes.
- 809 • Det bør legges bedre til rette for økt bruk av § 12-soning i  
810 behandlingsinstitusjon, for eksempel gjennom øremerkede midler til kjøp av  
811 institusjonsplasser. Særlig må tilbudet til kvinner styrkes.
- 812 • Det bør satses mer på straffegjennomføring i samfunnet, som  
813 narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), elektronisk kontroll (EK) eller  
814 samfunnsstraff.
- 815 • Målgruppen for ND bør utvides fra dagens ordning der den kun omfatter  
816 tunge rusbrukere.
- 817 • Det bør legges til rette for brukervedvirkning, brukerstyrte tiltak,  
818 organisasjoner og selvhjelpsgrupper både under soning og når innsatte skal  
819 tilbake etter endt soning.
- 820 • Samarbeidet mellom kriminalomsorgen og andre etater som helsetjenesten,  
821 sosialtjenesten og NAV må styrkes
- 822 • Hjemkommunen må kobles tidligere og tettere på den innsatte gjennom  
823 kriminalomsorgen, slik at den innsatte ikke løslates uten at det er lagt til rette  
824 for bolig, aktivitet, videre sosialfaglig hjelp og eventuell annen nødvendig  
825 oppfølging.
- 826 • Soningen må legges opp med tilrettelagt progresjon i soningen som  
827 hensyntar rusmiddelproblematikk, med opptrapping fra rusmestringsenhet til  
828 § 12 og soning med EK.
- 829 • Innsatte som er på LAR må få oppfølging slik at fengselsoppholdet også er en  
830 del av rehabiliteringen, ikke bare medisinerer.
- 831 • Det må satses særlig på å redusere rusbruken i åpne fengsler gjennom økt  
832 bemanning fra kriminalomsorg, primærhelsetjeneste og styrket

- 833 tilstedeværelse v/rus og psykiatri, ved siden av tiltak som enerom og  
 834 meningsfull sysselsetting.  
 835 • Rusmestringstilbudet for kvinnelige innsatte må styrkes og utvides til kvinner  
 836 som soner på høysikkerhet

## Rusmiddel- og medikamentbruk i livets begynnelse

837 Barn som vokser opp med utrygghet og rus blir lettere utrygge som voksne, har  
 838 forhøyet risiko for å utvikle egne psykiske lidelser og søker lettere til rus selv. Å lykkes  
 839 med forebygging og tidlig innsats mot kommende og ferske foreldre, har derfor stor  
 840 betydning.

841 Rusmiddelbruk under graviditet fører til økt forekomst av svangerskaps-  
 842 komplikasjoner, alvorlige abstinenssymptomer hos det nyfødte barnet, misdannelser  
 843 og psykomotoriske forstyrrelser. Det trengs bedre oppfølging av gravide for å  
 844 kartlegge rusbruk og sette inn tidlig innsats. I dag er det for mange barn som fødes  
 845 med skader som følge av foreldres rusmiddel- eller medikamentbruk.

846 Actis mener at:

- 847 • Gravide skal fortsatt få informasjon om farer ved  
 848 rusmiddelbruk/legemiddelmissbruk i svangerskapet og at bruken av slike  
 849 midler kartlegges ved første svangerskapskonsultasjon.
- 850 • Ved mistanke om at en gravid kvinne bruker legemidler eller rusmidler i en  
 851 slik grad at det kan skade fosteret, skal det defineres som et risikosvangerskap.  
 852 Risikosvangerskap skal tilbys hyppigere og mer omfattende  
 853 svangerskapskontroller gjennom spesialisthelsetjenesten. Kvinnen bør som  
 854 hovedregel innlegges i TSB-avdeling for gravide for å redusere faren for  
 855 ytterligere ruseksponering for fosteret. Dersom tilbudet ikke blir mottatt, bør  
 856 kommunen vurdere innleggelse etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3.
- 857 • Barnevern og helse- og sosialtjenesten skal varsles dersom en gravid kvinne  
 858 misbruker legemidler eller bruker rusmidler i en slik grad at det kan skade  
 859 fosteret.
- 860 • Det bør vurderes å starte Familie for første gang, Nye familier eller lignende  
 861 familiestøtteprogrammer i de største byene i alle regioner.
- 862 • Kunnskap om behandling av abstinente barn, oppfølging av gravide som  
 863 bruker narkotika og spedbarn som er født med ulike skader som følge av  
 864 foreldres rusmiddelbruk, bør være oppgave for et nasjonalt  
 865 kompetansesenter. Et slikt senter bør også gis forskningsoppgaver, samt bidra  
 866 til å følge barn født med abstinenser videre helt inn i voksen alder. Senteret  
 867 bør etableres utfra eksisterende kompetansemiljøer.
- 868 • Det bør legges til rette for at kvinner i fruktbar alder i LAR-programmet bruker  
 869 prevensjon og at slik prevensjon skal være gratis for kvinnene. Kvinnene skal  
 870 også gis informasjon om risiko ved svangerskap når man er i LAR. Kvinner i

- 871 LAR-programmet som likevel blir gravide, skal følges særlig tett under  
872 svangerskapet.
- 873 • Ustabile familier som har vært preget av rus eller andre problemer som kan  
874 indikere økt fare for omsorgssvikt, skal utredes ved spedbarns/familiesenter.  
875 Barna skal ha rett til adekvat hjelp og oppfølging fra helsevesen, sosialtjeneste  
876 eller barnevern. Slike sentre for barn og familier skal være en lovpålagt tjeneste  
877 innenfor barnevern, som en rettighet fastsatt i barnevernloven.
  - 878 • Tilpasset boligløsning for disse familiene etter fødsel og utredning må være  
879 prioritert i kommunene.
  - 880 • Kvinner som fratras foreldreretten som følge av rusproblemer eller annet som  
881 gir manglende omsorgsevne, skal gis oppfølging av helse- og sosialtjeneste.
  - 882 • Senskader av rus som er oppstått i svangerskap skal være et prioritert  
883 forskningstema.
  - 884 • Barn som fødes med FASD og/eller NAS skal ha lovfestet rett til god faglig  
885 oppfølging frem til fylte 18 år.

## Tilbud til eldre personer med rusproblemer

886 For personer med rusavhengighet oppstår ofte aldring og aldersrelaterte plager  
887 tidligere. Mange virker fysisk eldre enn det deres alder skulle tilsi, og de har betydelig  
888 dårligere helse sammenlignet med personer på samme alder i den øvrige  
889 befolkningen.

890 Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) defineres som «eldre» fra 45 års  
891 alder. LAR-pasientene i Norge stadig eldre, og snittalderen øker år for år. I 2020 var  
892 gjennomsnittsalderen i LAR 46,5 år. Andelen LAR-pasienter over 60 år er i 2020  
893 tredoblet sammenlignet med 2015.

894 Eldre LAR-pasienter har, i tillegg til langvarig alvorlig rusproblematikk, ofte mange  
895 somatiske plager, noe som øker risikoen for komplikasjoner og dødsfall. Somatisk  
896 sykdom er årsaken til halvparten av dødsfallene i LAR. Psykiske lidelser som angst,  
897 depresjon og personlighetsforstyrrelser er vanlige problemer hos eldre i LAR. Mange  
898 eldre med rusproblemer er også ensomme og sosialt isolerte. Kontakt med  
899 familien er ofte begrenset og mange «broer er brent».

900 Kroppens evne til å håndtere legemidler svekkes med alderen, også metadon.  
901 LAR-pasienter over 45 år mottar oftere metadon og får også høyere doser.  
902 Sammenholdt med at eldre i LAR ofte har store somatiske og psykiske plager, øker  
903 risikoen for legemiddelinteraksjoner.

904 Actis mener at:

- 905 • Kompetansen om rus og aldersrelaterte helseproblemer må økes i  
906 hjelpeapparatet.

- 907 • Kunnskapen om faren for legemiddelinteraksjoner for eldre i LAR, særlig ved
- 908 langvarig sykdom, må økes.
- 909 • Det må utredes modeller for ivaretagelse av eldre personer med
- 910 rusproblemer på sykehjem.
- 911 • Behovet for å opprette flere sykehjemsplasser forbeholdt eldre personer med
- 912 rusproblemer må vurderes.
- 913 • Det må tilrettelegges for tilpassede helsetjenester, der eldre LAR-pasienter
- 914 blir møtt av personer som har rusfaglig kompetanse og geriatriisk
- 915 fagkompetanse
- 916 • Kunnskapen om eksisterende tilbud til eldre personer med rusproblemer i
- 917 hjelpeapparatet må kartlegges.
- 918 • Det bør vurderes om kriteriene for å få sykehjemsplass er dekkende for
- 919 denne gruppens behov, gitt at aldersrelaterte plager oppstår tidligere.
- 920 Det bør tilrettelegges for egne sykehjemsplasser for eldre personer med
- 921 rusproblemer, inkludert personer som er avhengig alkohol slik at de får hjelp
- 922 til å regulere rusmiddelbruket sitt.
- 923 • Det er behov for mer kunnskap om de sosiale, somatiske og psykiske
- 924 utfordringer som preger eldre med rusmiddelproblematikk blant fastleger,
- 925 psykologer, i spesialisthelsetjenesten, hjemmesykepleien og i kommunale
- 926 tiltak.

## Skadereduksjon

927 Skadereduksjon er lavterskel helse- og omsorgstiltak som skal redusere negative  
 928 helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser uten at tiltakene har rusfrihet  
 929 som primært mål. Tiltakene kan gi bedre helse, forebygge overdoser og smitte, og  
 930 kan legge til rette for videre behandling som kan gi økt livskvalitet og et mer verdig  
 931 liv. Skadereduksjon kan også være tilbud til dem som ellers er vanskeligst å nå og  
 932 hjelpe.

933 Samtidig er det viktig å holde fast på at skadereduksjonstiltak på ingen måte kan  
 934 erstatte en bredere narkotikapolitisk strategi med forebygging, tidlig hjelp,  
 935 behandling og rehabilitering som hovedelementer. Denne typen tiltak gir aller størst  
 936 reduksjon i narkotikaskader. Skadereduksjon er en naturlig del av en helhetlig  
 937 tilnærming, som inkluderer alle elementene; forebygging, behandling og  
 938 skadereduksjon. Disse tiltakene må foregå parallelt.

939 Mye av norsk rusdebatt har de siste årene handlet om skadereduksjon, gjennom  
 940 sprøyteutdeling, utvikling av lavterskeltilbud og innføringen av lavterskel-LAR. Dette  
 941 er viktige tiltak som gjør strevsomme liv litt mindre strevsomme, som kan bidra til økt  
 942 verdighet og en mulighet til et normalt liv med jobb og familie. For noen vil forbedret  
 943 helse og livskvalitet og mindre skadelige bruksmønstre være viktige behandlingsmål  
 944 i seg selv, og gjennom skadereduksjonstiltak kan man komme i posisjon for  
 945 motivasjon for behandling.

946 Hovedmålet for hjelpeapparatet må fortsatt være å hjelpe personer med  
947 rusproblemer ut av avhengigheten, men også redusert forbruk og forbedrede liv er  
948 adekvate behandlingsmål i dag. De aller fleste narkotikabrukere ønsker hjelp til å  
949 komme ut av avhengigheten, ikke tilrettelegging for bruk. Bruk av  
950 skadereduksjonstiltak må ikke føre til at fellesskapets ambisjoner på dette området  
951 svekkes.

952 Brukerrom er et skadereduserende tiltak som er etablert i Oslo og Bergen. I Oslo  
953 fungerer brukerrømmet som en samordning og samlokalisering av kommunens  
954 lavterskeltiltak for personer med omfattende rusmiddelbruk. Her finnes  
955 sprøyte/røykerom, utdeling av brukerutstyr, feltpleie, akuttovernatting, og  
956 oppsøkende tjenester under samme tak. Dette er en god modell som gir kommunen  
957 en unik mulighet til å komme i kontakt med brukerne og sluse dem videre inn i  
958 hjelpeapparatet. Brukerrommet kan være viktig for å fange opp nye utviklingstrekk i  
959 rusbruk, for eksempel økning i forekomsten av stoffer som fentanyl.

960 Tilgjengelighet av behandling når brukerne er motivert er sentralt, og veien inn til  
961 motivasjon kan ofte gå via skadereduksjonstiltak, som en port inn i  
962 behandlingssystemet. Derfor bør det være tydelig samhandling og sammenheng  
963 mellom skadereduksjon og behandlingstilbudene.

964 Leverskader er en betydelig dødsårsak for personer med rusproblemer. I Norge er  
965 over 20 000 mennesker smittet av hepatitt C. De fleste har blitt smittet i forbindelse  
966 med injisering av rusmidler. Verdens helseorganisasjon har som mål å utrydde  
967 sykdommen innen 2030. I Norge har vi muligheten til å nå dette målet tidligere.

968 Sprøytedeling er den vanligste smittemåten for hepatitt C, men viruset kan også  
969 smitte ved deling av annet utstyr som brukes ved injisering, som for eksempel  
970 kokekar. Til tross for at Norge i internasjonal sammenheng har god dekning av  
971 sprøyteutdeling, er det store variasjoner fra kommune til kommune i hva slags  
972 skadereduserende utstyr som deles ut, eller om dette i det hele tatt gjøres.

### 973 Actis mener at:

- 974 • Det bør være god tilgang til gratis eller lavkostnads lavterskeltiltak helse- og  
975 omsorgstilbud (f.eks. 24SJU, Gatehospitalet og Strax-huset). I alle store byer  
976 som personer i aktiv rus kan oppsøke og benytte uten henvisning
- 977 • De største byene skal ha ambulante team, utekontakter og tilbud som  
978 «Sykepleie på hjul».
- 979 • Lavterskeltilbudet MO-sentrene (mottaks- og omsorgssentre) bør evalueres for  
980 å vurdere om samlokaliseringen og organiseringen av ulike tilbud er fornuftig.
- 981 • Det må utvikles en nasjonal standard for hva slags utstyr for skadereduksjon  
982 ved rusmiddelbruk som skal deles ut.
- 983 • Sprøyteutdelingspraksisen bør evalueres for å vurdere om den virker  
984 forebyggende av HIV- og Hepatitt C.

- 985 • Finansiering av utdeling av brukerutstyr skal være en statlig oppgave.  
 986 • Kommunene som ønsker å opprette brukerrom, bør utvikle et helhetlig  
 987 tiltak i tråd med modellen i Oslo.

## Strategi mot overdoser

988 Narkotikadødsfall, som overdosedødsfall, er et alvorlig helseproblem i Norge. De siste  
 989 ti årene har rundt 250 mennesker mistet livet i Norge hvert år som følge av overdose  
 990 etter inntak av narkotika. I 2020 døde rekordmange mennesker av overdoser, hele  
 991 324 personer. Dette er det høyeste antallet siden årtusensskiftet. Fire av fem dødsfall  
 992 skyldes inntak av opioider med sprøyte, ofte sammen med benzodiazepiner og/eller  
 993 alkohol.

994 Stortinget har styrket arbeidet med å forebygge overdoser ved å legge til grunn en  
 995 nullvisjon. Actis støtter nullvisjonen og arbeidet som legges ned for å forebygge  
 996 overdoser, som økt satsing på kameratredning, tiltak for å få flere til å bytte fra  
 997 sprøyter til røyking av heroin og utdeling av motgift i nesenspray (Naloxon).

998 Det vil være viktig å forebygge utvikling av nye typer overdosedødsfall. USA og  
 999 Canada har vært rammet av en overdoseepidemi som følge av medikamentbruk.  
 1000 Foreløpige anslag tyder på at mer enn 107.000 mennesker døde av narkotikarelaterte  
 1001 årsaker i USA i 2021. Rundt 15 prosent av opioiddødsfallene skyldes forskrevne  
 1002 legemidler. Dette er kunnskap vi må ha med oss for å forebygge. I den norske  
 1003 statistikken anslås det at rundt 30 prosent av dødsfallene er knyttet til sterke  
 1004 smertestillende medikamenter, mens 23 prosent er knyttet til heroin. Arbeidet mot  
 1005 overdosedød i Norge må derfor også rettes mot andre grupper enn de tradisjonelle,  
 1006 tunge rusmiljøene.

1007 Vi vet at ikke-dødelige overdoser kan medføre alvorlige helseskader. Forskning viser  
 1008 dessuten at en person som har overlevd en overdose synes å være i større fare for en  
 1009 dødelig overdose senere. Det er derfor naturlig å ha som mål ikke bare å redusere  
 1010 antallet dødsfall, men også å styrke tilbudet til personer som nettopp har overlevd en  
 1011 overdose, slik at disse kan få den hjelpen de har behov for.

### 1012 Actis mener at:

- 1013 • Overdoseoverlevende skal tilbys utredning, nevrologisk undersøkelse og  
 1014 annen helse- eller sosialfaglig hjelp.
- 1015 • Overdoseoverlevende bør anses som en høyrisikogruppe, som nettopp  
 1016 overlevde en akutt krise og må derfor tilbys rusbehandling som et akutt-tiltak  
 1017 uten ventetid.
- 1018 • Norge skal ha en tidsavgrenset overdosestrategi som evalueres og revideres  
 1019 hvert fjerde år.
- 1020 • Tiltak mot overdose med sterke smertestillende medikamenter må  
 1021 innarbeides i overdosestrategien.

- 1022 • Statistikken for overdoser bør utarbeides halvårlig i en prøveperiode inntil  
1023 dødstallene har en tydelig nedgang.
- 1024 • Det må forskes mer på langtidsvirkende medikamenter som kan beskytte mot  
1025 overdoser f.eks. ved løslatelse fra fengsel, utskrivning fra medikamentfri  
1026 behandling eller utskrivning fra LAR-programmet.
- 1027 • Det må utvikles retningslinjer som i større grad enn i dag sikrer faglig forsvarlig  
1028 forskrivning av opioidholdige smertemedisiner, både fra sykehus og  
1029 allmennleger, til personer med kroniske smerter.
- 1030 • Forskrivning av avhengighetsskapende legemidler må overvåkes for å  
1031 forebygge dødsfall som følge av legemidler.

## Åpne russcener

1032 I flere norske byer er det åpne russcener der det foregår narkotikasalg til ungdom og  
1033 annen kriminalitet. De åpne russcenene har opprettholdt bruk av rusmidler, og  
1034 samtidig tjent som tilholds- og væresteder. Det er stor politisk enighet om at det er  
1035 nødvendig å stenge åpne russcener. Men det er ikke tilstrekkelig. Når åpne russcener  
1036 skal fjernes, er det helt nødvendig at det er god tilgang på alternative tilholds- og  
1037 væresteder og hjelpetiltak på ulike nivåer. For å hindre åpne russcener må  
1038 avhengighet av rusmidler møtes som et helseproblem i kombinasjon av kontroll- og  
1039 hjelpetiltak.

1040  
1041 Politiets oppgave er å jobbe tilbuds- og etterspørselsreducerende. Bøter ved  
1042 bortvisningsvedtak bør brukes i minst mulig grad. Det er viktig at det settes inn  
1043 sosialfaglig innsats som kan kanalisere brukerne til hjelp og behandling. Politi og  
1044 sosialtjeneste må samarbeide og løse de problemene som oppstår.

1045 Actis mener at:

- 1046 • Kapasiteten i skadereduserende tiltak må økes, særlig der det er aktuelt å  
1047 gripe inn i åpne russcener.
- 1048 • Oppsøkende tjenester fra kommune og ideelle organisasjoner må være  
1049 samordnet og aktivt og daglig til stede i byrommene.
- 1050 • LAR-tilbudet må være enkelt tilgjengelig, og man må vurdere opprettelse av  
1051 flere LAR-poliklinikker.
- 1052 • Det bygges ut flere væresteder og flere botilbud.
- 1053 • Bostedsløse må tilbys bolig, eventuelt bostøtte og botrening i bolig med tilsyn  
1054 eller bemanning.
- 1055 • Kommunale botilbud bør spres, slik at man unngår at sosiale problemer hopper  
1056 seg opp i enkelte boområder.
- 1057 • Hospitasplasser ikke skal brukes som langtidstilbud

## Rett til vern mot vold

1058 Risiko og sårbarhet for vold øker ved rusmisbruk, og kvinner med rusproblemer er  
 1059 dermed spesielt utsatt for å bli ofre for både vold og voldtekt. Krisesentertilbudet til  
 1060 denne gruppen i dag for dårlig, og personer med kjent rusproblematikk er den  
 1061 gruppen som oftest avvises ved krisesentrene. Det mangelfulle hjelpetilbudet er et  
 1062 alvorlig brudd på rettsikkerheten til denne gruppen. Retten til å bli beskyttet mot  
 1063 vold opphører ikke selv om man ruser seg. Samtidig er ikke de ordinære krisesentrene  
 1064 egnet for personer med rusproblemer eller psykisk sykdom, hverken for kvinnene selv  
 1065 eller av hensyn til andre kvinner og barn som oppholder seg på krisesenter.

1066 Lavterskeltilbudene til rusmiddelavhengige er heller ikke egnet til å ivareta og  
 1067 beskytte rusmiddelavhengige kvinner som blir utsatt for vold. Sengeplassene  
 1068 reservert kvinner er ofte få, og mulighetene for å få sengeplass er uforutsigbare.  
 1069 Mange av tilbudene har heller ikke beskyttelse på dagtid. Det finnes ingen nasjonal  
 1070 oversikt over hvilke krisesentre som tar imot kvinner i aktiv rus. Dette gjør det  
 1071 vanskelig å navigere i systemet og få den hjelpen man trenger.

1072 I 2021 stemte et flertall på Stortinget for at personer i aktiv rus skal ha rett på et  
 1073 krisesentertilbud, enten i tilknytning til eksisterende krisesenter eller som et  
 1074 selvstendig tilbud, og i 2023 ble det vedtatt at krisesenterloven skulle revideres.  
 1075 Denne revideringen venter vi fremdeles på, og revideringen må følges av økonomiske  
 1076 bevilgninger for å sikre alles rettsvern.

1077 Actis mener at:

- 1078 • Personer i aktiv rus skal ha samme rett til vern mot vold og overgrep som alle  
 1079 andre
- 1080 • Krisesentertilbudet til denne gruppen på bygges ut, med det mål at ingen skal  
 1081 bli avvist ved et krisesenter fordi de er ruset
- 1082 • Det bør utvikles egne tilbud for denne gruppen i alle regionene byene, med  
 1083 tverrfaglig kompetanse
- 1084 • Det må opprettes en nasjonal oversikt over krisesentre som tar imot personer  
 1085 i aktiv rus

## Pårørende – voksne og barn

1086 For brukere av rusmidler øker risikoen for helseproblemer, sykdom, skader og sosiale  
 1087 problemer. Like alvorlig, og antakelig betydelig større i omfang, er problemene rus  
 1088 påfører menneskene rundt brukeren.

- 1089    Forskning viser at pårørende rapporterer om redusert psykisk og fysisk helse. Mange  
1090    lever under et umenneskelig press, med skam, maktesløshet, utrygghet og  
1091    skyldfølelse som gjennomgripende følelser.
- 1092    I 2020 ble det lagt frem en pårørendestrategi. Strategien inneholdt få konkrete tiltak.  
1093    I en revidering bør strategien se på dagens nasjonale og kommunale struktur for  
1094    pårørendearbeid, og hvilke tiltak som, uavhengig av nærpersonens sykdomstilstand,  
1095    kan settes inn for å forbedre denne gruppens situasjon. Det bør være et like godt  
1096    tilbud til de som har et akutt behov for hjelp, og de som har behov for hjelp i et lengre  
1097    perspektiv.
- 1098    Lavterskeltilbud for pårørende er grunnleggende viktig for å ta tak i problemene så  
1099    tidlig som mulig. Lavterskeltilbud, som samtalegrupper, individuelle samtaler eller  
1100    kurs gir hjelp uten henvisning og ventetid, og bidrar til å lette ressursbruken i  
1101    spesialisthelsetjenesten. Frivillige organisasjoner, som i stor grad driver  
1102    lavterskeltilbudene, er et viktig supplement til det offentlige, og bistår med  
1103    engasjement og egenerfaring. Det er i dag for stor variasjon i hvilke lavterskeltilbud  
1104    som tilbys i kommunene. Kommunen og helseforetakene må prioritere økonomiske  
1105    midler til lavterskeltilbud i hele landet.
- 1106    Koordinering, kompetanse og informasjon er avgjørende for et godt  
1107    pårørendearbeid. Helseregionene og kommunene må jobbe systematisk med at  
1108    pårørende får tilstrekkelig informasjon om tilbudet som finnes, at de ulike tjenestene  
1109    er samordnet og at det er kompetanse på pårørenderollen i alle helseregioner.
- 1110    Pårørende er en viktig ressurs og bør inkluderes i brukerens behandlingsforløp.  
1111    Pårørende har ofte behov for tett oppfølging og/eller behandling, og har rett til det –  
1112    også i spesialisthelsetjenesten.
- 1113    Barn av som lever med voksne med rusproblemer, eller barn som er pårørende, står  
1114    i en særstilling og skal fanges opp tidlig. Barna skal ivaretas på en best mulig måte,  
1115    slik at barnets behov blir møtt under hele behandlingsprosessen. Dette må  
1116    kommunen og spesialisthelsetjenesten sørge for i fellesskap. Spesielt er det behov for  
1117    lavterskeltilbud hvor barn og unge selv kan ta kontakt uten henvisning fra lege eller  
1118    godkjenning fra foreldre.
- 1119    Barn og unge som er pårørende, tar på seg betydelig mer oppgaver i hjemmet enn  
1120    hva som er vanlig. Dette påfører dem ekstra stress og belastning, og synliggjør at det  
1121    også er et behov for bistand til praktiske gjøremål i hjemmet hos  
1122    rusmiddelavhengige som har ansvar for barn.
- 1123    Barn har ingen formelle rettigheter som pårørende i spesialisthelsetjenesten. Dette  
1124    betyr at barn som pårørende heller ikke har rett eller krav på eget tilbud om  
1125    behandling og/eller oppfølging utelukkende basert på familiens problemer. Barn får

1126 dermed ikke tilrettelagt hjelpetilbud før de selv blir så syke at de fyller kriteriene for å  
1127 bli rettighetspasient (eks. Barne- og ungdomspsykiatri BUP – traume, vold osv.).

1128 Barn som pårørende har høyere risiko for selv å utvikle alvorlige problemer, skole  
1129 drop-out, og høyere sannsynlighet for tidlig uførhet. Denne gruppen må dermed ha  
1130 en særstilling i arbeid med tidlig innsats og pårørende.

1131 Actis mener at:

- 1132 • Den nasjonale pårørendestrategien må revideres og følges opp av konkrete  
1133 tiltak og økonomiske midler.
- 1134 • Alle helseregioner skal ha et kompetansesenter for pårørende, som skal bistå  
1135 og gi informasjon til pårørende, uavhengig av nærpersonens sykdomstilstand.
- 1136 • Alle kommuner skal ha en pårørendekoordinator, som skal bistå pårørende i  
1137 kommunene med informasjon om tilbud/rettigheter og bidra til å finne  
1138 løsninger som avlastar og hjelper den pårørende
- 1139 • Det må derfor opprettes en nasjonal informasjonsportal, på oppdrag for eller  
1140 driftet av nasjonale myndigheter med informasjon om hjelpetiltak på  
1141 kommunenivå. Pårørende bør gis selvstendige rettigheter i  
1142 spesialisthelsetjenesten, når de selv har behov for behandling.
- 1143 • Barn som pårørende skal alltid få den hjelpen de har krav på, både når det  
1144 gjelder informasjon og oppfølging.
- 1145 • Det bør innføres lavterskeltilbud for unge pårørende hvor de kan møte  
1146 fagpersoner med kompetanse på området
- 1147 • Det må være et grunnleggende prinsipp at barn får delta og medvirke i egen  
1148 situasjon.
- 1149 • Det bør innføres et krav om at barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten er en  
1150 egen stilling. Kommunene bør også pålegges å ha barneansvarlig personell.
- 1151 • Familier som er berørt av rusproblematikk må få tilbud om bistand til  
1152 familien som helhet, gjerne hjemme.
- 1153 • Barn som pårørende må sikres formelle pårørenderettigheter.
- 1154 • Unge pårørende bør få sin hjelp av fagspesialister som har god kompetanse,  
1155 innsikt og erfaring med rusproblematikk.
- 1156 • Alle barn som er pårørende til en person med psykisk sykdom eller  
1157 rusavhengighet skal ha tilgang til gruppesamtaler eller terapitilbud i regi av  
1158 det offentlige eller frivillige organisasjoner.
- 1159 • Det bør skaffes et bedre anslag over hvor mange barn som er pårørende av  
1160 rusavhengige og psykisk syke.
- 1161 • Tilskuddsordningene til frivillige organisasjoner som arrangerer ferietilbud for  
1162 utsatte barn bør styrkes, og det bør sørges for større forutsigbarhet.
- 1163 • Kompetansen til hjelpeapparatet som skal identifisere at barn og unge vokser  
1164 opp i hjem med for mye alkohol, som lærere og helsepersonell må styrkes. Det  
1165 bør settes av mer midler til forskning, evaluering og utvikling av tiltak og  
1166 tjenester for barn, unge og voksne som er pårørende, og brukerne bør  
1167 inkluderes i dette arbeidet.

## Internasjonal narkotikapolitikk

1168 Actis følger tett utviklingen på rusmiddelfeltet internasjonalt, bygger allianser med  
1169 organisasjoner i andre land og sikrer frivillig deltakelse i internasjonale fora på  
1170 narkotikafeltet. Actis skal være en sterk stemme i det internasjonale arbeidet for en  
1171 kunnskapsbasert narkotikapolitikk.

1172 På FN-toppmøtet i New York i 2016 staket FNs medlemsstater ut kursen i  
1173 narkotikapolitikken. På høynivåmøtet i 2019 gjentok medlemslandene sin støtte til  
1174 de hovedlinjene som er staket ut fram mot neste evalueringsrunde i 2024. Denne  
1175 prosessen vil være sentral for utformingen av den globale narkotikapolitikken, men  
1176 det er også viktig å være oppmerksom på at politikktutviklingen i medlemsstatene  
1177 påvirker retningen. Actis vil derfor fortsatt engasjere seg i den globale  
1178 narkotikapolitikken sammen med de av våre medlemsorganisasjoner som jobber  
1179 internasjonalt og styrke samarbeidet med de nettverkene vi er en del av.

1180 Den internasjonale narkotikadebatten har vært preget av polarisering. Stillingskrigen  
1181 kan noen ganger stå i veien for en konstruktiv videreutvikling av politikk og lovgivning.  
1182 Det finnes imidlertid et stort politisk handlingsrom mellom ytterpunktene.  
1183 Slutterklæringen fra toppmøtet i 2016 skisserer en rekke konkrete satsningsområder  
1184 fremover. De fleste landene ønsker en balansert politikk, og det er her vi finner  
1185 løsninger som har bred nok oppslutning til å bli felles for FNs medlemsland.

1186 Noen land er spesielt hardt rammet av narkotikakriminalitet og har områder der store  
1187 befolkningsgrupper lever av å dyrke narkotika. Dette er problemer som stikker langt  
1188 dypere enn «bare» narkotikatrafikk. Slike land er i stor grad rammet av dårlig styresett,  
1189 korrupsjon, manglende økonomisk vekst, fattigdom og nød, krig og konflikt, dårlig  
1190 helse- og sosialpolitikk osv. Dette gjør at kriminelle bander kan operere fritt og  
1191 blomstre med mange og varierte inntektskilder i tillegg til narkotikasalg, slik som  
1192 hvitvasking av penger, beskyttelsespenger og utpressing, prostitusjon og  
1193 menneskehandel, forfalsking av penger og dokumenter. Enkle tiltak på ett område,  
1194 som endret regulering av narkotika, vil derfor ha begrenset virkning.

1195 Actis mener at

- 1196 • Norge skal prioritere følgende saker i det internasjonale narkotikasamarbeidet:
- 1197 • Bidra til utvikling av en bred og balansert narkotikapolitikk i flest mulig land,  
1198 bygd på FN-konvensjonene, med en folkehelseilnærming i bunnen og  
1199 forebygging som viktigste strategi.
- 1200 • Utvikling av en global plan for å skaffe nødvendige smertestillende midler til  
1201 alle land.

- 1202 • Erfaringsutveksling med andre land rundt mobilisering av lokalsamfunn i  
1203 forebygging og med bruk av alternative reaksjoner for mindre  
1204 narkotikalovbrudd.
- 1205 • Demme opp mot kampanjer som pågår for å erstatte forebygging og  
1206 rehabilitering med enkle skadereduksjonstiltak.
- 1207 • Være pådriver for økt bruk av helse- og sosialpolitiske virkemidler i  
1208 narkotikapolitikken i flere land.
- 1209 • Bidra til at flere land, inkludert Norge, gjør alternativ utvikling - altså en annen  
1210 sosial- og økonomisk utvikling i områder som er preget av ulovlig  
1211 narkotikaproduksjon - til en del av nasjonal utviklings- og bistandspolitikk. På  
1212 narkotikaområdet må man trekke på erfaringer fra andre utviklingsprosjekter.
- 1213 • Fremme kravet om at verdenssamfunnet lager en «Marshallplan» til hjelp for  
1214 land som er dominert av narkotikaproduksjon og narkotikatrafikk. Disse  
1215 landene trenger en omfattende strategi som inkluderer langt mer enn dyrking  
1216 av alternative vekster til cannabis, opium eller koka.

## Forskning

1217 Actis ønsker en kunnskapsbasert narkotikapolitikk. Det krever at det kontinuerlig  
1218 innhentes kunnskap om omfanget av bruk av ulike narkotiske stoffer. I tillegg må det  
1219 forskes på forklaringer på og konsekvenser av narkotikabruken og de  
1220 narkotikapolitiske virkemidlene, samt effekten av ulike kontroll-, hjelpe- og  
1221 behandlingstiltak.

1222 Forskningen bør belyse de samlede samfunnsmessige virkninger av og erfaringer  
1223 med ulike modeller for narkotikapolitikken på individ- og samfunnsnivå. Aktuelle  
1224 emner kan for eksempel være epidemiologisk forskning om bruk av narkotiske  
1225 stoffer, sammenhenger mellom bruk av ulike typer narkotika og forholdet mellom  
1226 bruk av narkotiske stoffer og alkohol og tobakk. Det vil også være interessant å få flere  
1227 antropologiske studier og andre kvalitative studier om årsakene til individenes ulike  
1228 veier fra eksperimentering og «kontrollert» bruk til avhengighet og tilbake til  
1229 fullstendig stoffrihet.

1230 Det foregår mye forskning i Norge og internasjonalt. Noen evaluerings- og  
1231 forskningsbehov er presisert under de ulike temaene i plattformen. I tillegg ser vi  
1232 andre udekte behov.

1233 Actis mener at:

- 1234 • Det må forskes mer på effekt av ulike typer behandling og behandlingsforløp  
1235 slik at kvaliteten i behandlingen kan økes.
- 1236 • Det bør utvikles kunnskapsbaserte kvalitetsindikatorer for behandling.

- 1237 • Det bør forskes på hvordan man kan forebygge frafall eller avbrudd fra  
1238 behandling.
- 1239 • Barn som er født etter svangerskap med bruk av rusmidler eller  
1240 medikamenter, også LAR-medikamenter, må følges opp i livsløpsstudier og  
1241 denne forskningen legges til grunn for retningslinjer for gravide.
- 1242 • Det bør forskes mer på motstandsdyktighet (resiliens) og på hvordan denne  
1243 kunnskapen kan brukes i praktisk forebyggende arbeid.
- 1244 • Bruken av ulike typer alternative reaksjoner i forbindelse med  
1245 narkotikakriminalitet kartlegges og evalueres.
- 1246 • SERAF og avdelingen for rusmiddelforskning ved Folkehelseinstituttet må  
1247 sikres finansiering for å ivareta behovet for at det kontinuerlig hentes inn  
1248 kunnskap på feltet.
- 1249 • Det må iverksettes evaluering og uavhengig følgeforskning fra første dag på  
1250 effektene av forebyggings- og behandlingsreformen. Det bør sikres tverrfaglig  
1251 og flerdisiplinær rusforskning som både ivaretar den samfunnsfaglige og den  
1252 medisinske siden av rusforskningen.