



Oslo kommune
Velferdsetaten

VELFERDSETATEN

Rett hjelp til rett tid

Kunnskapsgrunnlag for rusmelding, Oslo kommune



Rett hjelp til rett tid

Kunnskapsgrunnlag for rusmelding

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt med innspill til kunnskapsgrunnlaget!

Først og fremst til brukere og pårørende som generøst har delt erfaringer, og kommet med nyttige råd for hvordan forebyggende arbeid og rusarbeid bør tilrettelegges i fremtiden.

Vi vil også rette en stor takk til bruker- og pårørende organisasjoner, frivillige og ideelle organisasjoner og ansatte i bydel, etater, fagorganisasjoner, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og politi som både har tilrettelagt for og gjennomført intervjuer, - og kommet med innspill gjennom rådslagene og innspillsrunden.

Takk også til arbeidsgruppene, - dere har vært til uvurderlig hjelp for utarbeidelsen av kunnskapsgrunnlaget. Og sist – men ikke minst – til styringsgruppen som har gitt konstruktive innspill underveis.

Kari Fauchald har skrevet kapitlene 1, 2, 3 og 5, Ragnhild Audestad har skrevet kapittel 4 mens Kathrine Paulsen og Kathrine Tveit Heggset har skrevet kapittel 6. Alf Mørkrid har skrevet kapittel 2.8.

Lilleba Fauske
Direktør

Oslo, juni 2017

Kari Fauchald
Prosjektleder

Utgiver
Velferdsetaten, Oslo kommune (2017)

*Hadde vandret lenge alene i mørket
forvirra uten noen til tårene å tørke.
Prøvde å rope og skrike, var det ingen som så meg?
Jeg var desperat, frustrert, deprimert og lei.
For jeg klarte ikke med voksne ett trygt bånd å ha
for som liten var det kun farmor som omsorg meg ga.
Men så måtte hun dø, og jeg mistet alt vettet
jeg savnet henne så mye, vi var jo tette.
Men plutselig fant jeg noe som fikk alle vonde tanker bort
det helbredet all smerte, plutselig var ikke alt så stort.
Det var så deilig å eksistere uten å tenke
Jeg kunne ta det rolig og skuldrene senke.
Men det var dyrt og miljøet var kanskje ikke så bra
jeg var plutselig kriminell, og politiet i bakken meg la.
For sakte men sikkert ble jeg ett mess
for det holdt ikke lenger å dempe følelsene bare med gress.
Ut og inn hjemmefra til gata ble mitt hjem
følte meg sviktet som vanlig i en verden som var slem.
Hver dag var en krig etter piller, stoff og penger
stoff var alt som gjaldt, trengte ikke hjelp, myk seng eller mat nå lenger.
Men lovet meg selv å aldri skyte, til det første skuddet var skutt.
Det gjorde vel ingenting, livet virket jo allerede slutt.
Heroinen tok over alt, den var som omsorgen jeg trengte
alt følte bra så lenge jeg rakk å hente sprøyter før de stengte.
Møtte døden hver eneste dag, men hadde jo mistet alt.
Ble sugd lenger og lenger ned og i mørka jeg hadde falt.
Kanskje rusen ikke var så bra som jeg først trodde
for fler og fler sår jeg fikk som aldri grodde.
Jeg trodde jeg vokste og hadde det bra
i stede for å innse at byrdene jeg måtte slutte å dra.
Ble mer og mer rusfri, men rennende kom tårene
som en ødelagt krukke limt sammen tusen ganger, men fortsatt stående.
Men krukken har mistet mange biter og kan aldri bli hel
for jeg kan jobbe og jobbe og fortsatt ha vondt i min sjel.
Men alt som har skjedd skal snart ikke leve med meg, jeg skal leve med det
og da skal jeg blomstre og blomstre, som alle skal få se.
Jeg blir aldri perfekt, men det er heller ikke målet
jeg vil bare kunne se på hele livet, og kanskje klare å stråle!
Jeg har alltid vært en visser blomst med ett speilbilde som er grått
Men en dag klarer jeg kanskje å kalle meg selv for flott.
Og da har ingen andres mening noe mer å si
og jeg kan endelig ta imot, det livet har å gi!*

Frida Ramm, 22 år

Innhold

Sammendrag.....	6
1 Innledning.....	8
1.1 Avgrensning av oppdraget	8
1.2 Gjennomføring	9
1.3 Oppbygging av rapporten.....	10
2 Kunnskapsstatus og rammebetingelser	11
2.1 Statlige føringer.....	11
2.2 Sosial ulikhet	19
2.3 Tidlig innsats	20
2.4 Regulatoriske og tilgjengelighetsregulerende virkemidler.....	21
2.5 Rusmiddelavhengighet og skadeomfang.....	21
2.6 Fra bruk til avhengighet	22
2.7 Bruk av rusmidler i Oslo kommune	25
2.8 Oppgavefordeling og ressursbruk	28
3 God livskvalitet	31
3.1 Inkludere – være en del av felleskapet	31
3.2 Trygge oppvekst- og levekår.....	32
3.3 Forutsetninger for «rett hjelp til rett tid».....	36
3.4 Anbefalinger – god livskvalitet	43
4 Forebygging og tidlig innsats.....	45
4.1 Tidlig innsats barn og unge	45
4.2 Rusforebyggende arbeid.....	48
4.3 Ungdom og unge voksne.....	50
4.4 Tjenester til unge/unge voksne som er i ferd med å utvikle rusproblematikk	52
4.5 Eldre, alkohol og legemidler	54
4.6 Anbefalinger – forebygging og tidlig innsats.....	55
5 Behandling, rehabilitering og sammensatte tjenester.....	57
5.1 Kommunale tjenester.....	58
5.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	62
5.3 Sammensatte tjenester	64
5.4 Fremtidig behov for kommunalt tiltaksapparat.....	69
5.5 Overdoseforebyggende arbeid.....	70
5.6 Anbefalinger – behandling, rehabilitering og sammensatte tjenester	71

6 Tilbudene i Oslo sentrum	72
6.1 Personer med rusmiddelproblemer og andre med spesielt vanskelig livssituasjon i Oslo sentrum	72
6.2 Lavterskeltiltak i Oslo sentrum	74
6.3 Hvem benytter seg av lavterskeltiltakene?	76
6.4 Innhold i lavterskeltiltakene	78
6.5 Vurdering av tilbudene i Oslo sentrum	82
6.6 Flere tilbud i bydeler utenfor sentrum?	83
6.7 anbefalinger - tilbudene i Oslo sentrum	84
Litteratur	85
Ordforklaringer og forkortelser	90
Vedlegg 1 Organisering av styringsgruppe og arbeidsgrupper	93
Vedlegg 2 Gjennomførte intervjuer og dialogmøter	94
Vedlegg 3 Institusjonsplasser rus i regi av Velferdsetaten.....	95
Vedlegg 4 Oversikt over tilbudene i sentrum.....	96
Vedlegg 5 Instanser som har gitt innspill	99
Vedlegg 6 Oppsummering av innspill.....	100

Sammendrag

Kunnskapsgrunnlaget for rusmeldingen er basert på erfaringsbasert kompetanse, praksiskompetanse og forskningsbasert kunnskap. Velferdsetaten har lagt til rette for en bred og inkluderende prosess i Oslo kommune som har involvert brukere og brukerorganisasjoner, pårørende og pårørendeorganisasjoner, bydeler, etater, spesialisthelsetjeneste, frivillige- og ideelle organisasjoner, fagorganisasjoner, politi og fengselsvesen samt fag- og kompetansemiljøer. Anbefalingene er basert på denne helheten. Tiltak og satsinger som blir satt i verk på bakgrunn av rusmeldingen må evalueres for å sikre at målene nås. Metoder og tiltak skal baseres på kunnskapsbaserte metoder, og rus og psykisk helse bør sees i sammenheng.

Gjennom statlige føringer som veiledere og retningslinjer, beskrives satsinger innenfor forebyggende arbeid og rusarbeid i tillegg til forskningsbasert kunnskap om forebyggende arbeid, tidlig innsats, behandling, rehabilitering og ettervern.

Kommunens ressurser innen rusfeltet bør målrettes slik at det gir best effekt for brukeren og optimal ressursutnyttelse for kommunen. Dette innebærer mer innsats i bydel, styrking av forebyggende tiltak og mindre bruk av institusjonsplasser for brukere som kan bo i egen bolig. Flere tjenester skal gis av bydel, og det må sikres at ressurser og kompetanse fordeles slik at dette blir ivarettatt.

God livskvalitet forutsetter at grunnleggende behov er oppfylt. Alle har behov for et trygt sted å bo, meningsfullt innhold i hverdagen i form av arbeid, aktivitet og sosialt samvær. Det er avgjørende at alle opplever å være en del av fellesskapet og får mulighet til å bruke sine ressurser i nærmiljøet, på arbeidsplassen og i fritiden. Bydelene og de byomfattende etater må legge til rette for et strukturert samarbeid mellom kommunale aktører, frivillige og ideelle organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner for å sikre tilstrekkelig arbeids- og aktivitetstilbud. Det må legges til rette for brukermedvirkning, der brukers egne ressurser støttes under hele forløpet på en slik måte at livskvalitet bedres og tilbudene tilpasses brukers behov.

Alle brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester skal tilbys koordinator. Andre brukere bør få tilbud om fast kontaktperson i bydel for å sikre tilstrekkelig og koordinert oppfølging. Koordinator og kontaktperson har ansvar for å motivere for, og utarbeide individuell plan sammen med bruker og andre aktuelle samarbeidspartnere. Elektronisk individuell plan bør benyttes som verktøy.

Pårørende, og da særlig barn som pårørende til personer med rus eller psykiske helseutfordringer, har risiko for utvikling av helserelevante problemer. Tilbudet til pårørende må styrkes, og det må være enklere for pårørende å få informasjon om eksisterende tilbud.

Hvordan man blir møtt når man blir tilbudt eller oppsøker hjelp er avgjørende. For å få koordinert hjelp må flere instanser samordne og samarbeide om innsatsen. Det er derfor viktig at brukere, pårørende og fagfolk har oppdatert informasjon om rettigheter og tjenestetilbud. Å bli møtt med forståelse og tillit, der tjenestemottaker og tjenesteapparatet er på «samme lag» og man selv er med på å bestemme retning er ifølge brukere og pårørende viktig for å etablere gode relasjoner. Dette gjelder også for barn og unge.

Tidlig innsats er både innsats tidlig i et barns liv, og/eller å gripe inn tidlig når problemer oppstår eller avdekkes. I saker som gjelder barn og unge er det viktig at det er tydelig hvem og hvilken instans som har ansvaret slik at man forhindrer oppfølgingsbrudd. Bydelene bør ha en samhandlingsmodell og organisere seg på en slik måte at ansvar tydeliggjøres og hensiktsmessige tiltak iverksettes.

Barnehage, helsestasjon og skole er tjenester alle barn og unge og deres foreldre er i kontakt med. Disse kan i mange tilfeller være første instans som kan se og intervensjon tidlig. Krenkelser i barndommen gir økt risiko for sykdom og andre problemer i voksen alder. Alle som jobber med barn og unge trenger kompetanse/kunnskap om hvordan man håndterer bekymring. Det er gode erfaringer med å tilby tjenester med lav terskel innenfor begynnende psykisk helse og rusproblematikk hos barn og unge.

Bydelene og skolene må samarbeide tett om rusforebygging i nærmiljøet og i skolen. Ansatte i skolen og bydelene må ha tett dialog og kjennskap til hverandre og barn og unges utfordringer i skolemiljøet, og der de bor. Foresatte skal være en del av skolens rusforebyggende arbeid.

Ungdom som ikke fullfører videregående opplæring og blir stående utenfor opplæring og arbeid over tid, har økt risiko for varig utestenging fra arbeidslivet. Derfor er det svært viktig å forebygge skolefravall, og ha gode metoder for oppfølging hvis fravall er et faktum.

Alle bydeler/sektorer bør ha ambulante/oppøkende tjenester for barn og unge. Spesialisthelsetjenesten og bydelene må samarbeide om dette. Alle bydeler bør ha varierte fritidstilbud for barn og unge, der alle uavhengig av sosial bakgrunn og økonomi kan delta.

Eldre er en særlig sårbar gruppe, og bydelene bør videreutvikle kompetanse om eldre, alkohol og legemidler. Tidlig intervensjon og screening er hensiktsmessige verktøy

Flere må få tilbud om egnet bolig med tilpasset booppfølging. Det må være lik tilgang til bolig uavhengig av bydelstilhørighet. Mange som er i behandling TSB eller i fengsel har ikke bolig stående klar når de er ferdig behandlet eller er ferdig med soning. Dette er svært uheldig og øker risikoen for tilbakefall.

Det må sikres at brukeren får rett behandling til rett tid ut fra den enkeltes behov og ønsker. Overganger mellom ulike tjenester må koordineres bedre. Overgang mellom tilbud i spesialisthelsetjenesten, fengsel og bydelene er for mange en sårbar fase. Det er viktig å følge personer tettere opp i disse fasene. Tjenesteapparatet i kommunen må være involvert under behandling i spesialisthelsetjenesten. Bruker og brukerens behov må legge føringer for hvilke tilbud som tilbys, og tjenestene bør organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv. Det bør utformes operative samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for å sikre likere og mer forutsigbar samhandling. Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten må være likeverdige samarbeidspartnere for å sikre at alle får rett hjelp til rett tid.

Antall kommunale institusjonsplasser skal reduseres, og tilpasses personer med særskilte problemer og utfordringer. Prioriterte grupper vil være personer med dobbeltdiagnoser, eldre med somatiske tilleggsproblemer. I tillegg må det omfatte akutt- og korttidsplasser. Tilbudene må tilrettelegges slik at det er egne tilbud til kvinner, og det bør opprettholdes antall institusjonsplasser tilpasset unge/unge voksne med omfattende utfordringer og etablert rusproblem.

Sentrumsarbeidet bør videreføres, og samarbeidet mellom bydelene og instansene som arbeider i sentrum må styrkes. Det må etableres møteplasser, felles forståelse for arbeidsmetoder og konkret samarbeid rundt den enkelte bruker. Aktørene i sentrum må bidra til at brukerne i større grad mottar helhetlige og langsiktige ordinære tjenester i bydel.

Tilskuddsordningen bør brukes som virkemiddel for å koordinere tjenestene. Søknader om tilskudd knyttet til desentraliserte tilbud, som for eksempel arbeids- og aktivitetstilbud bør i denne sammenheng prioriteres. Personer som har et ønske om rusfrihet bør ha egne tilbud, og utvalgte tilbud bør desentraliseres. Dette kan gjerne være i et samarbeid mellom flere bydeler, og i samarbeid med frivillige- og ideelle organisasjoner.

Oslo kommune bør videreutvikle overdoseforebyggende arbeid, med særlig fokus på yngre brukere av narkotiske stoffer. De yngste er vanskeligere å nå gjennom nåværende lavterskeltiltak for personer med rusmiddelproblemer. Dette kan blant annet gjøres gjennom en utvidelse av Ungdom og Rus ved Legevakten, og ved utvidelse av overdoseforebyggende arbeid blant oppøkende tjenester i Oslo sentrum. Kommunen bør ha en overordnet plan for det overdoseforebyggende arbeidet, der satsingene integreres i bydelenes planverk.

1 Innledning

Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester (EHS) ga 24.08.16 Velferdsetaten i oppdrag å utarbeide kunnskapsgrunnlag for bystyremelding om rus. I oppdragsbeskrivelsen fra byrådsavdelingen sies det blant annet:

- *Det er behov for et kunnskapsgrunnlag som kan gi føringer på hvor det er behov for systematisk innsats framover, særlig når det gjelder unge*
- *Kunnskapsinnhenting skal bidra til økt opplysning og debatt, blant annet om sosiale/klassemessige faktorer, kjønn, etnisk bakgrunn*

Det er bedt om at følgende områder skal ha særlig oppmerksomhet i kunnskapsgrunnlaget:

- Forebygging og tidlig innsats, spesielt når det gjelder unge
- Behandling, rehabilitering og sekundærforebygging («ettervern»)
- Samlet gjennomgang av lavterskeltiltak i sentrum

1.1 Avgrensning av oppdraget

Kunnskapsgrunnlaget for rusmeldingen er avgrenset til målgrupper og personer som står i fare for eller som har utviklet et rusmiddelproblem. Det inkluderer forebyggende arbeid, tidlig innsats og rusarbeid.

Brede folkehelseiltak for at alle skal oppleve god helse og trivsel omhandles i folkehelseplanen for Oslo kommune. Tiltakene retter seg mot oppvekstvilkår og levekår, øke mestring og trivsel og for å understøtte at flere tar helsevennlige valg. Universelle tobakksforebyggende og rusforebyggende tiltak er således beskrevet i Folkehelseplanen.

Handlingsplan psykisk helsearbeid¹ for perioden 2015-2018 for Oslo kommune har som mål:

- Å forebygge psykiske helseproblemer, med særlig vekt på barn og unge
- Å gi lett tilgjengelig helsehjelp til mennesker med lette og moderate psykiske helseutfordringer
- Å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske helseutfordringer eller lidelser.

Folkehelseplanen og handlingsplan for psykisk helsearbeid må sees i sammenheng med forebyggende arbeid og rusarbeid i kommunen, og tiltak i disse handlingsplanene vil understøtte arbeidet for å forebygge rusmiddelproblemer.

Det pågår for tiden en debatt om behov for endringer i straffelov og legemiddellov for bruk og besittelse av narkotika. Vurdering av hvilken effekt kriminalpolitiske virkemidler i form av endring av straffeloven og legemiddeloven gjennom legalisering/avkriminalisering/nedkriminalisering vil ha for innrettingen av tjenestetilbudet i helse og sosialsektor, ligger utenfor mandatet som er gitt av EHS. Vi viser for øvrig til både generell samfunnsdebatt og faglig diskusjon om temaet på kunnskapsgrunnlagets Facebookside «Debatt om kunnskapsgrunnlag rusmelding».

En faglig utredning av hvilke konsekvenser en endring av straffeloven vil ha for kommunal organisering og

¹ Handlingsplan for psykisk helsearbeid har de tre hovedforløpene beskrevet i «Sammen for mestring» som utgangspunkt for mål; Milde og kortvarige, Kortvarige alvorlige/langvarig og midlere lidelser og problemer og Alvorlige og langvarige problemer og lidelser.

samarbeid med helseforetak og justissektor gjennomføres derfor ikke før det eventuelt gis som et spesifikt oppdrag. Det er grunn til å tro at de faglige anbefalingene innenfor de ulike delområdene denne rapporten presenterer, ikke vil være vesentlig annerledes med endret lovgiving.

1.2 Gjennomføring

For å løse oppdraget har Velferdsetaten valgt å legge til rette for en bred og inkluderende prosess som har involvert brukere og brukerorganisasjoner, pårørende og pårørendeorganisasjoner, bydeler, etater, spesialisthelsetjeneste, frivillige- og ideelle organisasjoner, fagforeninger, politi og fengselsvesen samt fag- og kompetansemiljøer. Målet har vært å få frem de utfordringer som kan knyttes til forebyggende arbeid og rusarbeid i Oslo kommune, og forslag til kunnskapsbaserte² og helhetlige tiltak i et ti-års perspektiv.

Det er gjennomført dialogmøter og intervjuer med brukere og pårørende, med mål om å innhente erfaringer og innspill fra personer med ulike utfordringer og perspektiver³. Det er samarbeidet med kommunale og private tiltak/institusjoner samt bruker- og pårørendeorganisasjoner og frivillige, for å sikre at brukergrupper og pårørende med ulike erfaringer har kommet med innspill og gitt oss råd. Det er gjennomført 89 intervjuer med ungdom, unge voksne og voksne som har kontakt med en eller flere tjenester i kommunen. 51 pårørende har kommet med innspill, enten gjennom intervjuer, telefonintervjuer eller ved selv å besvare spørsmålene skriftlig.



Det er avholdt ni dialogmøter med ungdom, unge voksne og voksne med brukererfaring. Møtene har vært særlig nyttige for å innhente erfaringer og råd knyttet til hensiktsmessige tiltak for å legge til rette for forebygging og tidlig innsats overfor barn og unge. Intervjuene med brukere og pårørende har handlet om hvilke gode og mindre gode erfaringer de har med hjelpeapparatet – og hva som kjennetegner det å få god/mindre god hjelp. Vi ba også om råd om hva de mente kan bidra til at flere får den hjelpen de trenger. Referat fra intervjuene ble nedskrevet, enten av intervjuer eller av bruker/pårørende selv.

Det har vært avholdt to rådslag med bred representasjon fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og fagfolk. Det første ble avholdt 8. desember 2016 for å få innspill til muligheter, utfordringer og områder det er behov for mer kunnskap om. Det andre rådslaget ble gjennomført 23. mars 2017 og omhandlet hvilke tiltak og systematisk innsats som er hensiktsmessige ut fra utfordringsbildet som er tegnet. Hvert av rådslagene samlet over 100 fagfolk.

Det er gjennomført møter med representanter fra alle bydelene, møte med OUS og kriminalomsorg. Det er også gjennomført møter med fastleger i bydel Søndre Nordstrand og Sagene sosialmedisinske senter. For å få innspill fra andre interesserte har det blitt opprettet en egen Facebookside, der vi har oppfordret til å komme med innspill. Det er også lagt ut informasjon på Oslo kommunes internettside og Velferdsetatens intranettside, for å få innspill.

² Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukes ønsker og behov i en gitt situasjon

³ Oversikt over gjennomførte dialogmøter og intervjuer med brukere og pårørende finner du i vedlegg 2.

Gjennom statlige føringer som veiledere og retningslinjer beskrives føringer for forebyggende arbeid og rusarbeid, i tillegg beskrives forskningsbasert kunnskap om forebyggende arbeid, tidlig innsats, behandling, rehabilitering og ettervern. I arbeidet med kunnskapsgrunnlag for rusmeldingen er relevante rapporter og forskningsartikler gjennomgått. Det er også avholdt møter og bedt om innspill fra ulike forsknings- og kompetansemiljøer for å sikre at beskrivelser av utfordringsbilde og forslag til systematisk innsats er tuftet på forskningsbasert kunnskap.

Notat for kunnskapsgrunnlag for rusmelding ble sendt ut til innspill til 106 ulike aktører 2. mai 2017. I tillegg ble invitasjon til å komme med innspill spredt via sosiale medier, intranett og internett. 44 kommunale og statlige aktører, frivillige og ideelle organisasjoner, bruker- og pårørende organisasjoner samt en privatperson har kommet med innspill. Innspill er innarbeidet i kunnskapsgrunnlaget. Det er også det laget en oppsummering av innspill (se vedlegg 5 og 6).

Innspill fra intervjuer, dialogmøter, rådslag og fra Facebook og internett samt innspillsrunden er samlet, og er med å legge grunnlag for beskrevet utfordringsbilde og forslag til systematisk innsats.

1.3 Oppbygging av rapporten

I kapittel to vil forskningsbasert kunnskap om forebygging, tidlig innsats og rusarbeid presenteres. Her vil risiko for utvikling av rusmiddelproblemer og faglig grunnlag for forebyggende arbeid og rusarbeid drøftes. Vi ser nærmere på trender og status for bruk av rusmidler i Oslo kommune, der vi kort oppsummerer omfang av rusmiddelbruk og tjenester til målgruppen. Sammen med nøkkeltall og styringsdata i Oslo kommune, danner statlige føringer for kommunenes innretning av forebyggende arbeid og rusarbeid rammer for kunnskapsgrunnlaget. Vi har laget en oversikt over eksisterende veiledere og retningslinjer og statlige føringer for kommunalt rusarbeid.

Gjennom innsamling av praksis- og erfaringsbasert kompetanse fremkommer at det er flere grunnleggende betingelser som må være tilstede for å ha god livskvalitet og forutsetninger for å motta tilpasset hjelp og bistand – både for forebyggende arbeid og rusarbeid. I kapittel tre ser vi nærmere på opplevelse av å være en del av felleskapet, betydningen av gode oppvekst- og levekår samt betydningen av brukermedvirkning, samarbeid og samordning, informasjon og pårørendearbeid.

Kapittel fire har fokus på forebyggende arbeid og tidlig innsats, der ser vi nærmere på utfordringsbilde ut fra kunnskap og kompetanse fra brukere, pårørende og fagfolk. Forslag til kunnskapsbaserte tiltak og innsats for forebyggende arbeid og tidlig innsats vil fremkomme.

Kapittel fem omhandler behandling, rehabilitering og sammensatte tjenester til personer med rusmiddelproblemer. På basis av erfaringsbasert kunnskap og praksiskompetanse blir utfordringer ved dagens tilbud presentert, for deretter å beskrive kunnskapsbaserte tiltak som skal bidra til å sikre at brukerne får tjenestetilbud som er i tråd med hans/hennes behov.

I kapittel seks ser vi nærmere på lavterskeltilbudene i sentrum, der innhold, omfang og samarbeid mellom aktørene vurderes. Dimensjonering og koordinering av sentrumstiltak, samt behov for desentraliserte tilbud blir drøftet.

Anbefalingene baserer seg på beskrevet kunnskapsgrunnlag, og fremkommer som avslutning for kapitlene tre, fire, fem og seks.

2 Kunnskapsstatus og rammebetingelser

Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge, og mange har positive opplevelser knyttet til å drikke alkohol. Samtidig er alkohol det rusmiddelet som forårsaker flest skader (Folkehelseinstituttet 2014). Skadene knytter seg både til akutte uhell, skader og ulykker, og økt risiko for utvikling av sykdommer og avhengighet. I Europa er alkoholkonsum en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår (Østhus 2016). Illegale rusmidler brukes av langt færre personer, men risiko for sykdom og skader for dem det omfatter i form av fysiske, psykiske og sosiale problemer er stort (ibid).

Oslo kommune har enkelte særskilte utfordringer knyttet til bruk og misbruk av rusmidler, der lett tilgang til rusmidler og ansamlinger av personer som kjøper og selger illegale rusmidler preger gatebildet i enkelte deler av byen. Tilgjengelighet til illegale rusmidler fører også til at folk bosatt andre steder i landet, oppsøker Oslo sentrum for kjøp og salg.

Samtidig er det slik at forebyggende arbeid og tjenestetilbudet til dem som utvikler rusmiddelproblemer er variert og differensiert i Oslo kommune, med mange dedikerte og kompetente medarbeidere. Et differensiert tjenestetilbud gir den enkelte mulighet til å få tjenester i tråd med egne behov, men det kan være utfordrende for brukere, pårørende og fagfolk å holde oversikt over de ulike tilbudene slik at man faktisk får de tjenestene man har behov for.

Enkelte bydeler og boområder har større utfordringer enn andre, og oppvekstbetingelsene for barn og unge er betinget av hvor i byen de vokser opp – på godt og vondt. Ungdomstiden er en særlig sårbar periode for å utvikle rusmiddelproblemer, og det er viktig å se sammenheng mellom barn og unges oppvekstmiljø, sosiale rammer og psykisk helse. Sammenhengen mellom bruk av rusmidler og mental helse er dokumentert og kan forstås på flere måter (Skogen 2013):

- Psykiske vansker kan være en risikofaktor for å utvikle rusproblemer,
- Rusmiddelbruk kan sees på som en risikofaktor for psykiske vansker,
- Bakenforliggende fenomen som tidlige traumer kan sees på som risikofaktor for både rusproblemer og psykiske vansker
- Psykiske problemer og rusmiddelproblemer har negativ vekselvirkning på hverandre.

Befolkningsgrupper kan være sårbare med hensyn til utvikling av rusproblemer, det være seg for eksempel minoritetsbefolkning, flyktninger og asylsøkere.

Det er et klart mål å forebygge utvikling av rusmiddelproblemer, der både brede universelle og selektive forebyggende tiltak og tidlig innsats er viktige komponenter. Jo tidligere problemer oppdages og hensiktsmessige tiltak iverksettes, jo bedre. Samtidig er det viktig å sikre at de som utvikler rusmiddelproblemer imøtekommes med kunnskapsbaserte tiltak som ivaretar den enkeltes behov.

2.1 Statlige føringer

Folkehelse, forebyggende tiltak og rusfeltet generelt er viktige satsingsområder for statlige myndigheter. Det er lagt frem flere stortingsmeldinger innen fagområdet, som er fulgt opp med veiledere og retningslinjer som skal gi retning for forebyggende arbeid og rusarbeid i kommunene. Nedenfor vil det kort redegjøres for hovedsatsingsområdene i relevante reformer og stortingsmeldinger, veiledere og retningslinjer, for så å beskrive de statlige føringene for forebyggende arbeid og rusarbeid i Oslo kommune.

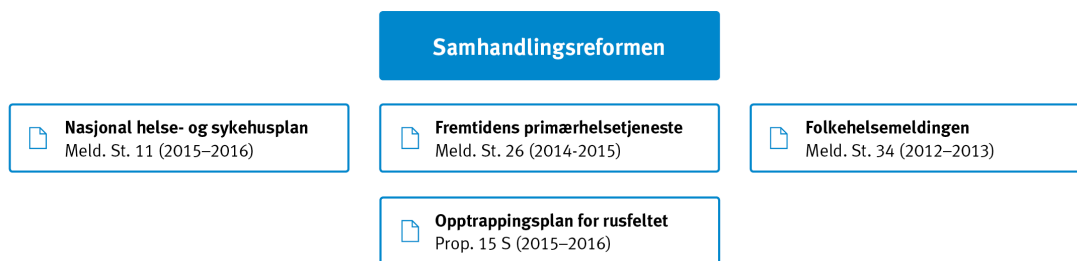
2.1.1 Lovverk og sentrale stortingsmeldinger

Det er de siste årene lagt frem stortingsmeldinger innen folkehelse, primærhelsetjeneste og spesialisthelse-

tjeneste. Fra statlig hold understrekes det at de tre stortingsmeldingene må sees i sammenheng, og de har samlet sett som mål å gi innbyggere og pasienter «flere gode leveår med god helse».

Stortingsmeldingene for folkehelse, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste bygger på de overordnede føringene som er lagt i samhandlingsreformen og skal gi: koordinerte og helhetlige pasientforløp, der mer ressurser skal kanaliseres til forebygging og tidlig innsats og en større del av tjenestene skal leveres i kommunene.

Grunnlaget for samhandlingsreformen (2012) var behov for bedre samhandling og samordning, særlig mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen skal bidra til å gi en ny retning innen helsetjenestene, med tydelig prioritering av forebygging og tidlig innsats. Flere oppgaver ble flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Samtidig ble det understreket at det er viktig å samle spesialiserte fagmiljøer, for å sikre gode spesialiserte tjenester. Gjennom samhandlingsreformen er brukermedvirkning understreket som et avgjørende element for å sikre gode tjenester.



Riksrevisjonen har gjennomført revisjon av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen 2016). Deres konklusjon er at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok. Innenfor rus- og psykisk helseområdet er ikke tilbudet styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, og kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføring av samhandlingsreformen (ibid).

To lovverk ble vedtatt etter innføring av samhandlingsreformen: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid (2011). I tillegg er Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) gjeldende. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten og skal sikre pasienter og brukere lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Lov om helsepersonell omhandler plikter og rettigheter for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Barnevernlovens formål er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven) har som formål å sikre bedre levekår for vanskeligstilte og bidra til sosial og økonomisk trygghet. Den enkelte skal få mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Loverk

- § Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- § Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- § Lov om folkehelsearbeid
- § Lov om spesialhelsetjenesten
- § Lov om barneverntjenester
- § Pasient- og brukerrettighetsloven
- § Lov om helsepersonell

Gjennom samhandlingsreformen og Helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler, som ett av flere virkemidler for å oppnå bedre samarbeid. Evaluering av samhandlingsreformen viser imidlertid at avtalene ikke har bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid (Forskningsrådet 2016). Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette forklares ved at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurderinger og beslutning om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger (ibid).

Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar (2012-2013)

Folkehelsearbeidet skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller og fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold. Det forutsettes en dreining av ressursene i retning av forebyggende arbeid og tidlig oppfølging og behandling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Gjennom «Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter» (St. Meld 19. (2014-2015)) gir regjeringen føringer for bred satsing på folkehelse, og beskriver tre nye innsatsområder i norsk folkehelsepolitikk; psykisk helse, helsevennlige valg og aktive eldre. Videre rettes det ytterligere fokus på å styrke innsatsen mot barn og unge.

Hovedmålet for Folkehelseplan for Oslo (2017-2020) er at: «Innbyggerne opplever god helse og trivsel, uavhengig av hvem de er og hvor de bor i Oslo». Planen understreker betydningen av å redusere sosial ulikhet, og barn og unge er en viktig målgruppe, samtidig som Oslo skal være en aldersvennlig by. Planen inneholder to strategier med tilhørende mål og tiltak: «Folkehelsearbeid der folk lever sine liv» og «Folkehelsearbeid - et felles ansvar». Strategiene har igjen mål og tiltak som skal integreres og tilpasses til de kommunale virksomhetenes planer og daglige arbeid.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014-2015)

I Fremtidens primærhelsetjeneste understrekes at en større del av de samlede helsetjenestene skal ytes i kommunene, og at de forebyggende tjenestene skal styrkes. Ifølge meldingen skal kommunene søke å forebygge sykdomsutvikling og dermed innleggelser i spesialisthelsetjenesten ved å oppdage, iverksette tiltak, følge opp og rehabilitere. Tjenestene skal tilrettelegges slik at de støtter opp under og utløser alle ressurser hos bruker, familie og nettverk, nærmiljø og lokalsamfunn. Meldingen understreker behovet for aktiv pårørende-politikk, utarbeidelse av egen frivillighetsstrategi og et utvidet samarbeid med frivillige- og ideelle organisasjoner og næringsliv.

I stortingsmeldingen er det et mål at psykisk helse og rus løftes tydeligere frem. Det påpekes at det er behov for styrket samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Videre beskrives et utfordringsbilde der problemer oppdages for sent, det er for lang ventetid før behandling og for dårlig oppfølging i kommunene.

Som en del av tiltakspakken er rekruttering av flere psykologer til kommunene, innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, vurdere ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team), styrke kompetansen om rus i den kommunale helse- og omsorgstjenesten samt gjennomføre et forsøk med overføring av driftsansvar for distrikts-psykiatriske sentre (DPS) til kommuner.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2015-2016)

Nasjonal helse- og sykehusplan skal sikre trygge sykehus og bedre helsetjenester, uansett hvor du bor. Nasjonal helse- og sykehusplan gjelder for perioden 2016-2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040. Innenfor psykisk helse og rus er det klare føringer for at mer av tjenestene skal foregå i samarbeid med kommunale tjenester, og gjerne som en del av ambulante tjenester. Utvikling av gode akuttfunksjoner skal være i stand til å ivareta beredskap over en større del av døgnet. Ambulante og polikliniske tjenester samt

brukerstyrte plasser, skal føre til bedre tilgjengelighet og økt trygghet hos brukere, pårørende og i det lokale hjelpeapparatet.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

Opptrappingsplanen for rusfeltet som ble lagt frem høsten 2015 slår fast at hovedinnsatsen skal foregå i kommunesektoren. Kommunene får således en stadig viktigere rolle både i forhold til tidlig innsats og ivaretagelse av personer med rusmiddelproblemer. Kommunen skal styrkes økonomisk for å ivareta oppgavene. Opptrappingsplanen har en ramme på 2,4 milliarder kroner i perioden 2016-2020. Oslo kommune ble tildelt 88 millioner i 2016 og 133 millioner i 2017. Regjeringen har uttalt at de ikke ønsker å øremerke midlene, men vil følge med for å sikre at oppbyggingen i kommunene er i tråd med de intensjoner som økt bevilgning forutsetter. Et mer helhetlig hjelpeapparat, der arbeid for å sikre den enkelte bruker bolig, arbeid og aktivitet ansees som viktige forutsetninger for å lykkes. Opptrappingsplanen skisserer fem overordnede mål:

- *Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbud*
- *Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig*
- *Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat*
- *Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre*
- *Det skal utvikles og i større grad tas i bruk alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer (Opptrappingsplanen 2015:27)*

Det er et mål å utarbeide Kommunalt pasientregister (KPR). Hovedformålet med KPR-registeret er å gi grunnlag for planlegging (herunder beredskap), styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter⁴.

For å følge utviklingen på rusfeltet og måle effekten av opptrappingsplanen, vil innsatsen følges gjennom rapporteringene for IS 24/8 som Helsedirektoratet har ansvar for og som omhandler ressursinnsats i kommunene, samt BrukerPlan der ansatte i kommunen/bydel kartlegger omfang og karakter av rusmiddelbruk og psykiske helseutfordringer på brukernivå. I Oslo har 10 bydeler tatt i bruk BrukerPlan i 2016, og alle bydeler vil gjennomføre kartleggingen i 2017.

2.1.2 Aktuelle veiledere og retningslinjer

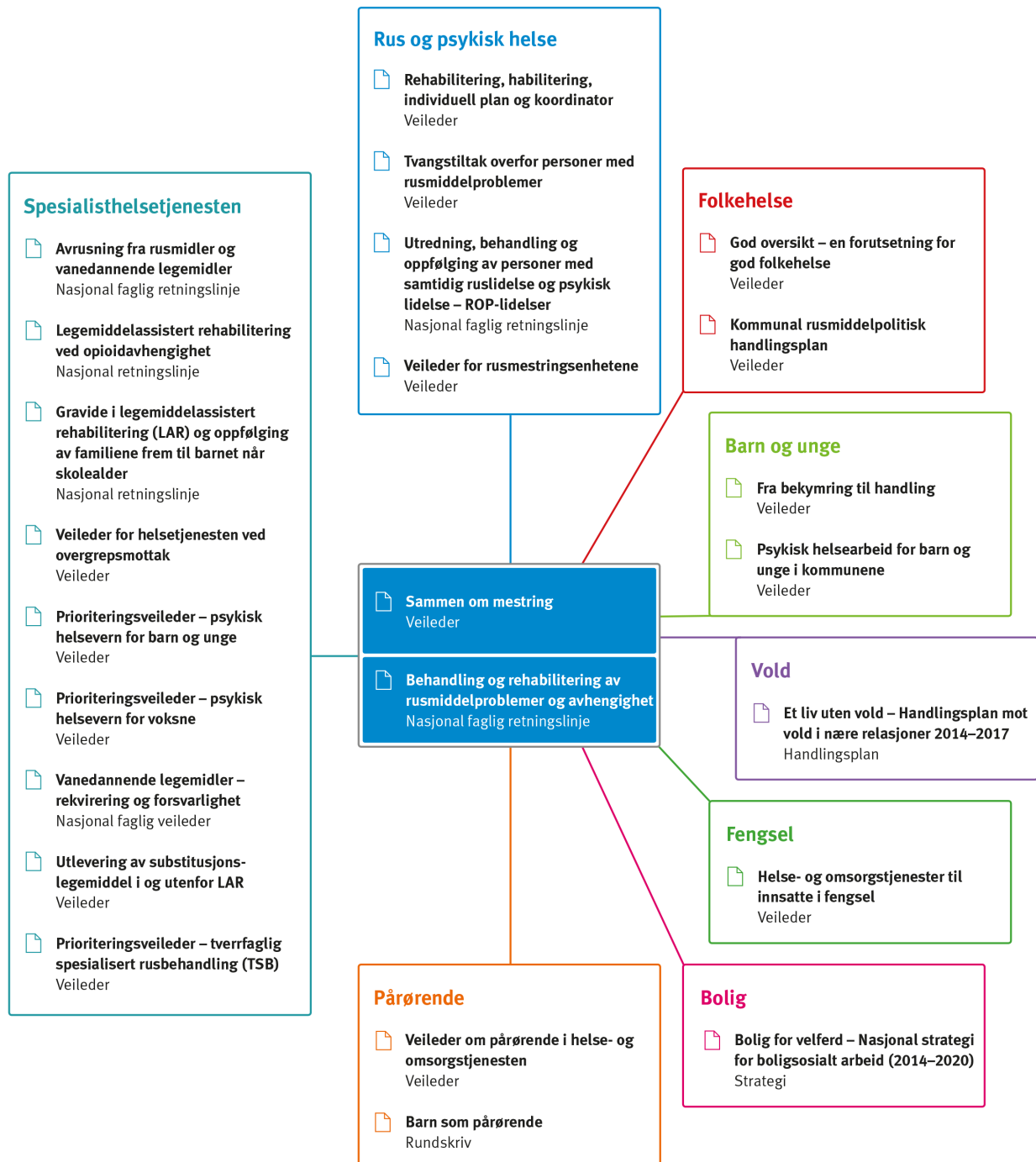
Utvikling, formidling og vedlikehold av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere skal understøtte kommunalt rusarbeid. Det er utarbeidet flere veiledere og retningslinjer for rus og overlappende fagområder.

Veilederen «Sammen om mestring» kan sees som grunnmuren for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Den beskriver krav og forventninger til at tjenestene samarbeider. I veilederen tydeliggjøres føringer for at flere tjenester skal ytes i kommunene, at psykisk helse og rus må ses i sammenheng og bolig og arbeid/aktivitet fremheves som sentralt. Det legges også vekt på betydningen av aktiv brukermedvirkning i utvikling av tilbud og i egen endringsprosess.

«Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» gir anbefalinger som bygger på anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder for behandling og rehabilitering. Med retningslinjen settes en felles faglig standard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og

⁴ Gjennom endring i lovverket er det gitt hjemmel for gjenbruk og tilretteleggelse og sammenstilling av eksisterende data fra tjenestene i et samlet register. Det er et uttalt mål at registeret ikke skal medføre økt rapporteringsbyrde. Departementet har derfor foreslått at KPR etableres med utgangspunkt i de eksisterende registre KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon) og IPLOS (Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk). Dette kan bety at rusfeltet kun i liten grad vil bli omfattet av KPR i første omgang. På sikt vil rapportering via KPR kunne gi styringsinformasjon for å sikre helhetlige og sammensatte tjenester.

hindre uønsket variasjon. Retningslinjens anbefalinger er rettet mot behandling og oppfølging, og omfatter både spesialisthelsetjenester og tjenester gitt av kommunen.



Oversikt over relevante faglige retningslinjer, veiledere og rundskriv. Gjennom oversikten er retningslinjer, veiledere og rundskriv kategorisert ut fra tema og virkeområde – fargene symboliserer kun at det er ulike temaområder.

Barn og unge

Veilederen «Fra bekymring til handling» setter fokus på tidlig innsats på rusområdet og omfatter risikobruk av alle typer rusmidler. Hovedvekten legges på tidlig identifisering av risikobruk av alkohol hos ungdom, gravide, voksne og eldre samt barn og unge som pårørende eller tredjepart. Veilederen har et livsløpsperspektiv og beskriver betydningen av å tidlig identifisere utsatte barn, unge og foreldre for å sikre hjelp i en tidlig fase.

Veilederen «Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» understreker at psykisk helsearbeid for barn og unge er et ansvar for kommunen, og innbefatter både forebyggende arbeid og et koordinert samarbeid i forhold til barn og unge som har utviklet psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad.

Rus og psykiske lidelser

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser (ROP retningslinjen) gir anbefalinger om kartlegging, behandling og oppfølging til alle tjenesteytere som kommer i kontakt med gruppen. Roller og ansvar blir beskrevet, og betydningen av forpliktende samarbeid understrekes. I denne retningslinjen understrekes at personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.

Ny forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer trådte i kraft 1. november 2016, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Den nye forskriften har som formål å gi regler om gjennomføringen av oppholdet i institusjon for personer med rusmiddelproblemer, samt avklare når det er adgang til å bruke tvang og forhindre at tvang brukes i større utstrekning enn nødvendig.

Veileder om «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» beskriver hvordan rehabiliterings- og habiliteringstjenester skal fremme mestringsevne og understøtte pasientens og brukerens innsats for best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. Målet er best mulig selvstendighet og deltakelse. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for å sikre at pasienter og brukere får tjenester på riktig nivå.

Helsedirektoratet har veilederen «Kommunens oppfølging av pasienter og bruker med store sammensatte behov» på høring våren 2017. Utkastet til veilederen retter seg først og fremst til ledere på alle nivåer i kommunen. Samhandling med helseforetak er også et viktig område, og veilederen har dermed også relevans for ledere og fagpersonell i spesialisthelsetjenesten. I veilederen pekes på behov for tydeligere ledelse for å sikre koordinering i tjenestene der pasient- og brukergruppene sikres et mer strukturert og målrettet tilbud gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam.

Pårørende

«Veileder for pårørendearbeid i helse- og omsorgstjenesten» omhandler pårørende innenfor somatikk, rus og psykisk helse. Den beskriver blant annet muligheter og begrensninger innenfor lovverket, og ansvaret ulike instanser har for å tilby informasjon og oppfølging av pårørende.

Rundskrivet «Barn som pårørende» omhandler blant annet bestemmelser i helsepersonelloven (§ 10a) og spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-7a) som regulerer helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende og pålegger alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell. Rundskrivet er ment som en veileder for helsepersonell som har plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Bolig

Den nasjonale strategien for boligsosialt arbeid «Bolig for velferd» (2014-2020) samler og målretter den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Boligsosialt arbeid handler om å framskaffe egnede boliger og hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet til å mestre boforhold. Strategien skal bidra til koordinering av det boligsosiale politikkområdet, der ansvaret er fordelt på flere sektorer og forvaltningsnivåer. Kommunen har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet, mens staten skal sikre gode rammebetingelser. Frivillige og ideelle organisasjoner er viktige samarbeidspartnere, og det forutsettes at brukere, pårørende og interesseorganisasjoner blir involvert.

I tiltaksplan «Bolig for velferd 2017» fremgår at et viktig mål for 2017 er å bidra til at flere med rusmiddelproblemer får et egnet sted å bo, der man forutsetter implementering av ulike typer kunnskapsbaserte bosettingsmodeller. Det fremgår av tiltaksplanen at de involverte direktoratene skal ha en særlig innsats i Oslo, og vil forankre denne innsatsen i storbyprogrammet.

Folkehelse og rusmiddelpolitisk handlingsplan

«God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» beskriver hvilke plikter kommunene har til å lage oversikt over ulike folkehelseutfordringene i kommunen. Oversikten skal vurdere konsekvenser og årsaksforhold, og utfordringsbildet skal legges til grunn for mål og strategier for det kommunale folkehelsearbeidet, som igjen skal forankres i planprosesser etter plan- og bygningsloven.

Veileder for «Rusmiddelpolitisk handlingsplan» gir føringer for utarbeidelse av en kommunal del- eller temaplan som har til hensikt å samordne kommunens rusmiddelpolitikk og satsning. Planen er et flersektorielt redskap der ulike interesser tydeliggjøres. Som en del av oppfølgingen av rusmiddelpolitisk handlingsplan har det blitt utarbeidet en veileder i salgs- og skjenkekontroll som angir kommunenes plikter for å påse ansvarlig alkoholhåndtering. Kommunene kan velge å integrere rusmiddelpolitisk handlingsplan som en del av folkehelseplanen.

2.1.3 Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helsevern ble innført fra januar 2017. Dette innebærer imidlertid ikke den kommunale betalingsplikten for pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Betalingsplikten trer tidligst i kraft 2018.

Hvordan betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse vil slå ut for Oslo kommune er vanskelig å forutse. En åpenbar utfordring er at fire sykehus skal gi spesialiserte tjenester til bydelene. Elektronisk meldingssystem mellom spesialisthelsetjeneste og kommune er ikke på plass, og oppdaterte styringsdata som gir oversikt over antall utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og rus er ikke tilgjengeliggjort for kommunen.

Ifølge Riksrevisjonen har antall heldøgnsplasser til rusbehandling og psykiatri blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014, men det er ikke oppgitt hvor stor andel av reduksjonen som har vært for plasser i TSB.

Det kan være verdt å merke seg at for de tjenestene der betalingsplikt er innført fant Riksrevisjonen (2016) at 80 prosent av pasientene som ble registrert som utskrivningsklare i 2014, ble tatt i mot av kommunene samme dag som utskrivning ble varslet. Revisjonens gjennomgang viste at 95 prosent av informantene fra kommunene opplevde at pasientene er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før reformen, og 80 prosent av fastlegene mente at pasienter ofte ble skrevet ut for tidlig til kommunen. Ifølge helseforetak og kommuner er årsaker til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus ofte mangler ved det kommunale tilbudet samt for tidlig utskrivning.

«Generelt finner forskningen at samarbeidet mellom kommuner og foretak er godt og konstruktivt, men avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette forklares ved at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurdering og beslutning om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger. Det er for øvrig utskrivningsklare pasienter som skaper størst uenighet og oftest havner i tvisteløsningsnemnden.(...) Det kommunale betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter har hatt signifikante styringseffekter, både tilsiktede og utilsiktede. Liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, noe som var et sentralt siktemål med samhandlingsreformen. Men samtidig har antallet innleggelses økt påtagelig, noe som ikke var tilsiktet.» (Riksrevisjonen 2016:6-7).

2.1.4 Pakkeforløp for rus og psykisk helse

Det er iverksatt arbeid med å utvikle pakkeforløp for rus og psykisk helse, og de første pakkeforløpene for rus og psykisk lidelse skal implementeres fra januar 2018⁵. Pakkeforløp skal standardisere pasientforløp, der det overordnede målet er å skape gode, sammenhengende og tverrgående forløp med forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende. Man skal gjennom forløpene unngå faglig ubegrunnet ventetid for utredning, behandling og oppfølging, gi likeverdige tilbud uavhengig hvor i landet man bor, sikre bedre ivaretagelse av somatisk helse og øke brukermedvirkning og brukertilfredshet. Pakkeforløpene gir ingen nye juridiske rettigheter for pasientene, og pakkeforløpene skal baseres på eksisterende kunnskapsgrunnlag i form av retningslinjer og veiledere, samt gjeldende lovverk. Følgende pakkeforløp for rus er under utarbeidelse og planlegges implementert fra:

- Pakkeforløp for behandling i TSB (implementeres 01.01.18)
- Pakkeforløp for gravide og rus (implementeres 01.01.19)
- Pakkeforløp for tvang og rus (implementeres 01.01.19)
- Pakkeforløp for overdose (implementeres 01.01.19)
- Pakkeforløp for familier med barn og rus (implementeres 01.01.19)
- Pakkeforløp alkohol (implementeres 01.01.20)
- Pakkeforløp ROP lidelser (implementeres 01.01.20)

Ruslidelser og psykiske lidelser er sammensatte lidelser og vil ofte kreve langvarig samarbeid mellom mange aktører fra ulike tjenestenivåer. Den kommunale helse- og sosialtjenesten vil ha en viktig rolle både under og etter pakkeforløpene, og samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen vil være viktig for at pasienten skal få god behandling og oppfølging.

Det skal etableres forløpskoordinatorer i alle helseforetak og enheter som utreder og behandler pasienter som inkluderes i pakkeforløp for psykisk helse og rus, og det skal utredes om det også bør etableres forløpskoordinatorer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det skal utarbeides tiltakspakker til hvert enkelt pakkeforløp for å sikre at somatisk helse og levevaner blir ivaretatt. Dette for å imøtegå det store spriket i forventet levealder mellom disse pasientgruppene og andre deler av befolkningen. Det skal vurderes utarbeidelse av ytterligere pakkeforløp (prosjektplan Helsedirektoratet).

2.1.5 Oppsummering - statlige føringer for forebyggende arbeid og rusarbeid i Oslo kommune

Rusarbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostisering, funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning. Oslo kommune har som landets største kommune særskilte utfordringer og muligheter knyttet til oppbygging og tilrettelegging av tjenestetilbudet innen forebyggende arbeid og rusarbeid.

⁵ I tillegg skal syv pakkeforløp innen psykisk helse implementeres fra januar 2018.

Ut fra de statlige føringer bør følgende vies særlig oppmerksomhet:

- Forebyggende arbeid og tidlig innsats må prioriteres for å forebygge sykdom og skade
- Kommunen får økt ansvar for ivaretagelse av personer med rusmiddelproblemer. Klar ansvarsfordeling samt tettere samarbeid er nødvendig i det spesialisthelsetjenesten i ytterligere grad skal ha overgang til flere polikliniske tjenester og kortere tid i døgnbehandling.
 - Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vil kunne medføre økonomiske forpliktelser dersom kommunen ikke har tilbud til å de utskrevne pasientene
 - Pakkeforløp for rus vil ha innvirkning på tilbudet den enkelte skal få i egen kommune. Når pakkeforløp rus foreligger, må det utarbeides plan for ivaretagelse av kommunens rolle.
- Det skal etableres helhetlig og sammenhengende tjenester, og i Oslo kommune vil dette kreve utstrakt samarbeid mellom bydeler, etater, spesialisthelsetjeneste.
- For å sikre gode og hensiktsmessige tjenester må brukere og pårørende involveres, både knyttet til tjenesteutforming og i forhold til den enkeltes tjenestetilbud, altså på system- og individnivå
- Frivillig og ideell sektor skal ha en sentral plass i tjenestetilbudet, i samarbeid med det offentlige tjenestetilbudet
- Bolig og arbeid/aktivitet skal prioriteres. Sosial ulikhet og ulik befolkningssammensetning i bydelene fører til ulike behov samtidig som ulik tilgang til bolig i bydelene er en særskilt utfordring i Oslo kommune.

2.2 Sosial ulikhet

Forebygging av rusmiddelproblemer blant unge er komplekst, og må inkludere en lang rekke virkemidler. Flere av virkemidlene ligger utenfor det vi kan kalle «rusfeltet». Økonomisk politikk, arbeidsmarked og sosial lagdeling utgjør risikofaktorer for blant annet utvikling av rusmiddelproblemer.

Ifølge statistikk til OECD er Norge et av de land der sosial ulikhet er minst. Ikke desto mindre er det en tett kobling mellom «hvem du er» og hva slags helse du kan forvente å ha. Til tross for velstandsokning, har sosial ulikhet i helse økt over tid (Dahl 2014). Gjennomgående finner man at de med flere materielle og sosiale ressurser, lever lengre og er friskere enn de som har færre ressurser. I arbeidet med Folkehelseplanen fant Helseetaten at levekår, helse og befolkningssammensetningen er ujevnt fordelt i Oslo (Helseetaten 2016).

Den sosiale ulikheten i befolkningen i Oslo har eksistert over lang tid, men ulikhetene ser ut til å ha økt ytterligere fra 1990 til i dag (Helseetaten 2016). Når det gjelder befolkningssammensetning er det enkelte deler av Oslo som har opphopning av risikofaktorer og levekårsutfordringer, mens andre deler av byen preges av en befolkning med høyere sosial og økonomisk status. I en del tilfeller snakker man om forskjeller mellom de østlige og vestlige bydelene. Bildet er imidlertid nyansert ved at det er forskjeller også innad i bydelene.

Oslo har landets største forskjell i økonomisk levekår. Hovedstaden har den høyeste andelen fattige, samtidig som det er en økende andel i de høyere inntektsgruppene. 14 prosent av innbyggerne har vedvarende lav inntekt, og en stor andel av dette er barn som lever i familier med lav inntekt. Andelen fattige barn i gruppen 0–17 år i Oslo har økt fra 16 prosent i 2006 til 18 prosent i 2014. Det betyr at det i perioden 2012–2014 i gjennomsnitt var 17 600 fattige barn i Oslo (SSB befolkningsstatistikk).

Rundt en tredjedel av Oslos befolkning har innvandret eller er barn av innvandrere (ibid). Det er en stor overvekt av innvandrerbarn blant dem som bor i familier med permanent lave inntekter. Da SSB kartla barn som tilhørte husholdninger som hadde inntekter lavere enn de årlige lavinntektsgrensene i minst 6 år (2006–2011), hadde en tredjedel landbakgrunn fra Somalia, Irak eller Pakistan (ibid). Store barnefamilier har større risiko for fattigdom, fordi de har større forsørgerbyrde.

Det er dokumentert at mange unge i lavinntektsfamilier har avbrutt grunn- eller videregående opplæring. For innvandrerbefolkningen gjelder det i særlig grad gutter. Barn og unge som opplever utfordringer på

hjemmebane er i en særskilt risiko for frafall fra skolen. De som får eller har fått hjelp fra barnevernet gjør det ofte dårligere på skolen, har lavere gjennomføringsfrekvens og gjennomfører i mindre grad høyere utdanning (Bufdir 2017).

Bolig og nærmiljø er viktig for de unges oppvekst, og det er store variasjoner i boligtyper mellom Oslos bydeler. To av tre Oslo-ungdommer vokser opp i enebolig, rekkehus eller flermannsbolig, mens en tredjedel bor i blokk- eller bygårdsleilighet. Ungdom i vest vokser typisk opp i eneboliger, mens ungdom i sentrum og øst langt oftere vokser opp i blokk- og bygårdsleiligheter. Når det gjelder rusmiddelbruk, har de som bor i leiet bolig og/eller bor trangbodd sjeldnere vært beruset og har mindre erfaring med bruk av cannabis enn de som bor i eid hus (Andersen 2016). Mange av de unge som vokser opp med færrest sosioøkonomiske ressurser, har en vanskeligere oppvekst enn mange andre ungdommer i Oslo. Gruppen kommer systematisk dårligere ut på flere områder, deriblant ift fysisk og psykisk helse. Unge i de mest velstående boområdene i de ytre bydelene trives best, har best helse og lever et sunnere og mer aktivt liv enn ungdom som vokser opp andre steder. Utfordringer knyttet til alkoholbruk blant ungdom er imidlertid høyere i vestlige bydeler enn i de østlige bydelene. Dette kan blant annet ha sammenheng med at flere med annen etnisk bakgrunn som ikke drikker alkohol, bor i de østlige bydelene.

2.3 Tidlig innsats

Kommunen har et overordnet ansvar for forebyggende arbeid. Dette betyr at kommunen må følge med i de forhold barn lever under og finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt, jf. barnevernloven § 3-1. Forebygging berører flere virksomheter; barnehage, skole, helse- og omsorgstjenesten, familieverntjenestene, fritidssektoren, NAV, barneverntjenestene, utekontakter og politi.

Begrepet forebygging anvendes på den ene side om innsatser og tiltak der formålet er å hindre eller begrense skade, sykdom eller problemer. Det betegner også innsatser, tiltak og prosesser som gjør folk i stand til å bedre å bevare sin helse, det helsefremmende perspektivet⁶.

Tidlig innsats vil som regel være det vi kategoriserer som selektiv og/eller indikativ forebygging. Forebyggingsprogrammer i skolen er oftest universell forebygging, fordi de retter seg inn mot alle elevene. Tidlig innsats er både innsats tidlig i et barns liv, og/eller å gripe inn tidlig når problemer oppstår eller avdekkes. Tidlig innsats har til hensikt å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats. Dette innebærer tidlig oppdagelse, tidlig identifisering og tidlig handling i forhold til en mulig problemutvikling hos barn og unge, voksne og eldre (Helsedirektoratet 2010). Barnehage, helsestasjon og skole er tjenester alle barn, unge og deres foreldre er i kontakt med. Disse kan i mange tilfeller være første instans som kan se og intervensjon tidlig.

Tidlig rusdebut er forbundet med økt risiko for negative konsekvenser, både på kort og lang sikt. Det er sammenheng mellom tidlig rusdebut, rusmiddelproblemer og psykiske vansker. Trolig kan rusmiddelproblemer i ungdomstiden både forstås som en årsak til psykiske vansker, som en konsekvens av psykiske vansker eller som et uttrykk for en bakenforliggende sårbarhet (Nasjonal kompetansetjeneste TSB 2016). Ungdom som både har tidlig rusdebut eller rusmiddelproblemer og samtidige psykiske vansker, utgjør en spesielt utsatt gruppe. Hos voksne er det et betydelig overlapp mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

⁶ Forebygging kan deles inn i følgende kategorier: Universell forebygging er strategier og tiltak som retter seg mot hele befolkningen, uten å skille mellom grupper og individer. Selektiv forebygging er strategier og tiltak som rettes mot risikogrupper og/eller risikosituasjoner. Indikativ forebygging er strategier og tiltak som rettes mot enkeltpersoner hvor risikofaktorer og/eller konkrete problemer er observert eller opplevd.

2.4 Regulatoriske og tilgjengelighetsregulerende virkemidler

Bruk og besittelse av illegale rusmidler er ulovlig, og således regulert gjennom lovverket. Når det gjelder legale rusmidler er alkoholavgifter og begrensninger i salgs- og skjenkesteder effektive for å redusere alkoholrelaterte skadevirkninger. Norske og internasjonale studier viser at pris og tilgjengelighet har betydning for konsum av alkohol, tobakk og heroin (Rossow 2010). Det vil si at når prisen går opp, vil konsumet gå ned. Samtidig er det godt dokumentert sammenheng mellom alkoholkonsumet i befolkningen og hvor omfattende de alkoholrelaterte problemene er (Babor 2010). Sårbare grupper som ungdom og alkoholavhengige responderer på prisendringer, det vil si at de drikker mindre når prisene går opp (Rossow 2010). Aldersgrense, begrensninger i salgs- og skjenketider, antall skjenkesteder har betydning for alkoholkonsumet.

Alkoholoven inneholder regulatoriske virkemidler som har til intensjon å begrense de samfunnsmessige og individuelle skader som alkohol kan medføre. Kommunene er tillagt et betydelig ansvar og stor frihet til å utforme egen alkoholpolitikk⁷.

Oslo kommune har utarbeidet alkoholpolitisk handlingsplaner (2016-2020). Bedre folkehelse og redusert alkoholforbruk er et av hovedmålene for Oslo kommunes alkoholpolitikk.

Prosjektet «Sammen Lager vi Utelivet Tryggere» (Salutt) ble opprettet for å styrke kontrollen med skjenkestedene (prosjektperiode 2011-2017). Prosjektet er konsentrert i et begrenset geografisk område i Oslo sentrum, og har som hovedmål å redusere alkoholrelatert vold og skader på utesteder, motvirke overskjenking og skjenking til mindreårige og øke trygghetsfølelse i Oslo sentrum. Salutt er basert på samarbeid mellom kommunen, utelivsbransjen og politiet. Den dialogbaserte tilnærmingen til utestedene innebærer raske og konstruktive tilbakemeldinger. Vold og ordensforstyrrelser i forbindelse med alkoholserveringssteder har gått ned de siste årene. Dette er en trend i hele Oslo, og er ikke avgrenset kun til Salutt-området.

I 2016 trådte nye regler om prikkbelastning for å forebygge lovbrudd i skjenkenæringen. Kommunen er forpliktet til å tildele prikker ved regelbrudd, og inndragelse av bevilling skal skje ved 12 tildelte prikker. Det er ennå for tidlig å si hvordan de nye reglene kan påvirke regulering av salg og skjenking i Oslo.

2.5 Rusmiddelavhengighet og skadeomfang

De siste 20 årene har nordmenns alkoholforbruk økt kraftig. Menn drikker fortsatt mest, konsumet blant kvinner og eldre øker mest mens det er en nedgang i konsum blant ungdom (Storvoll 2010). De fleste bruker ikke alkohol i mengder som fører til misbruk eller avhengighet. Det er imidlertid klar sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og helseskader, sosiale konsekvenser, sykdommer og ulykker (Rossow 2002). I følge Rossow står ca. åtte prosent av konsumentene for 40 prosent av det totale konsumet. Når forbruket øker generelt, øker også antall storkonsumenter. Det betyr at antall med alkoholavhengighet vil øke i takt med at totalforbruket øker (ibid).

Cannabis er det mest brukte illegale stoffet. Økende styrkegrad på cannabis fører til flere helsemessige konsekvenser og flere som søker behandling for cannabisavhengighet. For de som bruker cannabis regelmessig, øker risikoen. Forskning viser at blant dem som har prøvd cannabis fem ganger eller mer, risikerer 17 prosent å bli avhengige (Bramness 2013). Kunnskapsoppsummering fra WHO viser til at hyppig cannabisbruk i ungdomsårene korrelerer med en lang rekke problemer, blant annet drop-out fra utdanning, kognitiv svekkelse, økt sannsynlighet for bruk av andre stoffer, økt risiko for symptomer på depresjon og økt forekomst av selvmordstanker og selvmord (WHO kunnskapsoppsummering). Langtidsbrukere og regelmessige brukere av cannabis har dobbelt så stor risiko for å oppleve psykotiske symptomer og forstyrrelser og kan utvikle et avhengighetssyndrom (EMCDDA 2016). Regelmessig bruk i ungdommen gir økt risiko mer alvorlige psykiske lidelser og intellektuell svekkelse (ibid).

⁷ Per 31.12.2015 hadde Oslo kommune 1120 skjenkesteder og 409 salgsbevillinger.

Det har vært en stor økning i antall nye rusmidler på det illegale narkotikamarkedet over hele verden, også i Norge. Stoffene betegnes som «nye psykoaktive stoffer» (NPS), og de selges i hovedsak via internett (Krabbseth m. fl., 2016, Bretteville-Jensen 2015). Potente stoffer i usikker dosering innebærer risiko for utilsiktede overdoser og dermed alvorlige forgiftninger og død. I løpet av første halvår 2015 ble det beslaglagt over 200 000 brukerdoser av NPS i Norge (Tuv 2016). Det er rapportert flere dødsfall i Norge relatert til nye psykoaktive stoffer. Det amfetaminlignende rusmidlet parametoksymetamfetamin (PMMA) har forårsaket over 30 kjente dødsfall her i landet i perioden 2010 – 2015. De som misbruker illegale rusmidler benytter psykoaktive stoffer i økende grad, men størst er gruppen av unge rekreasjonsbrukere (EMCDDA 2016). De fleste brukerne av NPS er menn i alderen 16 til 30 år.

Rapporten Rusmidler i Norge viser at heroinbruk i Norge er på vei ned, mens bruk av amfetamin er stigende (Skretting 2015). Amfetamin og metamfetamin er beslektede stoffer med veldig lik virkning, men noe kan tyde på at metamfetamin i noe høyere grad kan utløse psykose (Rognli 2015). Metamfetamin har, i følge beslagstall fra politiet og studier av avløpsvann, delvis overtatt markedet for amfetamin med Norge som Europas største marked for metamfetamin (Bretteville-Jensen 2015). Det ser imidlertid ut til at brukerne ikke er klar over om det er amfetamin eller metamfetamin de kjøper. Noen av symptomene ved bruk av amfetamin og metamfetamin er uro, rastløshet, agitasjon, usammenhengende tanker og tale, psykose og paranoiditet (Skretting 2015).

SIRUS anslår at det er mellom 7 200 og 10 100 brukere som **injiserer** illegale rusmidler i Norge (Skretting 2015). Gjennomsnittsalderen til opioidavhengige⁸ er på vei opp, og vi er på vei til å få en aldrende populasjon av personer med rusmiddelproblemer (Waal 2015).

Avhengighet av rusmidler har betydelige kostnader i form av tapte leveår, tapt livskvalitet, sosiale problemer, dårlig helse og omfattende problemer i kjølvannet av bruken (Rehm 2009). Overdødelighet er høyest hos personer med rusmiddelavhengighet, sammenlignet med andre diagnosegrupper. Dette skyldes i stor grad livstil, skader og sykdommer, - og ikke selve rusmiddelproblemet. Kronisk hepatitt, KOLS, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer er hyppige sykdomstilstander. Det anslås at rusmiddelavhengige har 15-20 års lavere levealder på grunn av somatisk sykdom (Lien 2015). Grunnen til dette er manglende forebygging og oppdaging av sykdom, noe som fører til underbehandling (Helsedirektoratet 2016).

Avhengighet av rusmidler rammer ikke bare den som er avhengig, men pårørende, venner og sosialt nettverk. I 2009 ble det anslått at 130 000 personer er rammet som pårørende av foreldres eller partners alkoholproblemer (Rossow 2009). Derav er det anslått at 150 000 barn som bor sammen med personer med risikofylt alkoholkonsum (ibid). Vi har ikke funnet anslag over hvor mange barn som er pårørende av personer som benytter andre rusmidler enn alkohol.

Det kan trekkes et skille mellom negative konsekvenser av høyt forbruk over tid og negative konsekvenser knyttet til enkeltepisoder med stort inntak av rusmidler. Storvoll (2010) konkretiserer dette slik:

- Kroniske helseskader (f.eks. skrumplever og HIV)
- Akutte helseskader (f.eks. overdose og trafikkskade)
- Kroniske sosiale problemer (f.eks. samlivsproblemer og økonomiske problemer)
- Akutte sosiale problemer (f.eks. slagsmål og at man sjenerer andre)

2.6 Fra bruk til avhengighet

De fleste prøver eller bruker rusmidler uten å utvikle skadelig avhengighet. Eksperimentell bruk betegner utprøving av legale og illegale rusmidler. Dersom bruken vedvarer uten negative konsekvenser, betegnes det

⁸ Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon. Opioider benyttes i medisinsk behandling og som illegale rusmidler. Ved gjentatt bruk er de sterkt avhengighetsskapende.

som rekreasjonsbruk. Svært mange nordmenn vil betegne sitt forbruk av alkohol som rekreasjonsbruk (Nasjonalt kompetansetjeneste TSB 2016). Symptompreget bruk benyttes dersom rusmidler brukes hyppig og betinget mot bestemte plager, som for eksempel angst eller søvnproblemer. Skadelig bruk benyttes når bruken gir skader enten for brukeren eller for andre. Dersom brukeren ikke klarer å avslutte til tross for skadelige effekter eller ønske om å slutte, vil bruken betegnes som avhengighetspreget (Simonsen 2016). Det er flere grunner til at unge eksperimenterer med rusmidler eller utvikler skadelig bruk. Nasjonalt kompetansetjeneste TSB (2016:14) fremholder følgende betydningsfulle faktorer:

- For å passe inn – sosial aksept
- For å føle seg bra – selve rusopplevelsen
- For å føle seg bedre – bruk av rusmidler for å minske lidelse/dempe vonde følelser
- For å gjøre det bedre – prestasjonsforbedrende
- For å gjøre noe nytt – oppsøke spenning og risiko

De faktorene og motivene som virker inn på frekvens og motivasjon for bruk, forandrer seg over tid. Den eksperimentelle bruken domineres av nysgjerrighet og tilfeldigheter, - av omgivelser, miljø og betingelsene som foreligger for bruk. Den regelmessige bruken domineres av ønskene om å bruke. Blant faktorene som innvirker på bruken, er det særlig vanlig å peke på tilgjengelighet av rusmidlene og på grad av sosial aksept for bruk. De faktorene som innvirker på kontrollen, kan også variere. Kontrolltapet er aldri absolutt, og det kan være vanskelig å se forskjell på kritikkløs hyppig bruk og avhengighet. Rusmiddelavhengighet omhandler prosessen fra kontrollert, sosial bruk av et rusmiddel til ukontrollert eller kompulsivt bruk (Simonsen 2016).

Risikofaktorer

Biologiske, psykologiske, sosiale og samfunnsmessige faktorer kan i et samspill forklare avhengighet (Bramnes 2009). Enkelte individer er mer genetisk disponert for å utvikle avhengighet enn andre ved tilnærmet samme ruseksponering. Det er kartlagt en rekke nevrobiologiske mekanismer som har stor betydning for utvikling av avhengighetspreget rusmiddelbruk (Høie og Sletnes 2006). Gjentatt tilførsel av et rusmiddel kan føre til langvarige endringer i de områder av hjernen som er viktige for positive opplevelser knyttet til stimuli som mat, drikke, sosial interaksjon, seksuelliv så vel som rusmidler. Gjentatt rusmiddelbruk gir også nevrobiologiske endringer som fører til at lyst til å bruke rusmidler blir forsterket (ibid).

Individuell sårbarhet og livsbelastninger medfører risiko for avhengighetsproblemer⁹. Det er ulike faktorer som kan medføre risiko eller beskyttelse, og vi er alle eksponert for disse faktorene.

Risikofaktorer kan finnes både hos individet selv (individuelle aspekter) og utenfor individet (miljømessige aspekter). Hvordan dette påvirker enkeltmennesket, og hvordan dette kan bidra til å utvikle rusproblematikk er ulikt fra individ til individ. Risiko eskalerer imidlertid i takt med antall risikofaktorer i den enkeltes liv. Dette gjør det hele komplekst, og det er vanskelig å predikere hvilke risikofaktorer som kan påvirke rusmisbruk og psykisk uhelse. Risikofaktorer kan knyttes til:

- sosiodemografiske forhold som kjønn, sosioøkonomiske forhold, etnisk bakgrunn,
- forhold i familien som familiestruktur, modellering fra foreldre eller søsken, og relasjonen mellom barn/ungdom og foreldre
- jevnaldrende og omgangskrets og deres tilbøyelighet til normbrudd og holdninger til rusmidler
- personlighet og individuell sårbarhet som egne verdier, holdninger og forventninger
- atferd og atferdsproblemer i løpet av oppveksten (Donovan 2004)

⁹ En risikofaktor kan defineres som «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden» (Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen og Rørnes, 2005). En beskyttelsesfaktor er «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling» (ibid).

Dersom de nevnte faktorene er positive elementer i den enkeltes liv, er dette beskyttelsesfaktorer. Barn med alvorlig angst, depresjoner, spiseforstyrrelser, ubehandlet AD/HD, alvorlige traumer, tilknytnings-problemer og relasjonsskader er mer sårbare for å utvikle rusmiddelproblemer enn andre (Nasjonal kompetansetjeneste TSB 2016). Barn som vokser opp med problematiske hjemmeforhold, er ofte de samme som sliter mest med marginale nettverk, tilknytning til skolen, problemer med å utvikle gode relasjoner til venner og tro på egne krefter. Når disse ungdommene eksponeres for rus, løper de vanligvis en større risiko for å utvikle rusmiddelproblemer.

Krenkelser i barndommen gir økt risiko for somatisk sykdom og andre problemer i voksen alder, deriblant problemer med psykisk helse og rus. Dette er godt dokumentert gjennom den amerikanske Adverse Childhood Experiences (ACE- studien). Studiet startet i 1993 der sammenhengen mellom negative barndomserfaringer og helse senere i livet ble kartlagt. Over 17 000 personer i den nordamerikanske normalpopulasjonen besvarte spørsmål om erfaringer knyttet til overgrep, omsorgssvikt og negative familieforhold i barndommen, og til helse i voksen alder. Funnene viser klare sammenhenger mellom negative barndomserfaringer og risikoatferd som rusmisbruk og fysisk inaktivitet i løpet av livet. Det viste seg å være en sterk sammenheng mellom antall negative barndomserfaringer og sykdom i voksen alder, som KOLS, depresjon, hjerte/karsykdom, fedme, leversykdom, seksuelt overførbare sykdommer og ulike kreftformer. Blant gruppen med høy ACE-skår var også forekomsten av selvmordsforsøk, partnervold, uønskede svangerskap forhøyet (Bufdir 2014).

Vedvarende påkjenninger fra tidlig barndom omtales ofte som «komplekse traumer» eller «utviklingstraumer». Slike traumer kan gi omfattende skader på barns utvikling, deriblant svekket helse, livskvalitet og sosial fungering (Braarud 2011). Barna vil ofte trenge spesielt tilrettelagt omsorg og behandling, noe som krever traumespesifikk kompetanse hos hjelperne.

Barn opplever traumatiske hendelser ulikt. Det kan blant annet avhenge av alder og utviklingsnivå i tillegg til støtte og oppfølging fra omgivelsene. Vold og seksuelle overgrep kan resultere i posttraumatisk stress syndrom (PTSD) og andre angstlidelser, depresjon og atferdsvansker. Hvis ikke disse behandles på en god måte, kan vanskene bli kroniske og vare inn i voksen alder (ibid).

Det er viktig med tidlig innsats for å forhindre uheldig utvikling. Det er viktig ikke bare å se barn og unges atferd, men å kunne identifisere de bakenforliggende årsakene til atferden (Thorkildsen 2015). Det er helt vesentlig å finne tiltak som fører til identifikasjon og handling så tidlig som mulig.

Sosiale relasjoner, særlig tidlig i livet, kan være en faktor for utvikling av avhengighet. Hvem man ønsker å være eller hvor man finner sin tilhørighet, kan både være risiko- eller beskyttelsesfaktor avhengig av miljøet man tar del i. I tidlig barndom og ungdomstid er man lettere påvirkelig enn senere i livet, og dermed mer sårbar.

Mellom 40 og 65 prosent av de som er avhengig av rusmidler har en psykisk lidelse i løpet av livet. Angst og depresjon er de vanligste problemene og jo mer alvorlig ruslidelsen er desto høyere er omfanget av den psykiske lidelsen. Personer med avhengighet av illegale rusmidler har oftere psykiske problemer eller lidelser enn personer som er avhengig av alkohol (Landheim m. fl., 2016). Å ha samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser forverrer ofte tilstanden, og er med å opprettholde problemene.

Å være innvandrer og samtidig ha behov for tjenester kan være utfordrende. Språkproblemer vanskeliggjør dialogen mellom ansatte og bruker. Liten kjennskap til tjenestetilbud og rettigheter samt ulik kultur medvirker til at innvandrere i mindre grad benytter seg av eksisterende tjenester enn øvrig befolkning. I en del kulturer er bruk av rusmidler skambelagt, noe som kan være en ekstra byrde for bruker og hans/hennes familie og nettverk. Det er derfor viktig at informasjon tilrettelegges og at ansatte har kulturforståelse og kompetanse for å sikre at denne gruppen får et godt tilbud.

2.7 Bruk av rusmidler i Oslo kommune

Ungdom og rus

Ungdom i Oslo drikker mindre alkohol enn ungdom ellers i landet. I Oslo har fire prosent vært beruset på 8. trinn i ungdomsskolen, mens det gjelder 69 prosent i tredje klasse på videregående. Tallene for resten av landet er henholdsvis seks og 86 prosent. Andelen som har vært beruset har gått jevnt og trutt nedover siden 1996 (Lie Andersen 2015). De laveste andelenene bor i øst, og de høyeste bor i vest og i de sentrumsnære bydelene.

Noe av grunnen til det forholdsvis lave alkoholforbruket er at Oslo har en mer sammensatt befolkningsgruppe enn i landet som helhet, med langt flere unge med innvandrerbakgrunn. At denne gruppen drikker mindre alkohol enn unge med norskfødte foreldre, bidrar til å trekke alkoholbruken i Oslo ned. Blant de **uten** innvandrerbakgrunn har like mange vært beruset som i landet for øvrig (ibid). Det er klare bydelsforskjeller når det gjelder å ha vært beruset siste år.

Oslo skiller seg fra resten av landet ved at en høyere andel har brukt cannabis, men andelen som har gått svakt ned over tid (ibid). En av ti unge i Oslo har brukt cannabis siste år, og rundt tre prosent har gjort det mer enn fem ganger. Bruken øker markant med klassetrinn. Blant de på VG3 har 25 prosent av osloundommene brukt cannabis, mens det gjelder 16 prosent i resten av landet. Cannabis brukes i mindre grad av ungdom med innvandrerbakgrunn enn de uten innvandrerbakgrunn. Cannabisbruken har størst utbredelse i de sentrumsnære og de vestlige bydelene. Osloundom blir oftere tilbudt cannabis enn ungdom ellers i landet, noe som understreker at tilgjengeligheten av stoffene er forholdsvis stor i Oslo (ibid).

*Kommunale tjenester og behandling i spesialisthelsetjenesten*¹⁰

Kommunenes kartlegging gjennom BrukerPlan¹¹ i 2015 anslås at det på landsbasis er 28 000 personer som får kommunal tjeneste på bakgrunn av rusproblem. Ved å ta utgangspunkt i BrukerPlan kartleggingen som ble gjennomført av åtte bydeler i 2015 og ti bydeler i 2016, har de kartlagte bydelene gjennomsnittlig seks kartlagte pr. 1 000 innbyggere 18 år eller eldre. Det er relativt store forskjeller mellom bydelene. Bydelene Gamle Oslo og Grorud har mellom 11-12 kartlagte pr. 1 000 innbygger, mens bydelene Ullern og Vestre Aker har om lag tre kartlagte pr. 1 000 innbyggere i 2016.

På landsbasis var det i gjennomsnitt over sju kartlagte pr 1 000 innbyggere som mottok kommunale tjenester på bakgrunn av rusproblem. Dette er høyere prosentvis andel kartlagte enn i bydelene i Oslo. Det er grunn til å anta at gjennomsnittlig prevalens¹² i Oslo er høyere enn landsgjennomsnittet. Dersom man legger landsgjennomsnittet til grunn, vil anslagsvis mer enn 5 000 innbyggere i Oslo motta kommunale tjenester på grunn av rusmiddelbruk.

Det er 1 468 personer som har hatt ett eller flere opphold ved Velferdsetatens (VEL) institusjoner i 2016. Til sammen har de hatt over 4 200 tiltak/inntak. Tre av fire av tiltakene/inntakene var ved akutt- eller korttidsinstitusjoner. 80 personer har hatt ti eller flere inntak i VELs rusinstitusjoner, og tiltak/inntak for disse 80 personene utgjør nær 30 prosent av alle tiltak/inntak.

Det er bare et fåtall som får behandling for rusavhengighet i spesialisthelsetjenesten. Flere studier viser at om lag en tredjedel av de som har en ruslidelse søker behandling (Kringlen m fl 2001). Det er forholdsvis flere i

¹⁰ Tall og situasjonsbeskrivelse bygger på Helhetlig russtatistikk for Oslo kommune (Velferdsetaten 2016).

¹¹ Det er en del svakheter med rapporteringsdataene i BrukerPlan. Det er ansatte i kommunen som gjennomfører kartleggingen i BrukerPlan. Hvilke instanser som gjennomfører kartleggingen er ulik i bydelene, og de ansatte kan ha ulik oppfatning av den enkeltes brukers problembelastning. I den videre bruken av BrukerPlan er det derfor viktig at bydelene har en felles plan slik at kartleggingen gjennomføres så likt som mulig.

¹² Prevalens: tallet på personer som har en viss sykdom, funksjonshemming eller risikofaktor i en viss befolkning på et visst tidspunkt/tidsperiode.

gruppen med illegalt rusmisbruk som er i behandling, enn gruppen med skadelig bruk eller avhengighet av alkohol (Landheim 2016).

Tall fra Nasjonalt pasientregister (NPR) viser at det i 2015 var nærmere 3 500 innleggelser i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) med bosted Oslo kommune. Det er relativt stabile tall for antall innleggelser fra 2013- 2015. Gjennomsnittlig liggedøgn er 28 døgn, noe som er ett par døgn lenger enn i 2013 og 2014.

Statusrapport for LAR behandling i Norge viser at det ved årsavslutning 2016 var i overkant av 7 500 pasienter i LAR behandling i Norge (Waal 2017). 36 prosent av pasientene bor i region øst, men det fremgår ikke av rapporten hvor mange som bor i Oslo. Antall i behandling øker noe, men veksten har de siste årene gradvis avtatt. Oslo skiller seg ut fra resten av landet med et lavt antall personer med førstegangsinntak i LAR. Ifølge forfatterne av rapporten kan grunnen til dette være at LAR i Oslo har nådd frem til en særlig stor del av målgruppen og at det er relativt få som ønsker behandling og som ikke har fått tilbud om dette tidligere (ibid). De som blir behandlet gjennom LAR har økende gjennomsnittsalder, og det er ingen økning i antall unge som inkluderes i behandlingen. Økende gjennomsnittsalder medfører at flere som er i LAR behandling har økt sykkelighet og omsorgsbehov.

En av tre av de kartlagte gjennom BrukerPlan har blitt utsatt for vold og/eller har utsatt andre for vold, dette er langt høyere enn landsgjennomsnittet i 2015. Ved VELs rusinstitusjoner ble 155 personer utskrevet med øyeblikkelig virkning pga. vold, trusler om vold eller våpenbesittelse i 2016.

Ut fra tall fra BrukerPlan, NPR og VEL fremkommer at de vestlige bydelene har lavere andel av befolkningen som mottar tjenester på bakgrunn av rusmiddelproblemer, enn sentrumsbydeler og de østlige bydelene. Det er grunn til å anta at dette er et resultat av ulik befolkningssammensetning og levekår.

Samtidig ser vi gjennom kartlegging i BrukerPlan i 2015 at vurdering av alvorlighetsgrad og problemomfang innen de ulike funksjonsområdene for brukerne er ulik. Bydel Alna har gjennomsnittlig antall kartlagte, men kartleggerne vurderer at andelen brukere med høyt problemomfang innenfor funksjonsområdene rus, fysisk og psykisk helse, sosialt, nettverk, arbeid og økonomi er større enn i de andre bydeler. I Bydel Sagene er andelen av befolkningen som ble kartlagt høy, men prosentvis færre brukere ble vurdert med stor alvorlighetsgrad (Velferdsetaten 2016).

Bolig, arbeid og aktivitet

Gjennom boligsosialkartlegging i alle bydeler våren 2016, fremkom at 520 husstander var registrert uten bolig. Gjennom BrukerPlan kartleggingen fremkom at 373 personer var bostedsløse¹³, mens om lag samme antall personer ikke hadde permanent og/eller tilfredsstillende boforhold.

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) fant i 2016 at det var 948 bostedsløse personer i Oslo. Dette inkluderer alle bostedsløse, der 60 prosent av de bostedsløse hadde problemer knyttet til rusmidler mens 35 prosent hadde psykiske lidelser (Dyb 2016). Sammenlignet med 2012 er antall bostedsløse redusert fra 2012 til 2016 med 31 prosent i Oslo. Om bostedsløshet i Oslo sier rapporten at: «Langvarig innsats og innovative tiltak har imidlertid gitt uttelling i en betydelig nedgang i tallet på bostedsløse i løpet av de siste fire årene» (Dyb 2016:79).

Rapporteringsdata viser at bydelene har ulik tilgang til boliger (Velferdsetaten 2016). De vestlige bydelene har lavere antall kommunalt disponerte boliger, og dette bidrar til særlige utfordringer for personer med rusmiddelproblemer som har behov for egen bolig. Tall for hvor mange av VELs beboere som flytter i egen leilighet fordelt på bydelene viser det samme mønsteret.

¹³ Dette er tall for de ti bydelene som gjennomførte kartleggingen. NIBR definerer bostedsløs på denne måten: En person regnes som bostedsløs dersom han eller hun ikke disponerer egen eid eller leid bolig. Bostedsløse inkluderer personer som er i fengsel eller behandling og som har 2 måneder eller mindre igjen av soning/opphold.

Gjennom kartlegging i BrukerPlan fremkommer at 45 prosent av de kartlagte ikke er i noen form for lønnet arbeid eller aktivitet, mens nærmere 40 prosent er i litt arbeid/aktivitet. Dette er høyere enn landsgjennomsnittet. Arbeid og aktivitet er viktig for god livskvalitet, og det er bekymringsfullt at så mange står uten noen form for arbeid eller aktivitet.

Eldre brukere og dårligere helse

Gjennom BrukerPlan fremkommer at man vurderer at 73 prosent av de kartlagte med rusproblemer, både har rus- og psykiske problemer. På landsbasis er åtte av ti av de kartlagte med rusproblemer, vurdert med både rus- og psykiske problemer. Ut fra foreliggende tall fra BrukerPlan i Oslo sammenlignet med Norge som helhet, fremkommer det at problemene den enkelte bruker har vurderes som mer alvorlig i Oslo enn i landet som for øvrig. Noe av forklaringen kan være at de brukerne som er kartlagt i Oslo er noe eldre enn i landet for øvrig. Videre er flere enn landsgjennomsnittet av de kartlagte i LAR-behandling i Oslo.

Personer med rusmiddelproblemer får helseutfordringer i tilknytning til alder, tidligere enn andre. I tillegg til vanlige aldersbetingede sykdommer har denne gruppen forhøyet risiko for somatiske sykdommer som følge av langvarig rusmiddelbruk og vanskelige livs- og levekår. Herunder kommer virushepatitter (hepatitt A, B og C), HIV/AIDS, nyresvikt, skrumplever, leversvikt, kronisk obstruktiv lungesykdom, ulike typer kreftsykdommer. Hepatitt C-klinikken ved Prindsen mottakssenter (VEL) har undersøkt rusmiddelbrukere med blodprøver og elastisitetmåling av lever og avdekket flere personer som har fått leveraffeksjon av sin kroniske hepatitt C infeksjon. Leveraffeksjon kan med tiden utvikle seg til skrumplever og leverkreft. Lavterskel helse- og sosialtiltak melder at det er et økende antall beboere på lavterskeltiltakene som har nyresvikt. Dette bekreftes av nyreavdelingen ved OUS, som melder at 20 prosent av deres pasienter ved dialyseavdelingen er rusmiddelbrukere. De melder om en felles utfordring i å få pasientene til å gjennomføre denne viktige og livsforlengende behandlingen. Suksessfaktorer for å få til denne oppfølgingen er stabilitet i egnede boliger, behandling (herunder LAR), stabil økonomi, rusmestring og tett oppfølging.

Overdoser og overdosedødsfall

Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med andre europeiske land. I Oslo er antall overdosedødsfall redusert siden 2004, med noen variasjoner fra år til år¹⁴.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Oslo	64	41	65	66	51	48	52	48	46	58
Norge	251	275	263	285	248	262	246	234	266	289

Dødsfall som skyldes bruk av narkotika i Oslo og Norge (Folkehelseinstituttet 2016).

I 2015 var det imidlertid flere som døde av overdose enn foregående år. Det var en økning i antall overdosedødsfall i aldersgruppen over 60 år, mens det var en reduksjon blant personer under 24 år.

Overdosedødsfall som skyldes narkotika, kan deles inn i tre hovedgrupper: overdoser (forgiftningsulykker), avhengighet (psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som følge av rusmiddelbruk) og selvmord. Det er flest som dør av overdose (80 prosent), mens selvmord og avhengighet utgjør til sammen 20 prosent. Denne fordelingen har holdt seg stabil de siste årene (Folkehelseinstituttet 2016). Ikke-dødelige overdoser signaliserer betydelig risiko for fremtidige dødsfall (Gjersing 2011).

I 2015 er det flest dødsfall som er knyttet til bruk av opioider (83 prosent). Det var flest som døde av heroin, og noen færre av morfin, kodein og andre halvsyntetiske opiater og syntetiske opioider. Ti prosent døde av metadon, men det er ikke kjent hvorvidt stoffene var legalt forskrevet av lege eller ikke (Folkehelseinstituttet

¹⁴ Hvilke stoffer som dødsfallet skyldes, blir kartlagt i obduksjon. Det er i følge Folkehelseinstituttet ofte slik at personer har en rekke narkotiske stoffer i kroppen og det medfører at det kan være vanskelig å si med sikkerhet hvilke stoff som forårsaket dødsfallet.

2016). I Oslo er det flest menn som dør av overdose, hvorav de fleste er i 40-årsalderen. Det er flere som dør alene i egen bolig og man vet at den siste kontakten de har hatt med det offentlige, har vært med NAV. Av de som dør av overdose i Oslo, men som har bostedstilhørighet i andre kommuner, er det flest menn med noe lavere gjennomsnittsalder enn de som dør av overdose med bostedstilhørighet i Oslo. De dør oftere ute, eksempelvis i parkeringshus eller på offentlige toaletter.

Narkotikautløste dødsfall er i over 90 prosent av tilfellene knyttet til akutte forgiftninger. Det er en rekke risikofaktorer som øker sannsynligheten for overdoser og overdosedødsfall:

- Injeksjon av narkotika. Norge har en høy andel som injiserer, og dette vurderes som den mest risikofylte måten å innta narkotika på. Blandingsmisbruk øker risiko for overdosering.
- Perioder uten bruk av narkotika, eksempelvis på grunn av soning i fengsel eller innleggelse i behandling.
- Uventet høy renhetsgrad på narkotikaen.
- Redusert allmenntilstand
- Flere personer med rusmiddelproblemer lever lengre og sykdommer og svekkelser som ofte kan være knyttet til aldring kan medføre økt overdosefare.

2.8 Oppgavefordeling og ressursbruk

Bydelene har hovedansvaret for forebyggende arbeid og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer i Oslo kommune. Alle bydeler har ruskonsulenter i NAV/sosialtjenesten, ulike typer boligtiltak og booppfølging, og har gjennom fastlegene og hjemmetjeneste ansvar for helsetjenester til personer med rusmiddelproblemer. Noen bydeler har alene eller sammen med andre bydeler opprettet ACT- eller FACT-team, gjerne gjennom et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Bydelene kjøper tjenester fra Velferdsetaten, Barne- og familieetaten og Sykehjemsetaten, i tillegg til at de kjøper tjenester av ikke-kommunale utførere. Barne- og ungdomsarbeid omfatter rusforebyggende arbeid, oppsøkende tjeneste, fritidsaktiviteter og helsestasjoner. Barneverntjenesten har flere lokale tiltak, som blant annet kan sette inn miljøterapeutiske tiltak for den enkelte barn eller unge som enten selv har en begynnende rusproblematikk eller er barn av personer med rusmiddelproblemer.

Helseetaten har ansvar for tjenester knyttet til kommunal legevakt, sosial ambulans akutttjeneste og forebyggende psykososiale tjenester. Kommunal legevakt har ansvar for mottak ved akutte hendelser/sykdommer og søknader til akutt institusjonsopphold etter ordinær arbeidstid, i tillegg til oppsøkende tjenester til personer med rusmiddelproblemer.

Sykehjemsetaten har korttids- og langtidsplasser i forsterket enhet til personer med langvarig og fortsatt eksisterende rusavhengighet som har behov for pleie og omsorg. Det er til vurdering hvordan arbeidsdelingen mellom Sykehjemsetaten og Velferdsetaten bør være for eldre med rus- og somatiske lidelser.

Barne- og familieetaten har ansvar for å skaffe plasser i barneverntiltak til barn og unge som skal flytte utenfor hjemmet. Etaten drifter egne barnevernsinstitusjoner i tillegg til å ha rammeavtaler med ideelle og private leverandører av institusjonstiltak. Etaten har avtale med institusjoner som har spesialisert seg på å arbeide med ungdom som har begynnende eller etablert rusproblematikk. Barnevernvakta ivaretar kommunens akuttbereidskap utenom bydelsbarnevernets åpningstid. Etaten skal også bistå bydelsbarnevernet med kunnskapsoverføring og kompetanse- og metodeutvikling for å bidra til utvikling av det helhetlige barnevernet i Oslo. Videre fører etaten saker i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker på vegne av bydelene.

For å bistå bydelene innen rusfeltet driver Velferdsetaten byomfattende rusinstitusjoner, lavterskel helsehjelp og forebyggende tjenester. Velferdsetaten disponerer ca 700 institusjonsplasser fordelt på akuttplasser, korttidsplasser, rehabilitering og omsorg, hvor av 236 plasser er på rammeavtale med ideelle og private leverandører. Velferdsetaten er sentral i sentrumsarbeidet og har ansvar for feltpleietjenester, oppsøkende

arbeid i sentrum, Sprøyterom, LASSO, Villa MAR/MAR Oslo poliklinikk i tillegg til overdoseforebyggende arbeid.

Ressursbruk

Det er vanskelig å få en samlet oversikt over hvor mye ressurser som brukes på forebyggende arbeid og rusarbeid i Oslo basert på tall fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Usikkerheten knyttes først og fremst til bydelenes ressursbruk på forebyggende arbeid. I arbeidet med denne rapporten har vi valgt å fremskaffe tall som kan regnes for tilnærmet sikre.

Det varierer hva som føres på KOSTRA-funksjon 243 og hva som føres på andre funksjoner. Rusenheter/-team eller ”øremerkede” ruskonsulenter i sosialtjenesten er gjennomgående ført på funksjon 243, mens noen også inkluderer boligtiltak, booppfølging, og helsetjenester til personer med rusmiddelproblemer. Vi velger likevel å vurdere det som føres på KOSTRA-funksjon 243 som rimelig sikre tall. Det er ikke en egen KOSTRA-funksjon for psykisk helsearbeid. Dette bidrar til at utgifter og inntekter i forbindelse med psykisk helsearbeid vil være spredt på flere funksjoner, særlig innen helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Det antas at mellom 25–50 prosent av alle pasientene som til enhver tid får behandling i psykisk helsevern, har også et rusproblem (Samdata). Noe av ressursene på rusfeltet føres også på KOSTRA-funksjon 242 Forebygging. For Velferdsetaten dreier det seg om litt over 130 millioner kroner årlig.

Basert på tall fra 2015 beløper de kostnadene som er direkte relatert til rusrettet arbeid seg til ca 1,2 milliarder. Da er det tatt med alt som er ført på KOSTRA-funksjon 243 i Velferdsetaten og bydelene samt deler av KOSTRA-funksjon 242 i Velferdsetaten.

Det betyr at den samlede ressursbruken er langt høyere enn det som er dokumenterbart i KOSTRA. Dette viser at det kan være behov for bedre beregningsmetoder for kostnader opp mot de enkelte målgrupper i kommunen.

Det kan også være av interesse å ta med kostnader for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Basert på tall fra sykehusene som betjener Oslos befolkning, har prosjektet fått følgende tall fra sykehusene basert på SAMDATA fra 2015:

Kostnader i kroner	OUS	Diakonhjemmet	Lovisenberg	Ahus	Totalt
Polikliniske konsultasjoner (NOK)	59 052 000	25 099 715	22 765 400	20 750 600	127 667 715
Liggedøgn innlagte pasienter (NOK)	159 454 000	51 828 784	25 783 000	122 728 000	359 793 784
Totalsum	218 506 000	76 928 499	48 548 400	143 478 600	487 461 499

Gjennomsnittskostnad pr polikliniske konsultasjon er kr. 2562, med små variasjoner mellom sykehusene. For inneliggende pasienter er gjennomsnittlig døgnkostnad kr. 11.203, men med store variasjoner mellom sykehusene, noe som sannsynligvis skyldes ulik kompleksitet.

Det er dermed godt belegg for å si at de offentlige kostnadene for rusfeltet i Oslo i 2015 beløp seg til minst 1.7 milliarder kroner. Det som ikke omfattes av disse tallene er:

- Akuttmedisinske og sosialfaglige tjenester i Helseetaten
- Kostnader i Sykehjemsetaten til forsterkede enheter
- Økonomiske ytelser fra NAV
- Statlige bidrag til boliger
- Forebyggende arbeid i bydelene.
- Rusrelatert arbeid knyttet til psykisk helse som hoveddiagnose

Rusavhengighet gir store samfunnsmessige kostnader, men å beregne disse er også svært vanskelig. Flere forskere peker på at studier av samfunnsmessige kostnader ved rusmiddelavhengighet gir svært ulike svar. Bidragene har ulike definisjoner av hva som er kostnader og hvilke typer kostnader som er tatt med (Melberg 2010, Horverak 2010). Prosjektet har besluttet ikke å gå videre med dette både fordi det er vanskelig å få tall som er tilstrekkelig sikre og fordi en slik kartlegging har visse etiske sider knyttet til det å sette en prislapp på svake grupper i samfunnet.

Det er grunn til å poengtere at et er forpliktende samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ville ført til et bedre tilbud til bruker og lavere kostnader for samfunnet. En plass ved et kommunalt rehabiliteringstilbud koster gjennomsnittlig 2 000 kr døgnet. Hvis spesialisthelsetjenesten i større grad jobber ambulant, kunne mange behandlingsforløp gjennomføres i kommunale boliger og rusinstitusjoner.

3 God livskvalitet

God livskvalitet forutsetter at grunnleggende behov er oppfylt. Vi har behov for et trygt sted å bo og meningsfullt innhold i hverdagen i form av arbeid, aktivitet og sosialt samvær med familie og nettverk. God psykisk og fysisk helse er avgjørende, slik også forutsigbar økonomi er. For mange som står i fare for, eller allerede har utviklet et rusproblem, vil rusmidlenes betydning ofte overskygge eller stå i veien for god livskvalitet. Nettopp derfor er det avgjørende at forebyggende arbeid og rusarbeid både kartlegger og retter innsats mot grunnleggende behov, for å øke den enkeltes livskvalitet.

Vi vil i det følgende se på forhold som brukere, pårørende og fagfolk mener har betydning for opplevelse av å være inkludert i nærmiljø og samfunn, for deretter å se nærmere på livsområder som er betydningsfulle for livsmestring. Til slutt drøftes viktige forutsetninger for å gi og motta hjelp, der tema er relasjoner, samarbeid og samordning, informasjon og ivaretagelse av pårørende.

3.1 Inkludere – være en del av fellesskapet

Inkludere	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Sett som menneske – ikke som narkoman. Opplevelse av tilhørighet og inkludering, bl.a. i nærmiljø, fritidsaktiviteter. Deltagelse i arbeid/aktivitet og på sosiale arenaer.	Belastende bo- og nærmiljø. Manglende deltagelse i utdanning, arbeidsliv og/eller aktiviteter. Lite/ingen kontakt med rusfrie venner og familie.
Pårørende	Mer åpenhet. Bygge ned mytene om personer med rusmiddelproblemer. Kunnskap om hva det vil si å være barn/pårørende til personer med rusmiddelproblemer.	Opplevelse av ensomhet og skam. Særomsorg «skjermer» fra ordinære tilbud og tilrettelegger ikke for mestring av dagligliv.
Fagfolk	Ressursorientering. Invitere til samarbeid med familie og nettverk. Barn, unge og voksne deltar i tjenesteutformingen. Hjelp på «normalarenaer».	Sosial ulikhet og fattigdom. Isolasjon og opplevelse av utenforskap. Familien kan være en del av problemet, f.eks. ift. vold og overgrep.

Å oppdage problemer tidlig og sette inn adekvate tiltak er avgjørende for godt forebyggende arbeid. Dette krever at de som har begynnende problemer har et sted å henvende seg og at de har tiltro til at de vil få hjelp. Ansatte og ressurspersoner på ordinære arenaer som barnehage, skole, fritidsaktiviteter er viktige i dette arbeidet.

«Dessverre har jeg kun negative erfaringer med hjelpeapparatene gjennom oppveksten. Jeg har følt meg stigmatisert og utstøtt. Både skole, hjelpearbeidere og mest av alt politi har bidratt til å opprettholde denne følelsen av stigmatisering. Pappa er syk og trenger hjelp, ikke trusler om straff eller tvunget avrusning. Systemet er bygget på feil premisser og det blir mer og mer tydelig for meg at denne «krigen mot narkotika» har tvunget både brukere og pårørende ut av det etablerte samfunnet.» (Intervju pårørende)

Brukere og pårørende opplever et skille mellom «personer med rusmiddelproblemer» og «andre». De som har levd med rusmiddelproblemer over tid, opplever ofte liten eller ingen tilhørighet til rusfrie miljøer. Mange har vært en del av rusmiljøet fra tidlig ungdom og kjenner således ikke det som ofte omtales som «A4-liv». For andre var skillet mellom «oss» og «dere» en måte å distansere seg fra storsamfunnet, ofte forklart som en avstandtagen fra det etablerte eller som et ønske om deltagelse i en marginalisert gruppe. Opplevelse av utenforskap kan skape samhold innad i en gruppe, men vil være med å forsterke distanse til fellesskapet.

«De verste narkomane er de som føler seg vendt ryggen av alle, - familie, venner, hjelpeapparat. Men du må ha noen å snakke med, du må ha kommunikasjon og kontakt med andre.» (Intervju bruker)

Opplevelsen av at andre ikke ser deg som et likeverdig medlem av samfunnet er for mange vanskelig, uavhengig av om du er rusfri eller ikke. Ut fra intervjuene med brukere kan det imidlertid synes som ekstra vanskelig for de som er i rehabiliteringsfasen og som ikke ønsker å ha kontakt med venner fra rusmiljøet og som mangler rusfritt sosialt nettverk. Flere opplever at de blir sett på som «narkomane», der man ser bruk av rusmiddelet snarere enn personen og hans/hennes ressurser. Det å bo i bomiljøer med en opphopning av sosiale problemer oppleves belastende, både fordi mange opplever det som utrygt, men også fordi det er vanskeligere i distansere seg fra miljøet og bli en del av andre sosiale arenaer.

Flere av de pårørende som uttaler seg på bakgrunn av at de har hatt foreldre som slet med rusmiddelproblemer, forteller at de opplevde at de som barn ikke ble sett, og flere stiller spørsmål ved hvorfor ingen tok initiativ til å gi dem hjelp. Andre forteller at de har opplevd stort ansvar for å dekke situasjonen, slik at ingen skulle fatte mistanke til at situasjonen var vanskelig. Barn som pårørende har ofte ikke mulighet til å delta i ordinære fritidsaktivitet og forholdene hjemme gjør at det kan være vanskelig å invitere venner hjem. Dette gjør at de er i en særskilt situasjon, og bidrar til å forsterke opplevelse av utenforskap.

«Folk har vanskelig for å tørre å spørre. Folk er redde for å spørre, det virker som de er redde for å såre oss og trække ut i noe. Skulle ønske vi var mer modige og våget å stå frem, men vi er redde for å gjøre det verre for sønnen hvis vi står frem.» (Intervju pårørende)

Flere pårørende forteller at de opplever at å snakke om rusmisbruk i egen familie er skambelagt, både for den det gjelder og for dem som familie. Flere opplever stor grad av ensomhet, der de opplever at de ikke har noen å snakke med om vanskelig dilemmaer. Andre er bekymret for hva naboene tenker og snakker om.

3.2 Trygge oppvekst- og levekår

God livskvalitet betinger trygge oppvekst- og levekår. Sosial ulikhet, dårlige boforhold eller ustabil bosituasjon, lite eller ingen tilhørighet i familie og nærmiljø, dårlig psykisk og fysisk helse samt dårlig økonomi er forhold som reduserer livskvaliteten. Disse faktorene er både betydningsfulle risikofaktorer for å utvikle rusmiddelproblemer, og områder mange med etablert rusproblem strever med. Vi skal i det følgende både se på forebyggende faktorer og behov for innsats.

3.2.1 Bolig og bomiljø

Alle har behov for et trygt sted å bo. Uforutsigbar bosituasjon eller utrygge bo- eller nærmiljø er negativt for livsutfoldelsen. Dette gjelder vel så mye for barn og unge, som for voksne. Boligsosial kartlegging viser at det i Oslo er ulik tilgang til kommunale boliger i bydelene, og tall fra BrukerPlan viser at det er variasjoner i antall personer i hver bydel som har behov for bistand til å skaffe og beholde egen bolig.

Enkelte bomiljøer har større opphopning av beboere med sosiale problemer enn andre, noe som kan bidra til å skape utrygge oppvekstmiljøer for barn spesielt og belastende bomiljøer for nabolaget generelt (Velferdsetaten 2016). Flere brukere vi har snakket med mener det er svært uheldig å samle folk fra rusmiljøet i samme bomiljø, særlig dersom det bor barn og/eller folk i rehabiliteringsfasen der. Brukere i aktiv rus mener det er uheldig for dem å bo i samme nabolag som andre med rusmiddelproblemer, de mener dette skaper utrygghet på grunn av vold, stjeling og andre uheldige hendelser. Kjøp, salg og bruk av rusmidler vil prege nærmiljøet, og skape en distanse til øvrige beboere.

For å bidra til at folk kan beholde boligen, vil det for noen være nødvendig med booppfølging, både for å bli rustet til å bli boende i egen bolig og for å få hjelp til å ta rette valg. Omfanget av oppfølgingen vil variere. Noen vil ha behov for at boligen er knyttet til en personalbase, mens andre har behov for oppfølging en eller

flere ganger i uken med mulighet til å ta kontakt med oppfølger ved behov. Det å ta del i og være en ressurs i bo- og nærmiljøet understrekes av flere som viktig.

Flere brukere som har hatt opphold på institusjon/behandling eller i fengsel forteller at de ikke har hatt en bolig å flytte til når de er ferdig behandlet eller ferdig med soning (Bukten m. fl. 2017). 40 prosent av pasienter i TSB er bostedsløse ved utskrivning, og bostedsløshet er mest utbredt blant de unge (Dyb m. fl., 2015). Dette er overganger som er svært sårbare, og det er derfor svært viktig å sikre bosituasjonen ved disse overgangene.

«Jeg har tidligere kommet ut fra behandling og rehabilitering uten oppfølging i etterkant. Kom ut derfra med eiendelene mine i to bæreposer, uten støtte fra noen. Det gikk ikke så bra, og det er få som klarer å komme seg videre da.» (Intervju bruker)

For enkelte er det behov for rehabiliteringsopphold i etterkant av behandling, det vil si før flytting til egen bolig. Flere brukere fortalte under intervjuene at de mente at for en del pasienter som kommer fra behandling, så er opphold ved rehabiliteringsinstitusjon viktig for å utvikle trygghet, styrke og kunnskap som er nødvendig for å bo og beholde boligen.

3.2.2 Utdanning, arbeid og aktivitet

Det er avgjørende at barn og unge med ulike utfordringer får undervisning som er tilpasset deres behov. Tiltak og hjelp bør i størst mulig grad settes i verk på barn og unges normalarena som for eksempel barnehage, skole, familie, skolehelsetjeneste, miljøarbeidertjeneste, ungdoms-/fritidsklubber. Dette er arenaer der barn og unge oppholder seg og som er i posisjon til å se og oppdage eventuelle problemer og endringer hos den unge, og derfor avgjørende for tidlig identifikasjon.

Drop-out fra videregående opplæring er høy i Oslo, og unge voksne uten fullført utdanning står i fare for å falle utenfor normalt arbeidsliv (Kunnskapssenter for utdanning 2015, Hyggen 2012). Det er avgjørende å forebygge drop-out, samtidig som det er viktig at de som enten dropper ut av skolen eller som ikke kommer seg inn i arbeidsmarkedet raskt får hjelp, enten i form av utdanning eller arbeid.

Arbeid, utdanning og aktivitet er med å skape en meningsfull tilværelse og opplevelse av tilhørighet i sosialt fellesskap. Gjennom kartleggingen i BrukerPlan fremkommer at arbeid og aktivitet er det livsområde der ansatte rapporterer at flest brukere mangler et reelt tilbud. I Oslo er det etablert enkelte tilpassede arbeidstilbud, noen for folk i aktiv rus og andre for folk i en rehabiliteringsfase. Enkelte tilbud er en del av sentrumstiltakene, andre er etablert i bydel. Flere vi intervjuet hadde selv ønske om arbeid og/eller aktivitet, eller hadde bekjente som hadde behov for dette. Det er også noen som ikke klarer å nyttiggjøre seg det tilbudet de har fått.

«Det er utrolig viktig å få folk i arbeid. Det er klart noen vil ruse seg, men mange vil klare å kutte det ut og se det som en vei ut av rusen. Jeg merker at det er mange flere unge i rusmiljøet nå, og jo tidligere man kan få dem inn i systemet med arbeid, slik at de kan få gjøre noe de selv har lyst til, så er det mye mindre sjanse for at de vil ruse seg.» (Intervju bruker)

Arbeid og aktiviteter må ha et innhold som oppleves meningsfullt. Mange opplever at det å være i arbeid eller aktivitet skaper rammer for dagen, noe å stå opp til om morgenen. Samtidig er det slik at kjedsomhet og ensomhet kan gjøre veien langt kortere for tilbakefall.

Noen har av helsemessige eller andre årsaker ikke mulighet til å delta i ordinært arbeid. Tilpasset aktivitetstilbud på dagtid er viktig. I Oslo er det flere åpne væresteder med lav terskel, der man blir tilbudt mat,

I mai 2017 ble jobb- og fritidsmessen: «Fyll dagene» arrangert i regi av Velferdsetaten. Hensikten var å skape en møteplass der brukere, pårørende og ansatte opplever å få relevant informasjon fra næringsliv, frivillige/ideelle aktører og kommunen om rusfrie jobb- og fritidstilbud og skape nye fritidsaktiviteter og/eller ny arbeidsplass for den enkelte.

aktiviteter og helse- og sosialfaglig hjelp. Det er i denne sammenheng viktig å se behovet for å skille mellom rusfrie aktivitetstilbud og aktivitetstilbud for folk i aktiv rus.

«Viktig å passe på at det ikke blir et narkorede, og det er heller ikke bra å blande unge og eldre på samme sted. Det har mye å si for miljøet. For oss som er eldre og har vært i LAR i mange år trenger å ha et sted å gå til på dagen. Vi har ikke den samme energien som de unge, som fortsatt ønsker å ruse seg og ta det helt ut. Vi har behov for et dagsenter hvor vi kan spise sammen med andre, møte mennesker, få bistand til ting vi trenger hjelp med både i forhold til helse og praktiske ting.» (Intervju bruker)

3.2.3 Fysisk og psykisk helse

Dårlig fysisk og psykisk helse er med å redusere livskvalitet og muligheter for livsutfoldelse. Rask somatisk og psykisk helsehjelp på et tidlig tidspunkt i forløpet, er avgjørende for å forebygge sementering og forverring. Som det fremgår av kartlegging gjennom BrukerPlan har mange som får kommunale tjenester på bakgrunn av rus både psykiske og fysiske helseplager. Det er derfor avgjørende at Oslo kommune i samarbeid med spesialisthelsetjenesten har et tjenesteapparat som gir nødvendig helsehjelp som er i tråd med brukernes behov.

«Det er et problem at mange instanser ikke ser sammenhengen mellom rus og /eller psykiske problemer. Noen har hatt psykiske problemer eller lidelser før rus, andre har først hatt rusmiddelproblemer og så fått psykiske problemer. Du kan komme inn i psykiatrien uten å snakke om rus, eller motsatt. Man må kunne se koblingen mer og behandle både rus og psykiske problemer parallelt.» (Intervju bruker)

For barn og unge kan det være hensiktsmessig at hjelpen gis der de til vanlig oppholder seg, dvs. i barnehagen, på skolen eller hjemme. For noen vil det være mest hensiktsmessig at de voksne som de til daglig omgås tilegner seg ferdigheter og kunnskaper, og at det er de som imøtekommer de behov barnet eller den unge har. For andre er det nødvendig at spesialisert personell kan ivareta de behov barn/unge har, men at de spesialiserte tjenestene kan gis på barn/unges normalarenaer.

I denne sammenheng må man være oppmerksom på at barn som er utsatt for vold eller overgrep må få særskilte tilbud som skjærmer dem fra de som har utsatt dem for vold eller overgrep.

Lav terskel for å oppsøke helsehjelp ble av brukerne understreket som svært viktig. Dette gjelder både fysisk helse så vel som tannhelse og psykisk helsehjelp. Flere brukere forteller at de ikke oppsøker fastlege fordi de har utestående egenandeler, og fordi det er lang ventetid for fastlegetime. Terskelen oppleves som høy, og mange velger isteden enten å avvente situasjonen eller å benytte lavterskel helsehjelp.

«Mitt inntrykk er at hjelpeapparatet ikke ser «hverdagsalkoholikerne» og deres barn. Om du åpenbart blir tatt hånd om i forhold til klær og mat, så er det vanskelig å fange opp barna av de foreldrene som klarer å kombinere rusmiddelproblemer med et aktivt yrkesliv. Dermed får man heller ikke hjelp eller oppfølging som er nødvendig. Jeg vet at min far flere ganger var i kontakt med blant annet legevakt som følge av fall i fylla eller at han hadde blandet alkohol og piller og måtte pumpes, men jeg tror aldri det ble spurt om hvorvidt han hadde mindreårige barn som han hadde ansvar for.» (Intervju pårørende)

Fastleger og legevakt har kontakt med pasienter som står i fare for, eller som allerede har utviklet et rusmiddelproblem. Det er viktig at bruk av rusmidler og konsekvenser for øvrig familie er tema under konsultasjoner, og at det kartlegges om pasienten har omsorg eller samvær med barn under 18 år.

3.2.4 Familie og nettverk

Gode relasjoner til familie og nettverk er avgjørende for oss alle. Noen lever imidlertid i familier som forårsaker negative opplevelser, og noen opplever traumer. Det er avgjørende at barn og unge med vanskelige oppvekstvilkår eller som er barn av rusavhengige får tidlig og tilpasset hjelp. Det bør vurderes hvilke personer

i barnas familie og nettverk som er positive ressurspersoner, hvordan disse kan bidra og om det er behov for støttetiltak for at de skal være i stand til å bidra positivt.

Gjennom intervjuer med brukere og pårørende fremkommer at familie- og nettverksarbeid knyttet til personer i aktiv rus, i en del tilfeller ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Dette bidrar til at barn og familier av rusavhengige ikke får nødvendig hjelp og støtte. Den som har rusproblemet får heller ikke nødvendig hjelp til å ivareta egen familie og nettverk. Noen har ikke kontakt, og føler på skyld og skam overfor familie. Noen ønsker å opprette kontakt, mens andre ønsker ikke, eller kan ikke ta kontakt. For de som har kontakt med familien, oppleves kontakten for enkelte pårørende som belastende, men viktig.

«Bør involvere de pårørende mye mer i arbeidet rundt personen det gjelder. Viktig å kunne bygge opp hjelp og tiltak rundt «stammen». Finne ut om det er mor, far, søsken eller andre som er viktig i personens liv og involvere denne personen mye. Viktig å vise kjærlighet i rusbehandling, og ikke minst vise omsorg. Dette er noe mange personer ikke har opplevd i livet sitt og derfor trenger de det virkelig.» (Intervju bruker)

Det er viktig at familie- og nettverk blir kartlagt, at positive ressurser i familie og nettverk aktiveres og at pårørende får støtte og oppfølging som gjør dem i stand til å opprettholde kontakt med den de er pårørende til, samtidig som de opprettholder egen livskvalitet.

3.2.5 Økonomi

Oversiktlig og forutsigbar økonomi er essensielt for å leve gode liv. I Oslo er det store forskjeller i økonomiske levekår, og en andel av befolkningen har vedvarende lav inntekt. En stor andel av dette er familier med barn (jfr. kap. 2.2). Vedvarende lav inntekt har betydning for barn og unges levekår, og kan vanskeliggjøre deltagelse på fritidsaktiviteter og bidra til risiko for utvikling av problemer.

For de som er, eller har vært en del av rusmiljøet, er opparbeidelse av gjeld og uforutsigbar økonomi ofte et problem. Mange har ikke fast inntekt, og dermed ikke økonomiske midler til å komme seg inn på det ordinære boligmarkedet. Lav terskel for å få gjeldsrådgivning blir av flere trukket frem som viktig for å sikre forutsigbar økonomi.

«Viktig å få hjelp til gjeld, gjøre avtaler med kreditorer. Mange har opparbeidet seg stor gjeld, og det er viktig å få hjelp til å håndtere og rydde opp i dette. Når vi er her får vi hjelp til å inngå nedbetalingsavtaler osv., og på grunn av lav egenandel kan vi få det til. Det øker motivasjonen og gir oss mersmak til det A4-livet som vi streber så etter.» (Intervju bruker)

Flere opplever det som hensiktsmessig å ha forvaltning av trygd, mens andre har fått hjelp til startlån for å kjøpe egen bolig. Dette kan være hensiktsmessige virkemidler for noen. Det er imidlertid flere som nevner at det er lang ventetid for gjeldsrådgivning, og det er grunn til å tro at hjelp til å få oversikt over og betale ned gjeld vil være til god hjelp for mange.

3.2.6 Rus og rusfrihet

Både brukere og fagfolk fremhevet at vi må ha et tjenesteapparat som gir individuelt tilpasset tilbud som settes i verk når bruker er motivert for endring. I denne sammenheng er det viktig å understreke at forebyggende arbeid og rusarbeid har en viktig oppgave i å motivere til endring.

«Har man levd som rusmisbruker mange år er det ikke så lett å endre livet sitt. Derfor må man akseptere at brukere feiler flere ganger, men man må ikke gi de opp for det. En eller annen gang vil de få det til. Den troen må de som jobber i tiltakene ha for å kunne følge de opp på en god måte. Det kan være konsekvenser hvis det er alvorlig ting man gjør feil, f.eks. trusler eller vold, men konsekvensen bør alltid vurderes i forhold til person og overtredelse.» (Intervju bruker)

Hva endringen skal bestå av, er ulikt og forandres ofte over tid. Enkelte ønsker eller er i en prosess for å få en rusfri tilværelse, mens andre ikke har noen umiddelbare ønsker om å forandre omfang av bruk av rusmidler på gjeldende tidspunkt. Dette kan imidlertid endre seg over tid, og det er derfor viktig at dette blir tematisert. For enkelte oppleves bruk av rusmidler som medisiner, for andre handler det om positive rusopplevelser. Noen beskriver sitt bruk som kontrollert, mens andre opplever at bruk av rusmidler har overskygget andre aspekter ved tilværelsen. Avhengighet er forbundet med en helt egen dynamikk. Den er vedvarende til hinder for å heve livskvaliteten for de det gjelder, og det er ikke nødvendigvis slik at brukerne blir kvitt rusproblemene sine selv om de eksempelvis får hjelp med psykiske problemer.

3.3 Forutsetninger for «rett hjelp til rett tid»

Hvordan man blir møtt når man blir tilbudt eller oppsøker hjelp er avgjørende for samhandling. For å få koordinert hjelp må flere instanser samordne og samarbeide om innsatsen. Det er viktig å ha oppdatert informasjon om rettigheter og tjenestetilbud. Dette gjelder både for brukeren, pårørende og fagfolk. Pårørende er viktig, og de må bli ivaretatt på måter som gjør at de kan være en ressurs for den de er pårørende til.

Recovery er et faglig perspektiv som trekkes frem i ROP-retningslinjen og som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess. Tilnærmingen bygger på en holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har/har hatt rusproblemer. Når det er etablert en god relasjon er det vesentlig at tjenestene har et helhetlig perspektiv på personens utvikling og vekst, og tar utgangspunkt i hva som er viktige livsområder å arbeide med for den enkelte. Målet er å finne personens egne ressurser når det gjelder hverdagslivet (meningsfulle aktiviteter, arbeid, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov). Personens egne ressurser støttes under hele forløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres. Egeninnsats og tilgang til likemenn og selvhjelpsgrupper er viktige bidrag til prosessene. Recovery handler om å få et så godt liv som mulig og står ikke i motsetning til tradisjonelle behandlings- og oppfølgingstiltak.

3.3.1 Brukermedvirkning og relasjonsbygging

Relasjon og brukermedvirkning	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Forståelse, respekt, tillit og tid. Stabilitet/kontinuitet, kontaktperson. Medvirkning - være med å bestemme/på samme lag. Aksept for at endring kan ta tid og at man kan ha tilbakefall. Langsiktig planarbeid.	Manglende respekt og tillitt. Opplevelse av å bli avvist/ikke trodd. Opplevelse av å bli fratatt kontroll over eget liv. Problemløserorientering, snarere enn ressursorientering. Vanskelig å stole på folk.
Pårørende	Bli tatt på alvor, anerkjent som ressurs. Medmenneskelighet og forståelse for pårørende, skape trygghet. Hensiktsmessig praktisering av taushetsplikten. Oppfølging i krisesituasjoner.	Høy terskel for å be om hjelp. Manglende kunnskap og erfaring i å benytte pårørende som ressurs. Byråkrati og henvisning til taushetsplikt. Opplevelse av å bli avvist, og ikke få overbragt nødvendig informasjon til hjelpeapparatet.
Fagfolk	Brukermedvirkning. Åpenhet om hvordan man jobber og hva som kan forventes. Fokus på hjelpetiltak og ressurser. Stabile, trygge, tilgjengelige fagpersoner	Språkbarriere, muntlig og skriftlig. Utfordrende å ta opp tabu/vanskelige tema i familien. Stort arbeidspress.

Forebyggende arbeid og rusarbeid må tuftes på brukermedvirkning basert på individuelle målsettinger, der langsiktige mål følges opp.

Å bli møtt med forståelse og tillitt, der tjenestemottaker og tjenesteapparatet er på «samme lag» og at man selv er med å bestemme retning er ifølge brukere og pårørende viktige komponenter for å etablere gode relasjoner. Flere brukere vi snakket med opplevde at de ble fratatt ansvar og kontroll over egen tilværelse ved at tjenesteapparatet setter premisser for hva og hvordan hjelpen gis. Enkelte mente også at tjenesteapparatet ofte er mer opptatt av problemer, enn å kartlegge den enkeltes ressurser.

«Jeg er involvert i alt som skjer rundt meg. Jeg ønsker ikke at noen skal ta avgjørelser om meg uten at jeg vet om det, eller er med på det. Det vil ikke fungere. Jeg vet hvordan ting fungerer for meg og hva som skal og hva jeg klarer å gjøre for å oppnå mål som jeg setter meg.» (Intervju bruker)

Brukermedvirkning handler om å ansvarliggjøre brukerne og bidra til at de har reell innflytelse på tjenestetilbud på system og individnivå. Feedbackverktøy benyttes for å få tilbakemelding både for hvordan bruker har det og om han/hun opplever at man har snakket om det som er viktig for den enkelte, på en god måte. Det kan synes som at muligheten for å bytte behandler/kontaktperson dersom bruker ønsker det, kun i lite omfang benyttes. Veilederen «Sammen om mestring» anbefaler systematisk bruk av feedbackverktøy.

«Mange har brutte eller dårlige relasjoner, kanskje det er lurt å tenke matching ift. saksbehandler og. Det oppleves dessverre sånn at når en møter et hjelpeapparat hvor de ansatte ser ned på deg, uansett om de gjør det eller ei, men det oppleves sånn. Systemet er byråkratisk, ventetiden lang, allerede da har mange gitt opp å tro at de kan få den hjelpen de trenger.» (Intervju bruker)

Statlige føringer legger også vekt på brukermedvirkning på systemnivå. Brukere og pårørende skal være med å legge føringer for tjenestetilbudet både for tjenestene samlet sett og for tjenestetilbudet ved den enkelte institusjon/virksomhet. I Oslo er det etablert flere brukerråd innen rusområdet, og det kan være grunn til å gjennomgå intensjon og organisering av disse slik at vi samlet sett benytter ressursene på en best mulig måte. Systematisk gjennomføring av brukerundersøkelser for å sikre at tjenestetilbudene er i tråd med brukernes behov er viktig. Resultatene av brukerundersøkelsene må benyttes til innhold og utforming av tjenestene.

3.3.2 Samarbeid og overganger

Samarbeid og samordning	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	En koordinator/hovedkontakt. Opplevelse av at alle jobber for å nå samme mål. Kordinert tjenestetilbud – med utgangspunkt i brukers ønsker.	Mange tjenesteutøvere – vanskelig å holde oversikt. Lang ventetid til planlagte tilbud. Mange deltakere på ansvarsgruppemøte.
Pårørende	Tettere og mer samlet samarbeid mellom ulike tjenester. Individuelt tilpasset tilbud for ROP pasienter. Igangsetting av behandling/avrusning når bruker er motivert. Samlokalisering av tjenestetilbud.	Ikke enhetlig tilbud innen rus og psykisk helse. Manglende plan etter behandling/avrusning.
Fagfolk	Systematisk samarbeid – «dra i samme retning». God kjennskap til tjenestetilbud. At ansvarsgruppedeltagerne har beslutningsmyndighet. Individuell plan.	Manglende elektroniske kommunikasjonssystemer. Manglende kjennskap til tjenestetilbud. «Silo-tenkning» ift. ansvars- og oppgavefordeling.

Brukere og fagfolk beskrev utfordringer knyttet til samarbeid, særlig knyttet til overganger fra en tjeneste til en annen der kommunikasjon mellom ulike tjenestesteder ofte ikke var tilstrekkelig. Pårørende og flere brukere

ønsker en fast kontaktperson for å sikre at de får et samordnet tjenestetilbud.

«Meld fra når du mistenker at noe ikke er som det skal! Tidlig hjelp kan bety alt! Sikre gode overganger fra et tiltak til et annet, fra barnevern til voksenliv, fra rus og ut i livet, fra hjelp i psykiatri til et liv på egenhånd osv. Ettervern må sikres.» (Intervju bruker)

Individuell plan (IP) har som mål å sikre at den enkelte får samordnede tjenester, og har gjennom flere år vært et viktig satsingsområde. Til tross for dette, viser innrapporterte tall fra TSB og kommunen at mange voksne med vedvarende rusmiddelproblemer som har behov for sammensatte tjenester, ikke har IP. Bruk av elektronisk IP kan bidra til økt og mer konstruktiv bruk i samsvar med brukers behov og ønsker. Det er en forutsetning at samarbeidende parter har tilgang til den elektroniske versjonen¹⁵.

Mange brukere har jevnliges ansvarsgruppemøter. Noen brukere opplever disse møtene som hensiktsmessige, mens andre opplever at det er mange deltagere på møtet, noe som gjør det vanskelig å få uttrykt behov og ønsker. For enkelte er det avgjørende å ha med en fast kontaktperson som kjenner dem godt, og som kan påse at det bruker har bestemt seg for å formidle på ansvarsgruppemøte, blir formidlet.

Et differensiert tjenesteapparat med mange aktører, gir muligheter for å velge tiltak som passer best ut fra de behov man har. Samtidig betyr det også at det er noe vanskeligere å holde oversikt over hvor man kan få hvilken hjelp. Dette krever godt samarbeid mellom de aktørene som skal bidra til å gi den enkelte bruker adekvat hjelp, og sikre sårbare overganger.

Flere på rådslaget understreket behov for felles elektronisk kommunikasjonsløsning, da mye tid går med på å prøve å få tak i rett vedkommende for samarbeid. Det ble både fra spesialisthelsetjeneste og fra bydel understreket at det er vanskelig å ha oversikt og kjennskap til tjenestetilbudene som finnes og hvem man kan kontakte. Bydel opplever at tjenestene i spesialisthelsetjenesten ikke er samordnet og koordinert, og spesialisthelsetjenesten opplever at tjenestene i kommunen ikke er samordnet og koordinert.

Samtidig ble det også understreket at «silo-tenkning» i bydel også kan hindre at bruker får de tjenester han eller hun har behov for. Bydelene har mange oppgaver, og ansvarsfordelingen er organisert på ulike måter. Hvem som gjør hva, og hvem som skal ta ansvar kan være vanskelig å få oversikt over for brukere. Er det kommunal eller statlig del av NAV, boligkontor, ruskonsulent eller fastleger som har ansvar og som kan ta en beslutning? Under rådslaget ble det foreslått at brukere med behov for sammensatte tjenester skal ha en ansvarlig koordinator, - noe også pårørende og brukere er enig i. Det ble på rådslaget understreket behov for at deltagere på ansvarsgruppemøter må ha beslutningsmyndighet, slik at planer kan utformes og besluttes i møte.

For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbudet inkludert fremdrift i arbeidet med individuell plan (Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2). Ut fra hva brukere og pårørende har formidlet kan det synes som at dette er lite kjent blant brukergruppen.

For de som ikke ansees å ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, synes det også som at det er behov for fast kontaktperson i bydel. Dette for å sikre god og nødvendig oppfølging på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Tettere og bedre oppfølging krever sammensatt kompetanse, både i bydel, etater og spesialisthelsetjeneste. Kompetanse på tvers av ulike fag- og kompetanseområder har stor betydning. Således også inkorporering av

¹⁵ Pr i dag er det ingen lovhjemmel for å samarbeide på tvers med andre juridiske enheter, og dele f eks helseopplysninger i en IP. Hjemmel for dette fremkommer ikke i pasientjournalloven (2015). Helseetaten har ansvar for implementering av elektronisk IP i Oslo kommune, og de har bedt om veiledning fra Helsedirektoratet / Direktoratet for e-helse for hvordan man hjemler dette samarbeidet. Målet at spesialisthelsetjenesten og andre som ikke er ansatt i Oslo kommune, får tilgang til elektronisk IP.

erfaringsbasert kompetanse og tilgang til likemenn. Oslo kommune har stort potensialet for å spre og utveksle helse- og sosialfaglig kompetanse og erfaringsbasert kompetanse.

3.3.3 Frivillig sektor

Statlige føringer tilsier at kommunen bør utnytte frivillig sektors ressurser innenfor folkehelse, psykisk helse, rusforebygging og rusarbeid. Sentrale aktører er frivillige og ideelle organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Frivillig sektor består både av frivillige organisasjoner som medlemsstyrte enheter med demokratisk styreform, og ideelle organisasjoner som gjerne er organisert som en stiftelse (Lorentzen 2015). Det typiske er at organisasjonen arbeider for å avhjelpe sosiale behov i samfunnet eller overfor utsatte grupper, og at dette er det sentrale i organisasjonens formålsbestemmelse. Frivillig sektor kjennetegnes ved at den ikke er underlagt offentlig styring, og står dermed ansvarlig for egne aktiviteter og kan nedlegges på eget initiativ. Fortjeneste videreføres ikke til eiere, ledere, medlemmer eller andre, og overskudd må brukes i samsvar med organisasjonenes hovedformål (ibid).

Frivillig sektor i Oslo er sterk innen kultur, idrett, helse- og sosialfeltet. Med oppbyggingen av velferdsstaten ble det offentlige ansvarsområde utvidet og flyttet over på områder tidligere forbeholdt frivillige organisasjoner, særlig på helse og sosialfeltet, kultur, idrett og friluftsliv. Siden 1980-tallet har det offentlige knyttet til seg frivillig sektor gjennom å inkludere frivilligheten i sosialpolitiske planer og som en del av velferdsutviklingen. Organisasjonene ble i denne perioden mer avhengig av offentlig støtte (Byrådsak 53/16). Siden store deler av det frivillige feltet er avhengig av offentlige tilskudd hviler uavhengigheten på myndighetenes vilje til å ikke inkorporere organisasjoner i offentlig oppgaveløsning på måter som svekker deres frie stilling i samfunnet (Lorentzen 2014).

Frivillig og ideell virksomhet utgjør en viktig del av det samlede tilbudet innenfor helse- og sosialområdet i Oslo. Organisasjonene bidrar blant annet til bedre levekår, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet for ulike grupper i vanskelige livssituasjoner. Organisasjoner bidrar også med nettverk og sosialt fellesskap som gir økt grad av selvhjelp og bidrar til mindre ensomhet (Byrådsak 53/16: 9). Samarbeid med frivillig sektor kan bidra til inkludering i fellesskapet. Frivillig sektor drar også nytte av ressurser fra frivillige personer som har hatt bakgrunn i rusmiljøet. Dette kan være en viktig ressurs i møtet med brukere for å minske følelsen av «de» og «oss» og for å gi hjelp gjennom likemannsarbeid. I Oslo kommunes Frivillighetsmelding «Engasjement og deltagelse» understrekes det at Byrådet vil gjennom økt satsning på lokalmiljø, koordinering, forenkling og samhandling bedre vilkårene for frivillig sektor, og bidra til bedre å utnytte potensialet for frivillighet som ligger i befolkningen. Byrådet ønsker å styrke det frivillige arbeidet som har livsutfoldelse og velferd som formål, og som blant annet omfatter en kamp mot ensomhet og utenforskap.

3.3.4 Behov for informasjon

Informasjon	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Informasjon om rettigheter. Kunnskap om hvilke tilbud som kan gi god hjelp.	Vanskelig språk og manglende helhetlig informasjon om tjenestetilbud.
Pårørende	Informasjon om tjenestetilbud for brukere. Informasjon om tjenestetilbud for pårørende.	Manglende informasjon og kjennskap til tjenestetilbud.
Fagfolk	Inneha god oversikt over alle tjenestetilbud (bydel, etat, spesialisthelsetjeneste og frivillige).	Ulik organisering og tjenestetilbud. Utilstrekkelig, og manglende samlet informasjon på nettsider.

Pårørende og fagfolk etterlyste samlet og lettfattelig informasjon om rettigheter, tiltak og tilbud. For de pårørende gjaldt dette både tilbud til dem som pårørende og manglende informasjon om tjenestetilbud til brukerne. I denne sammenheng er det særlig viktig å understreke betydningen av at barn som pårørende får

tilstrekkelig og god informasjon både om hva slag hjelp de kan få, og hva som kan tilbys den de er pårørende til.

«Det skal sies at barn og voksne barn av rusmisbrukere får svært dårlig eller ingen hjelp i ettertid. Det er vanskelig å finne noen som kan hjelpe den medavhengige da tilbudet er veldig «gjemt» eller alt for lite. Her blir nok de aller fleste glemt, og det virker som det er lite fokus på å hjelpe de som har levd eller lever med personer med rusmiddelproblemer. Det skaper en hel del belastning, og man faller fort litt utenfor resten av samfunnet da det er en skam å snakke med andre om dette.» (Intervju pårørende)

For brukerne var bilde noe annerledes. Enkelte opplever at det er enkelt å finne frem til hvilke tilbud de ønsker å benytte. Andre opplever at det er lite informasjon om tilbudene, og ønsker en samlet oversikt over tjenestetilbud i bydel, etat, spesialisthelsetjeneste og fra frivillige. Ut fra innspill vi fikk kan det synes som at brukerne av lavterskeltilbudene i sentrum kjenner tjenestetilbudene godt, mens de som ønsker behandling, rehabilitering, arbeid og boligtiltak synes det er vanskeligere å finne adekvat tilbud. Tjenester der man kan komme når man selv ønsker det og få et bredt spekter av tjenester, oppleves å ha «lav terskel». Tjenester som fordrer søknader, konkrete avtaler og/eller at flere instanser samarbeider, oppleves som mer uoversiktlig.

«I disse app-tider må det lages en app. En app der vi får full oversikt over alle tilbud som finnes. Det kan gjøres som når du f.eks. skal søke utdanning; krysser at jeg liker hest, en søkemotor som relaterer til de ønskene du har, sånn kan det gjøres med behandling også. Hvor lenge du vil være der? Noen trenger å bli skjermet fra alt, andre må være i byen og trene på å være rusfri i byen osv.. Erfaringer er at kommer man inn i feil behandling, og så ryker man på ny smell. Jeg skulle ønsket at det fantes mer informasjon i denne overgangs-fasen fra spesialist til kommune. Det burde være mer info om hva som finnes og hva du har krav på dvs. pasientrettigheter mer fokus på det. Jeg har tenkt på det tusenvis av ganger, du sitter som rusmisbruker og vil inn i behandling - hvor skal jeg? NAV vet ikke, ingen vet.» (Intervju bruker)

For at ansatte skal kunne bidra til at bruker får rett hjelp til rett tid, er det avgjørende at de har oversikt over tjenestetilbudene til andre tjenester slik at de kan informere om tilbudene og om nødvendig motivere til ytterligere behandling eller andre tjenestetilbud.

3.3.5 Pårørende

Pårørende	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Barn som pårørende	Bli sett, hørt og forståelse for egen situasjon. Ivaretagelse fra fagpersoner som har særskilt kompetanse på barn av personer med rusmiddelproblemer. Tidlig og tilrettelagte tilbud.	Oppdage og gi god hjelp. Lite forståelse og kunnskap på ordinære arenaer.
Tilbud til pårørende	Informasjon om eksisterende tilbud. Selvhjelpsgrupper-fellesskap, mulighet til å dele erfaringer/kompetanse. Kunnskapsbaserte råd fra fagpersoner. Tilrettelagte behandlingstilbud. Støtte og hjelp til pårørende etter overdoser, selvmord og kriser	Opplevelse av at selvhjelpsgrupper ikke ivaretar de behov man har. Manglende tilbud, lite kompetanse og fragmentert informasjon.
Pårørende som ressurs	Gi og få informasjon om brukers ressurser og utfordringer. Formalisert pårørendearbeid og hensiktsmessig tilnærming til taushetsplikt.	Manglende forståelse av at pårørende er en viktig ressurs. Lite imøtekommenhet og forståelse. Taushetsplikten hindrer samarbeid og informasjonsutveksling.

Intervjuene med pårørende viser at å bli sett og forstått, få nok informasjon og at fagpersoner viser medmenneskelighet er viktig, uavhengig av om du er barn eller voksen.

Barn som pårørende

Barn kan både være pårørende til foreldre eller søsken med rusmiddelproblemer. Barn som pårørende har særskilte utfordringer, og tjenestene som møter barn som pårørende må ha kompetanse for å oppdage og iverksette adekvate tiltak, fortrinnsvis på de arenaene de til vanlig oppholder seg. Ansatte i barnehage, skole, helsestasjon og andre tilbud rettet mot unge må ha tilstrekkelig kompetanse for å sikre at barn som pårørende blir ivaretatt.

«Jeg har levd og tatt ansvar for min far som er rusmisbruker og resten av familien siden jeg var ca. seks år. Kunne ønske at noen hjelpeinstitusjoner hadde kommet inn og hjulpet meg. Noen som hadde forstått hvorfor jeg gråt så mye og ikke turte å være sosial. Sånn at jeg kanskje kunne ha hatt det bedre i dag.» (Intervju pårørende)

Pårørende, og da særlig barn som pårørende til personer med rus eller psykiske helseutfordringer har risiko for utvikling av helserelevante problemer ved å være pårørende (veileder for pårørende). Det er viktig at ansatte undersøker om brukeren har barn, og om han/hun har omsorg eller samvær med barn, og at opplysningsplikten overholdes. Kommunen har samme plikt som spesialisthelsetjenesten til å tilrettelegge for å fange opp, samt følge opp barn som pårørende (ibid). Fastlegen og helsestasjonen trekkes spesielt frem, samtidig som det foreslås opprettelse av barneansvarlig personell. Fastlegen og helsestasjonen/skolehelsetjenesten skal også gi råd og veiledning til skole og barnehage. Gjennom intervjuene kan det synes som at dette arbeidet ikke følges godt nok opp.

Kufås (2015) har gjennomført en studie der de undersøker hverdags erfaringene til barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer. Studien konkluderer med at det er behov for at skole og andre tjenester er i stand til å møte barn og unge som har foreldre som ruser seg på en tillitsfremmende måte. Videre konkluderer de med at skole og tiltakene må forstå og arbeide spesielt rettet mot de følelsesmessige dilemmaene som barn og unge står i, der lojalitet til foreldre er en viktig komponent. Dette må gjøres gjennom pedagogisk tilrettelegging og trygge læringsarenaer. Denne studien samsvarer med det barn som pårørende trekker frem i intervjuene.

Tilbud til pårørende

Det finnes flere tilbud for pårørende, og disse omfatter selvhjelpsgrupper, likepersonsgrupper, pårørendetreff, kurstilbud, nettbaserte tjenester, familieuker, individuelle samtaler og poliklinisk behandling. Disse tilbudene finnes hos frivillige- og ideelle organisasjoner, pårørendesentre, kommunale enheter og i spesialisthelsetjenesten, i en del tilfeller som et samarbeid mellom flere av disse. Flere pårørende understreket at det ikke finnes en oversikt over aktuelle tiltak for pårørende, og at det både er vanskelig å vite hvem man kan henvende seg til og hvilke tiltak som finnes.

Flere pårørende opplever at de ikke har fått tilbud fra det offentlige, og noen opplever at det tilbudet de har fått ikke er tilstrekkelig. Selvhjelpsgrupper trekkes av noen frem som hensiktsmessige, først og fremst fordi man i disse gruppene treffer andre med noe av de samme utfordringer man selv strever med. For andre oppleves selvhjelpsgrupper som mindre hensiktsmessig. Enkelte vi intervjuet opplevde at diskusjoner var knyttet til problemer og negative erfaringer, og opplevde ikke at det styrket dem som pårørende.

«I begynnelsen gikk jeg på selvhjelpsmøter, men da de begynte å si at vi måtte kutte dem (rusavhengige) ut - da sluttet jeg å gå dit. (...) Jeg skulle ønske vi ikke bare skulle ha snakket om det som var vondt. Jeg har ikke så mange å snakke med her.» (Intervju pårørende)

Det er flere pårørende som ønsker råd for hva de skal gjøre, og hvordan de som pårørende kan ivareta den de er pårørende til. Noen opplever at selvhjelpsgruppene kan bidra til dette, andre ønsker råd fra fagfolk - noen

ønsker begge deler. Gjennom intervjuene fremkommer at det er viktig at ansatte har forståelse for at terskelen for å be om hjelp som pårørende er høy, og at når de først tar kontakt da bør man bli møtt med forståelse.

«Jeg har ringt mange ganger til veldig mange personer og bedt om hjelp. Stort sett måtte jeg vente lenge fordi alt skulle gjennom et byråkratisk system. En gang var det en som hørte meg, og som sa «jeg kommer om en halv time». Den opplevelsen når du står der i din dypeste fortvilelse og ikke vet hvordan du skal håndtere situasjonen. Den opplevelsen at noen forstår at når du ringer som pårørende til et rusmisbrukene barn, så ringer du etter nødhjelp. Det var en god erfaring med hjelpeapparatet.» (Intervju pårørende)

Noen av de pårørende vi har intervjuet har fått behandling på bakgrunn av de belastninger de har eller har hatt som pårørende. Andre har deltatt på familieuker i regi av behandlingstilbudet bruker får gjennom spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid flere som forteller at de ønsker behandling/oppfølging, men som ikke har fått tilbud om det, eller at tilbudet har kommet sent. Informasjon om behandlingstilbud etterspørres. Dette gjelder også for barn av pårørende. Behandling eller oppfølging for pårørende blir gjennom intervjuene beskrevet som nødvendig. Det flere legger vekt på er at tilbudet har gjort dem bedre i stand til å ta vare på seg selv, øvrig familie og den de er pårørende til.

«Jeg har fått tilbud om samtaler og gruppeterapi. Det har vært til stor hjelp for å kunne sette grenser for meg selv og barna. Har blitt møtt respektfullt og av faglig dyktige terapeuter. Denne type hjelp har gjort meg i stand til å kunne ivareta barna med samtaler og trygging når far har dårlige perioder.» (Intervju pårørende)

Pårørende som ressurs

Pårørende vi intervjuet understreker at de kjenner den de er pårørende til og derfor ofte har informasjon og kjennskap som kan være nyttig for ansatte som skal gi bruker tjenester. De vektlegger også betydningen av at de kan være medspillere for å sikre at bruker får et godt tilbud. De pårørende har ofte erfaringer og kunnskap om brukeren over mange år, og deler av denne informasjonen kan være nyttig for behandling og oppfølging. Det er ikke uvanlig for pårørende som ikke blir trukket inn eller hørt, ser at de samme feilene blir gjentatt der tidligere erfaringer ikke tas høyde for. I mange tilfeller er pårørende viktige nære personer, og det er for mange brukere avgjørende at de kan være til støtte og hjelp både i den situasjonen de er i her-og-nå og i fremtiden.

Taushetsplikt

Taushetsplikten må brukes på en hensiktsmessig måte, og det er viktig at ansatte forespør bruker om han/hun ønsker at pårørende får informasjon og/eller er delaktig i behandlingsforløpet. Ved særlig alvorlige hendelser som overdoser, rømminger fra tvang, tilsier veileder for pårørende at pårørende kan varsles. Helsepersonell kan gi opplysninger dersom pasient har en situasjon som krever særlig årvåkenhet, for eksempel ved alvorlige spiseforstyrrelser, selvskadning/ selvmordsrisiko, overdose eller risiko for voldsutøvelse mot pårørende, uavhengig av om pasient samtykker eller ikke (Veileder for pårørendearbeid i helse- og omsorgstjenesten).

«Det er ingen som melder til pårørende uansett: selv når de rømmer fra tvang, og det til tross for mange overdoser.» (Intervju pårørende)

Flere pårørende forteller gjennom intervjuene at de ikke har fått informasjon om bekymringsfulle hendelser, og at de i en del tilfeller heller ikke får informasjon om at bruker blir ivaretatt når de ringer institusjon bruker bor.

«Jeg var veldig frustrert da datteren ble kjørt til avrusing og du ikke får noen informasjon. Da sa at de har taushetsplikt, men datteren min har opphevet den. De må kunne svare om hun er der eller ikke, skjønner at de har taushetsplikt ift. behandling og sønn, men de må kunne si om hun er der.» (Intervju pårørende)

Helsepersonell skal sørge for involvering av pårørende. Som det fremkommer i flere av intervjuene, opplever enkelte pårørende at de blir satt på sidelinjen med taushetsplikten som begrunnelse. Helsepersonell skal om

ikke taushetsplikten er opphevet, jevnlig ta opp dette temaet med brukeren/pasienten for å se om dette standpunktet endrer seg. Selv om taushetsplikten gjør at tjenestene ikke kan gi ut opplysninger, er det ikke til hinder for at pårørende kan komme med informasjon til tjenestene. Pårørende sitter på mye relevant informasjon som tjenesteapparatet kan ha nytte av. Det kan bidra til en mer helhetlig forståelse av utfordringer, ressurser og helhetsbilde av den enkelte. Pårørende ønsker å bidra inn med informasjon. Opplevelsen av at deres innspill er ønsket, varierer.

«Vi har kongedømmer av systemer, som ikke samarbeider, der pårørende stort sett er i veien, selv der vi er de avgjørende for at pasienten/brukeren overlever.» (Intervju pårørende)

Det skal allikevel ikke unnlates å nevne at enkelte pårørende ikke bør involveres. Det er brukere som har vært gjennom traumatiske hendelser i oppveksten der nær familie har vært opphavet til traumat. Det være seg omsorgssvikt, overgrep, mishandling. Det er derfor sentralt at tjenestene er i dialog med brukerne om også disse temaene.

3.4 Anbefalinger – god livskvalitet

- Kommunens ressurser innen rusfeltet skal målrettes for å gi best effekt for brukeren og optimal ressursutnyttelse for kommunen. Dette innebærer mer innsats i bydel, styrking av forebyggende tiltak og mindre bruk av institusjonsplasser for brukere som kan bo i egen bolig.
- For å sikre koordinerte tjenester og god ressursutnyttelse bør organisering og finansiering av innsatsen innen forebyggende arbeid og rusarbeid vurderes. Flere tjenester skal gis av bydel, og det må sikres at ressurser og kompetanse både fra spesialisthelsetjeneste og internt i kommunen fordeles slik at dette blir ivaretatt.
- For å sikre at alle opplever å være en del av felleskapet, er det viktig at den enkelte får mulighet til å bruke sine ressurser i nærmiljøet, på arbeidsplasser og i fritiden. God livskvalitet forutsetter egnet bolig i et trygt nærmiljø. Bydelene og byomfattende etater må legge til rette for et strukturert samarbeid mellom kommunale aktører, frivillige og ideelle organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner for å nå disse målene.
- Det skal legges til rette for økt brukermedvirkning på systemnivå. Det anbefales å opprette et sentralt brukerråd for rus i Oslo, som supplement til eksisterende brukerråd. Det anbefales systematisk gjennomføring av brukerundersøkelser slik at tjenestene videreutvikles i tråd med brukernes behov.
- Det er sentralt at det legges til rette for at den enkelte bruker har reell innflytelse på tjenestetilbudet de mottar. Det anbefales systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy/ feedbackverktøy.
- Alle brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester skal tilbys koordinator. Andre brukere bør få tilbud om fast kontaktperson i bydel for å sikre tilstrekkelig og koordinert oppfølging. Koordinator og kontaktperson har ansvar for å motivere for, og utarbeide individuell plan sammen med bruker og andre aktuelle samarbeidspartnere. Elektronisk individuell plan bør benyttes som verktøy.
- Brukere, pårørende og ansatte må finne oppdatert og samlet informasjon om rettigheter og tilbud innen rus og psykisk helse i Oslo kommune. Informasjonen bør fremkomme i nettportal, informasjonsside, en app eller lignende.
- Barn som pårørende er en særskilt utsatt gruppe, og alle tjenester må ta ansvar for å påse tidlig identifisering og god oppfølging for denne gruppen.

- Pårørende er ofte en viktig ressurs, og ansatte må ha gode rutiner for å imøtekomme og samarbeide med dem. Pårørende bør inkluderes i behandlingsforløpet dersom bruker ønsker det. Det er viktig at pårørende får styrket sin evne til å mestre en krevende situasjon, og får tilbud om oppfølging eller behandling ved behov.
- Kommunen skal holde oversikt over befolkningens helsetilstand. BrukerPlan og Ungdata er hensiktsmessige kartleggingsverktøy som bør benyttes. Gjennom Helhetlig russtatistikk får bydelene, etatene og Oslo kommune styringsdata som bør benyttes i utforming av tjenestetilbudene.
- Det er avgjørende at forebyggende arbeid og rusarbeid bygger på kunnskapsbaserte metoder/tiltak. Samarbeid med forsknings- og kompetansemiljøer bør styrkes. Tiltak og satsinger satt i verk som en del av rusmeldingen bør evalueres utfra på forhånd utarbeidete kvalitetsindikatorer, for å sikre at målene innfris.

4 Forebygging og tidlig innsats

Forebygging og tidlig innsats er viktig for å bidra til å identifisere og håndtere problemer på et tidlig tidspunkt, og forhindre uheldig utvikling. Forebygging og tidlig innsats grenser mot hele folkehelsefeltet. Dette betyr at forebygging og tidlig innsats ikke bare foregår i helsevesenet, men i en rekke sektorer¹⁶.

Risikofaktorer kan finnes både hos individet selv (individuelle aspekter) og utenfor individet (miljømessige aspekter). Beskyttende faktorer kan fungere som et «skjold» mot konsekvensene av å befinne seg i risikozonen. Gjennom å arbeide med tidlig innsats og å styrke beskyttende faktorer, kan vi forhindre utvikling av en rekke problemer, deriblant rusproblematikk. Tidlig innsats er ikke bare knyttet til alder. Tidlig innsats innebærer også å identifisere og starte håndtering av et (rus)problem på et tidligst mulig tidspunkt.

For å oppnå likeverdige tjenester må man tilpasse tjenestene til ulike risikogrupper, der blant annet kjønn, etnisitet og sosial ulikhet har betydning for innsatsen.

Denne delen av rusmeldingen beskriver betydningen og kunnskapsgrunnlaget for forebygging og tidlig innsats. Det beskrives ulike tiltak og strategier, og eksempler på god praksis. Følgende områder vil vi ha særlig fokus på i det videre:

- Tidlig innsats barn og unge
- Rusforebygging i skole/nærmiljø og forebygging av skolefravall
- Tilbud til unge som har eller er i ferd med å utvikle rusproblematikk
- Forebygging av eldres bruk av alkohol og medikamenter

4.1 Tidlig innsats barn og unge

	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Barn og ungdom	Barn må bli sett på normalarenaer hvor de befinner seg, f.eks. barnehage, skole. At barn blir snakket med og hørt i saker som angår dem.	Man ser kun atferden til barnet og ikke bakenforliggende årsaker. Vanskelig å vite hva som forårsaker endring i atferd hos barn.
Foreldre/foresatte	Samtaler/oppfølging må foregå på trygge arenaer. Bli styrket i foreldrerollen.	Vegring for å ta opp bekymring med foreldre. Foreldre/foresatte kan være en del av problemet.
Fagfolk	Kunnskap og kompetanse om barns utvikling og hvordan krenkelser kan ha betydning for atferd. Gode metoder for samtale med barn og foreldre/foresatte om vanskelig problemstillinger. At det alltid er definert hvem som har ansvaret for oppfølging av familien. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.	Ansvarsfraskrivelse, hvem har ansvar for å følge opp barnet? At ansvaret for oppfølging ikke er klart definert. Manglende melding/eller sen melding til barnevernet der dette er aktuelt.

Bydelene har hovedansvaret for forebyggende arbeid og tidlig innsats. I tillegg tilbyr andre aktører i kommunen kompetansehevede tiltak og har utvalgte ansvarsoppgaver. EHS har overordnet ansvar for fire fagetater. Tre

¹⁶ Helsedirektoratet lanserte i 2009 veilederen «Fra bekymring til handling, en veileder om tidlig innsats og handling på rusområdet». Veilederen er nå under revidering, og den vil etter planen være ferdig i 2017. Helsedirektoratet har opprettet en egen nettside for dette feltet www.tidligintervensjon.no.

av disse: Helseetaten (HEL), Barne- og familieetaten (BFE) og Velferdsetaten (VEL) har ansvarsområder og oppgaver knyttet til barn og unge. I tillegg har kompetansetjenestene KoRus Oslo, RVTS Øst og RBUP egne opplæringspakker som tilbys bydelene. Dette betyr at det finnes kompetanse, men tidlig innsats krever koordinering og samhandling på tvers av ulike tjenester og tjenestenivåer. Bydelene må kartlegge hvilken kompetanse de har behov for, slik at de kan møte utfordringene og lage strukturer som er med å styrke samhandling på tvers ved ulike tjenestesteder.

Forebygging og tidlig innsats handler ikke bare om implementering av et enkelt tiltak, program eller modell, men å sette sammen flere virkemidler på en helhetlig og sammenhengende måte. For å få til dette trenger bydelene system og strukturorienterte tiltak. Man trenger metoder for å identifisere en bekymring, og hvordan en bekymring skal håndteres. Dette gjelder alle tjenester som jobber med barn.

4.1.1 Koordinering av tidlig innsats

Alle som jobber med barn og unge trenger kompetanse/kunnskap om hvordan håndtere bekymring. Både for å identifisere bekymringen og for hvordan man skal handle på bakgrunn av denne. I tillegg må bydelen ha et system som forhindrer oppfølgingsbrudd.

Tverrfaglig samhandling involverer mange ulike tjenestesteder, og det krever forankring i den enkelte bydel. Det må være forankret både i bydelens ledelse, men også i den øvrige virksomheten. De som møter barn og unge i sitt daglige arbeid må ha kompetanse og kjennskap til satsingene. Det er også viktig at bydelen organiserer seg på en måte som forsterker og styrker innsatsen.

Et annet viktig prinsipp er at tidlig innsats bør foregå på arenaer hvor barn og unge er trygge. Gjerne arenaer hvor alle barn og foreldre møtes. Dette kan for eksempel være barnehagen eller helsestasjonen. Noen bydeler har valgt å samlokalisere ulike tjenester i for eksempel «familiens hus».

Samlokalisering av tjenester for tidlig innsats fører til sterkere fagmiljøer og tettere samarbeid på tvers. Det bidrar også til mindre stigmatisering av de som oppsøker tjenestene.

Et eksempel på en slik koordinerings/samhandlingsmodell er BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats), hvor målene blant annet er å identifisere og handle ut i fra en bekymring, og å forhindre brudd i videre oppfølging. BTI beskriver den sammenhengende innsatsen i og mellom tjenestene rettet mot barn, unge og familier som bekymrer. Det overordnede målet med BTI er å bidra til at utsatte barn og unge får nødvendig hjelp så tidlig som mulig for å forhindre oppfølgingsbrudd. BTI er basert på en dansk modell som er tilpasset norske forhold, og evaluert (NIBR 2013). Modellen har tre viktige formål:

- *Tidlig innsats.* Tidlig innsats innebærer at kommunale tjenester skal gripe tidlig inn i saker hvor barn og unge utsettes for risikofaktorer enten helsemessige eller sosiale.
- *Helhetlig og koordinert tjenestetilbud uten oppfølgingsbrudd.* Kommunen/bydelen må fremstå som enhetlig og samlet. Det samlede tjenesteapparatet skal gi virkningsfulle tjenester til barn, unge eller familier med behov for bistand fra ulike kommunale tjenester uten oppfølgingsbrudd.
- *Foreldresamarbeid/brukermedvirkning.* Familien er i utgangspunktet den viktigste arenaen for barn og unge. Enhver kommunal innsats bør involvere barn og unges foreldre. I tillegg vil foreldreinvolvering i de fleste sammenhenger bidra til bedre og mer varige løsninger for barn i risiko.

Familiens Hus er et eksempel på et tverrfaglig kommunalt tilbud som skal ivareta psykisk og fysisk helse hos gravide, barn og ungdom. Tilbudet er samlokalisert og forankret lokalt i bydelene. Målsettingen er at familien skal møte en helhetlig og familiestøttende tjeneste i ett og samme hus. Dette betyr at kommunens primære helse- og sosiale tilbud rettet mot barn, unge og deres familier samordnes, samlokaliseres og forankres lokalt.

4.1.2 Barnehjernevernet

Barnehjernevernet¹⁷ er kunnskap om hvordan barns hjerne utvikles. Nyere hjerneforskning har vist at hjernen utvikles i et samspill mellom gener og erfaring, og at mangler ved tidlig omsorg har stor betydning for senere læringsevne. Erfaringer og verdier fra Mitt Liv i barnevernet utarbeidet av Forandringsfabrikken er også lagt til grunn:

- Barn og unge har mye kunnskap om livet sitt
- Barn og unge er like mye verdt som voksne
- Barn og unge trenger kjærlighet, må bli trodd og tatt på alvor

Barnehjernevernet er ikke lagt til en enkelt tjeneste i bydelene, men er et ansvar hos alle som arbeider med barn og unge. Barnehjernevernet er også et utviklingsarbeid hvor bydelene selv kartlegger hvilken kompetanse og organisering de har behov for. Det å bruke arenaer barnet/familien er kjent med er viktig. Prinsipper i Barnehjernevernet:

- Barn skal være trygge der de bor
- Ansatte i tjenestene skal være der den andre er. Dette kan blant annet gjøres ved hjemmebesøk fra helsestasjonen, barnehager, NAV m.fl.
- Hjemmebesøksprogrammer som Nye familier benyttes
- Utvikle og forsterke lavterskeltilbud

Barns medvirkning er et grunnleggende prinsipp i Barnehjernevernet. Barns stemmer skal høres i saker som angår dem. Bydelene Frogner, Nordre Aker og Østensjø ble pilotbydeler fra 2016 for å utvikle metoder og samarbeidsmodeller. Flere bydeler skal delta i 2017.

4.1.3 Programmet: Nye familier

Nye familier er en viktig del av barnehjernevernet. Nye familier er basert på det amerikanske programmet «Nurse Family Partnership». Programmet er tilpasset norske forhold, og innebærer at helsestasjonene gjennomfører strukturerte hjemmebesøk. Nye familier består av et intensivt oppfølgingsprogram for førstegangsfødende som av ulike årsaker har behov for ekstra støtte i graviditet og i barnets to første leveår. De tre målområdene for programmet er å forbedre mor og barns helse under svangerskap, fremme barns helse og utvikling, og sist men ikke minst, å støtte foreldrene i forhold til helse og fremtidig livssituasjon. Hjemmebesøkene kan foregå opptil barnet er to år, avhengig av familienes behov. Nye familier skal implementeres i alle bydeler i Oslo. Hjemmebesøk er en viktig metode for tidlig identifikasjon og innsats.

Nordre Aker er en av pilotbydelene i Barnehjernevernet. Bydelen har implementert Bedre tverrfaglig innsats (BTI), Rus i barnefamilier (RIB) og Nye familier. For å utvikle kompetanse på ulike tjenestesteder har bydel Nordre Aker gjennomgått opplæring i traumesensitivitet ved RIB og BTI. Hensikten er å få en sammenhengende kjede av tiltak, der tjenestene utfyller hverandre.

¹⁷ Barnehjernevernet er basert på kunnskap beskrevet i 2.6.

4.2 Rusforebyggende arbeid

Rusforebygging	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Barn/unge	Barn og unge må få aldersadekvat informasjon om positive og negative sider ved bruk av rusmidler. Helsetjenester med lav terskel. Gode fritids- og aktivitetstilbud.	Lite systematisk rusforebygging i skolen. Bekymring tas opp for sent.
Foreldre/foresatte	Kunnskap om rusmidler og barn/unges situasjon i skole/nærmiljø. Bli styrket i foreldrerollen, og foreldres betydning i rusforebyggende arbeid.	Sosial ulikhet. Belastende bomiljø. Foreldre/foresatte som selv har problemer med rus/psykisk helse.
Fagfolk	Kunnskapsbaserte forebyggende tiltak Kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer. Tilgjengelig skolehelsetjeneste. At skole og bydel samarbeider tett. Tilbud med lav terskel og oppsøkende tjenester.	Skolene har store ansvarsområder. Manglende samarbeid/koordinering mellom skole og bydel. Begrensede ressurser i skolehelsetjenesten.

Det store flertallet av barn og unge i Oslo har et godt forhold til venner og foreldre. De trives på skolen, er aktive på fritiden, har god helse, bruker lite rusmidler og begår ikke kriminalitet. Ung i Oslo 2015 viser likevel at mange unge opplever utfordringer. Spesielt er omfanget av psykiske helseplager høyt, særlig blant jenter.

Mye av arbeidet i bydelene, som å skape trygge nærmiljøer og gode oppvekstforhold for barn og unge, er i seg selv forebyggende. Det samme gjelder store deler av det folkehelsefremmende arbeidet.

SaLTo (Sammen Lager vi et Trygt Oslo) modellen er en desentralisert modell hvor Oslo kommune og Oslo politidistrikt er hovedaktører. Det er en SaLTo-koordinator i hver av de 15 bydelene, og i Uteseksjonen (VEL) og Utdanningssetaten. Den byomfattende koordineringen er lagt til SaLTo-sekretariatet i Velferdsetaten. SaLTo-koordinatorene i bydelene har ansvar for den lokale koordineringen. SaLTo skal samordne ressursene i arbeidet for å sikre barn og unge et koordinert tilbud og redusere barne- og ungdomskriminaliteten samt redusere rusmisbruk blant barn og unge. Barn og unge i alderen 12 til 22 år er målgrupper for arbeidet (SaLTo Handlingsprogram 2016–2019).

SaLTo-koordinatorene er ansatt i de enkelte bydelene, og spiller en viktig rolle for koordineringen av det rusforebyggende arbeidet. Det er opptil den enkelte bydel å avgjøre hvordan SaLTo-arbeidet er organisert, dette kan føre til noe variasjon mellom hvordan SaLTo-funksjonen brukes i den enkelte bydel. I bydel Sagene med en stor andel kommunale boliger og mange personer med relativt dårlige levekår arbeider SaLTo-koordinatoren med utvikling av bo- og nærmiljø, særskilt i områder hvor det er mange kommunale boliger og belastede bomiljøer. SaLTo-koordinator har også tett samarbeid med skolene i bydelene. SaLTo-koordinatorene har også en sentral rolle i å støtte opp under skolenes rusforebyggende arbeid.

«Fritidstilbud som ungdomsklubber er viktige forebyggende tiltak for ungdom. De som liker idrett har mye å velge i, men mange har ikke sansen for idrett, eller det blir for dyrt, de trenger andre tilbud. Det eksisterer få tilbud til unge som er gratis i Oslo.» (Rådslag)

4.2.1 Rusforebygging i skolen

Utdanningsdirektoratet er hovedansvarlig for å legge føringer for det rusmiddelforebyggende arbeidet i skolen. Grunnleggende for helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen er Utdanningsdirektoratet satsing «Bedre

Det er etablert egen statlig tilskuddordning for å sikre flere psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et av målene er at de skal jobbe med barn og unge i et folkehelseperspektiv. Målsettingen er tidlig innsats, lav terskel og tilbudet krever ingen henvisning.

læringsmiljø». I Læreplanverket er det beskrevet kompetansemål knyttet til rusforebyggende arbeid. Rusforebyggende arbeid i skolen skal knyttes til disse kompetansemålene og inngå i arbeidet med fag og ferdigheter.

Utdanningsetaten og Velferdsetaten ved KoRus Oslo, har en samarbeidsavtale om rusforebyggende arbeid i Osloskolen. Avtalen rulleres hvert tredje år. På bakgrunn av denne avtalen gjennomføres det jevnlig kompetansehevende tiltak på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Utdanningsetaten, KoRus Oslo og Oslo politidistrikt har gjennom SaLTo-samarbeidet utarbeidet en veileder for det rusforebyggende arbeid i skolen. Alle skoler skal lage lokale strukturer for det rusforebyggende arbeidet basert på rammer beskrevet i veilederen. Dette innebærer at skolene skal ha en plan for arbeidet. Det anbefales å bruke Helsedirektoratets «Støttmateriell og forslag til læringsaktiviteter». Det er en forutsetning at skolens plan involverer foresatte i det rusforebyggende arbeidet.

Siden det ikke eksisterer et felles rusforebyggende program til bruk i skolen er praksisen svært varierende fra skole til skole.

Alle videregående skoler skal ha en «Kjentmann» ved skolen. «Kjentmann» er et nasjonalt verktøy for skolefolk i det å møte elever med rusmiddelproblemer (Kompetansesenter rus – region vest Bergen). Tilbudet om opplæring i Kjentmann går også ut til ungdomstrinnet, slik at de kan delta dersom skolen trenger denne kompetansen. Det tilbys også en årlig kompetansehevingsdag i rusforebyggende arbeid spesielt for ungdomstrinnet. I tillegg tilbys alle skolene råd, veiledning og kompetanseheving på forespørsel. Selv om det eksisterer gode samarbeidsstrukturer for det forebyggende rusarbeidet bør kunnskap om rusmidler i større grad være et tema gjennom skoleforløpet.

Både intervjuer av unge og ulike fagfolk etterlyser større fokus på:

- Ungdom ønsker faktabasert kunnskap om rus og virkninger fra fagpersonell i skolene
- Økt fokus på råd og veiledning til foreldrene om rus og virkninger samt at de får veiledning rundt det å være foreldre til ungdom (tema bør være: grensesetting, løsrivelse, seksualitet, overgrep)
- Større helse- og sosialfaglig kapasitet i skoletjenesten

Det er viktig å utvikle gode modeller for råd og veiledning til foreldregruppen. I dag praktiseres rusforebygging og foreldreinformasjon/veiledning ulikt ved de ulike skolene.

«Ungdom ønsker å kunne ha en relasjon til personer de kan stole på for at de skal kunne være ærlige og åpne seg helt. Rådgivere og helsesøster bør informere hva som er taushetsplikt og hvilke opplysninger de eventuelt må ta videre til barnevernet. Denne informasjonen er viktig å presisere overfor ungdommer som sliter, så de vet hva de har å forholde seg til og ikke føler at dette blir et tillitsbrudd hvis dette skulle skje.» (Rådslag)

4.2.2 Lavterskeltilbud uten henvisningskrav

Det er gode erfaring med å tilby lavterskeltilbud innenfor begynnende psykisk helse og rusproblematikk hos ungdom. Tilbudene må være tilgjengelige på de arenaene ungdommen beveger seg til daglig, som ungdomsskole og videregående skole, samt være godt kjent av ansatte i skolehelsetjenesten på aktuelle trinn. Det er av avgjørende betydning at tilbudene er basert på «drop-in prinsippet», og ikke krever henvisning for å kunne benyttes. Ungdommene oppsøker tilbudet når de selv opplever det som nødvendig, samtidig som de ansatte er til stede i ungdomsmiljøet på en

Glasshuset I lokaler i direkte tilknytning til Nordberg Ungdomsskole har bydel Nordre Aker i samarbeid med skolen og BUP etablert et tverrfaglig tilbud til alle elever. På Glasshuset arbeider to miljøterapeuter fra Forebyggende barn- og ungdomsenhet sammen med skolehelsesøster og psykolog fra BUP Oslo Nord. Glasshuset tilbyr aktiviteter, matlaging, leksehjelp og samtaler med de voksne. Gjennom et godt lavterskeltilbud vil en være bedre rustet til å fange opp skolefravær, mistrivsel og psykiske helseproblemer på et tidlige tidspunkt.

slik måte at de er tilgjengelige og kan fange opp signaler fra ungdom som trenger bistand. Helseetaten har videreutviklet modell for utviklingsfremmende samtaler, som pr i dag er et tilbud ved videregående skoler i Oslo. Målet med utviklingsfremmende samtaler er å gi lavterskel psykisk helsehjelp. Tilbudet skal utvides til å gis på alle ungdomsskoler i Oslo. Modellen vil involvere bruk av tverrfaglig innsats, og de kommunale psykologene vil være sentrale.

Det er byråkratiske hindringer som kan vanskeliggjøre et samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

«I forbindelse med gjennomføring av, og ønske om å utvide lavterskeltilbudene innenfor psykisk helse og rus, møter man dessverre på noen hindringer. Når det gjelder utvidelse av lavterskeltilbud med drop-in hos psykolog fra BUP på Glasshuset i bydel Nordre Aker, er finansieringsordningen knyttet til refusjonsinntekter for poliklinisk behandling i BUP et eksempel på en slik hindring. Drop-in timer og tilstedeværelse i ungdomsmiljøene utløser ikke refusjon slik timeavtaler med de samme ungdommene etter henvisning til poliklinikken ville ha gjort. Dette vanskeliggjør dermed muligheten for BUP til å prioritere slikt arbeid i større grad. Effekten for barn og ungdom er imidlertid langt større når de får anledning til å benytte tilbudet som en del av hverdagen, og ikke føle seg stigmatisert gjennom å måtte bryte opp skolehverdag og omgang med venner for å møte til timeavtale i klinikken.»(Rådslag)

4.3 Ungdom og unge voksne

	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Ungdom/unge voksne	Fullføre videregående skole. Lavterskel og samlokaliserte tjenester. Utdanning/arbeid /aktivitet. Oppsøkende/ambulante tjenester.	Skole og bydel følger ikke tett nok opp ungdom som er i ferd med og/eller har falt ut av skolen. Lavterskel og ambulante tjenester er ikke godt nok utviklet i alle bydelene.
Pårørende	Veiledning til foreldre/pårørende.	Stigmatisering av pårørende.
Fagfolk	Samarbeid mellom kommune, bydel og spesialisthelsetjenesten. Ambulante tjenester.	Oppfølgingsbrudd når ungdom henvises fra et hjelpetilbud til et annet.

Nordens Velferdssenter har hatt et flerårig prosjekt om hvilke utfordringer ungdom møter i dagens samfunn. Flere undersøkelser viser at mange unge sliter med psykisk helseproblematikk, og som en del av dette har Nordens Velferdssenter presentert fire anbefalinger for å forbedre velferden for unge i Norden.

1. Skape bedre forutsetninger for tverrfaglig arbeid, og bedre samarbeid mellom samfunnet og organisasjoner. En løsning er å gi myndigheter felles oppdrag.
2. Skape forutsetninger for virksomheter som kan tilby tidlig og lett tilgjengelig innsats. Støtten bør fokuseres ut fra individets behov.
3. Styrke og bygge ut førstelinjevirkosomhet, for eksempel i skole og sosialtjeneste for identifisering, utredninger og gi støtte ved enklere former for problemer og tilstander.
4. Investere i helsefremmende innsats i grunnskolen og på videregående skole. Avsluttet skolegang er den enkeltstående sterkeste beskyttelsesfaktoren for alle unge, derfor må alternative utdanningsalternativer sikres på alle nivåer. Alle grunnskoler og videregående skoler bør også kunne tilby en åpen og utvidet skolehelsetjeneste (Nordens Velferdssenter).

Anbefalingene dreier seg om tverrfaglighet, lett og tilgjengelig innsats, styrke førstelinjeinnsatsen og betydningen av å fullføre videregående utdanning. Selv om anbefalingene i første omgang retter seg mot psykisk helse er det i like stor grad relevante for rusproblematikk.

4.3.1 Frafall fra videregående skole (VGS)

Ungdom som ikke fullfører videregående opplæring og blir stående utenfor opplæring og arbeid over tid, har økt risiko for varig utestenging fra arbeidslivet. De bruker også offentlige trygde- og stønadsordninger i større grad enn andre.

Frafallet fra VGS har nærmest vært uendret de siste årene. 71 prosent av ungdom i Oslo fullfører VGS. Det er en klar sammenheng mellom frafall fra skolen og helseproblemer, særlig psykiske (Nordlandsforskning 2016). Flere studier viser at psykiske helseproblemer oppgis av ungdom selv som en av de hyppigste årsakene til frafall fra videregående opplæring. I rapporten «Ikke slipp meg» (Nordlandsforskning 2012) fremkommer at halvparten av de som dropper ut av videregående opplæring gjør dette på grunn av psykiske helseproblemer. Studien viser også at psykiske helseproblemer ofte henger sammen med forhold tilbake i barndom, oppvekst og grunnskole. Dette gjenspeiler et behov for tidlig innsats og forebygging.

NAV veiledere i videregående skole: Enkelte bydeler har NAV- veiledere i VGS, for å styrke skolens ressursteam som for øvrig består av rådgivere, psykolog og helsesøster. Målsettingen er å hindre at skoleelever dropper ut av videregående skole. Elevene får også bistand til utfordringer knyttet til rus, psykiatri, vold, familiekonflikter, jobbsøking, bolig, praksisplasser m.m.

Det er store sosiale forskjeller når det gjelder gjennomføring av VGS. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at 88 prosent av alle elever med foreldre som har høyere utdanning fullfører videregående med bestått i løpet av fem år, mens dette gjelder kun 46 prosent av elevene hvor foreldre har grunnskole som høyeste oppnådde utdanning. Gutter har høyere frafall enn jenter. Elever med en etnisk minoritetsbakgrunn, særskilt gutter, har større frafall enn de uten en slik bakgrunn. Kjønn, etnisitet og foreldrenes bakgrunn er viktige faktorer for arbeidet med å forhindre frafall fra skolen. Ung i Oslo 2015 viser at skoletrivsel og skolemotivasjon er høy i Oslo, men dette varierer noe på bydelsnivå og ut fra studieretning. Elever som tar yrkesfaglige studieretninger har høyere frafall fra VGS enn andre.

I 2014 laget kunnskapssenter for utdanning på oppdrag av Kunnskapsdepartementet en systematisk kunnskapsoversikt over frafall i videregående opplæring (Kunnskapssenter for utdanning 2015). Fra norsk forskning vet vi mye om hva som kjennetegner elever som ikke fullfører, men vi vet mindre om hvilke tiltak som bedrer gjennomføringen gjennom å redusere frafallet. Riksrevisjonen konkluderer med at arbeidet for å forebygge skolefrafall ikke er tilstrekkelig. Tidlig identifisering av elever som står i fare for å slutte i løpet av skoleforløpet, og tett oppfølging er viktig. Dette betyr at en form for oppfølgingstjeneste må være på plass så tidlig som mulig, og aller helst før frafall er et faktum (Riksrevisjonen 2015). Et av ankepunktene er at det kan ta for lang tid før ungdom får tilbud om oppfølging, og at denne kan være utilstrekkelig.

«For personer som sliter med å være på skolen og de som dropper ut bør NAV bli flinkere til å tilby jobb som gir mening og inntekt. NAV kan sørge for å ha faste møter med de unge, og følge opp de unge når de får jobb.» (Intervju bruker)

Arbeid med å forhindre frafall fra skolen må skje tidlig, og da før frafall er et faktum. Bydelene bør i tett samarbeid med skolene tilby systematisk oppfølging av elever som allerede har droppet ut. Det må sikres at det ikke skjer oppfølgingsbrudd. Fokuset må være hvordan man skal forhindre frafall, forhindre oppfølgingsbrudd og gi et tilpasset tilbud til unge der det er behov for dette.

Tjenester for unge må være fleksible og tverrfaglige. Dette krever også et godt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør i større grad være tilstede på ungdommenes arenaer. Skolene må ha tett samarbeid med bydelene i dette arbeidet. Bydelene må velge gode samarbeidsmodeller for å forhindre oppfølgingsbrudd. I tillegg må bydelene ha differensierte tjenester som gir ungdom tilbud om arbeid/aktivitet der dette er nødvendig.

«På skolen er det viktig å ha lærere som bryr seg. Det å ha miljøarbeidere i skolen vil hjelpe ungdommer som

har behov for å bli sett. Miljøarbeiderne har tid til å prate med ungdommene og vil raskere fange opp utfordringer enn det lærerne har mulighet til å klare.» (Intervju brukere)

4.4 Tjenester til unge/unge voksne som er i ferd med å utvikle rusproblematikk

Unge som er i ferd med å utvikle eller som allerede har rusmiddelproblemer skal tilbys rask og alderstilpasset behandling og oppfølging tidlig i forløpet. Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge med rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet 2015). På rådslaget og i flere av intervjuene kommer det frem at det fins få behandlingstilbud til unge med rusmiddelproblemer. Behandlingsbehovene hos unge med rusmiddelproblemer kan være forskjellige fra de behovene voksne har. Ungdomsårene er en sårbar periode for helseskader relatert til rusbruk. Hjernekreftene som regulerer følelser og belønning er fullt utviklet i ungdomsårene, men de som styrer dømmekraft og selvkontroll er fortsatt under modning.

«Unge bør ikke plasseres på institusjoner med tyngre rusmisbrukere som er i aktiv rus. Det er rekruttering av nye rusmisbrukere.» (Intervju brukere)

Noen er mer sårbare for å utvikle avhengighet enn andre. Stressende opplevelser tidlig i livet er en betydelig risikofaktor. Unge som har en historie med fysiske og/eller seksuelle overgrep, har en forhøyet sannsynlighet for å bli diagnostisert med en ruslidelse (Shane et al. 2010). Ikke alle er like utsatte for å utvikle avhengighet.

Det er viktig å sikre at overgang mellom ulike tjenester er sømløse og sammenhengende. Ikke minst gjelder det overgang fra barnevernet til NAV. Unge voksne med barnevernsbakgrunn er en særskilt risikogruppe hvor man må sikre gode tilbud.

4.4.1 Helhetlige og fleksible tiltak

Fleksible og oppsøkende tjenester er vesentlige for å fange opp ungdom som er i risiko for å utvikle rusproblematikk. Det er også viktig å se rus og psykisk helse i en sammenheng. Man må også ha blikk for forskjeller på bakgrunn av kjønn og etnisitet. Som en del av den danske Socialstyrelsens prosjekt «Misbrugsbehandling for utsatte unge» ble U18 modellen utviklet (Aarhus kommunes ungdomscenter 2015). Det fastslås at det er viktig å organisere misbrugsbehandling til unge som en del av en helhetsorientert behandlingsinnsats. Den samlede kommunale innsatsen må ta høyde for at tilbud til unge skal kunne imøtekomme de unges behov, og at den samlede koordinerte innsatsen skal sikre sammenheng og kontinuitet.

For unge anbefales samlokaliserte tjenester. Gjennom rådslagene og intervjuene etterlyser mange fritidstilbud til ungdom, deriblant fritidsklubber. I tillegg til å være en viktig arena for at ungdom kan møtes og gjøre fritidsaktiviteter, kan disse også inkluderes med ulike tjenester til ungdom som har behov for tettere oppfølging og støtte.

Overgangene mellom ulike tiltak er sårbare. Ungdom og rus som er et byomfattende tiltak ved Oslo legevakt (HEL) opplever at overgangen mellom oppfølging derfra og bydel kan være vanskelig å få til, og en del opplever oppfølgingsbrudd. Spesialisthelsetjenesten må være en del av dette, og i større grad jobbe ambulerende i samarbeid med bydelene. Som etter modell fra U18 i Danmark må tjenestene til unge være helhetlige. Ambulerende team som jobber med en FACT-modell tilpasset unges behov anbefales.

4.4.2 Oppsøkende arbeid

Ungdom er en viktig målgruppe for tidlig innsats. Det er særlig i ungdomstiden at symptomer på utenforskap, omsorgssvikt, overgrep eller andre traumer blir synlig i form av ulike former for risikoatferd. Oslo fungerer ofte også som en magnet for ungdom som opplever «å ikke passe inn» i sine hjemkommuner og de søker da mot alternative fellesskap i Oslo.

Oslo har en lang tradisjon for å drive oppsøkende ungdomsarbeid med målsetninger om å sikre integrasjon og deltagelse og forhindre at ungdom etablerer skadelige rusmisbruk eller etablerer seg i kriminelle aktiviteter. I dag har 13 bydeler egne utekontakter (oppsøkende tjenester rettet mot utsatt ungdom) i tillegg til Velferdsetatens Uteseksjon som arbeider oppsøkende med barn, ungdom og voksne i sentrum. Til sammen sysselsetter disse oppsøkende tjenestene i Oslo 104 fagstillinger (Pedersen 2016). Dette utgjør en stor ressurs for utsatte unge i Oslo. Arbeidsformen som benyttes av de oppsøkende tjenestene synes i all hovedsak å være i tråd med ønsker fra brukerne selv som understreker behovet for fleksible, oppsøkende og ressursorienterte tjenester rettet mot utsatte unge.

En utfordring i Oslo er at arbeidet i liten grad er koordinert mellom virksomhetene i og mellom bydeler og etat. Tjenestene på bydel har ulike organisatorisk plassering, de har til dels ulikt mandat og de er av ulik størrelse. For eksempel har både bydel Alna og Østsjø syv ansatte i sine oppsøkende tjenester, mens bydel Frogner og St. Hanshaugen kun har to ansatte. Det er og usikkert i hvor stor grad hver enkelt tjeneste klarer å målstyre innsatsen mot de mest utsatte unge. Det mangler i dag sentrale føringer og kvalitetsbeskrivelser for det oppsøkende ungdomsarbeidet. Fra statlig hold finnes det heller ingen nasjonale føringer som pålegger kommunene å drive oppsøkende ungdomstjenester og det stilles heller ingen kvalitetskrav til arbeidet.

Oslo kommune prioriterer oppsøkende arbeid høyt, nettopp fordi forebyggingspotensialet er stort. De oppsøkende ungdomstjenestene er en sentral tidlig identifikasjonsaktør i lokalmiljøene. I kraft av sitt systematiske oppsøkende arbeid har de fleste tjenester etablert bred kontaktflate og unik innsikt i de lokale ungdomsmiljøene. Gjennom arbeid ute, på kjøpesentra, på skolene, på klubbene og gjennom et stort samarbeidsnettverk av andre ungdomstjenester opparbeider de oppsøkende tjenestene seg en unik kunnskap om enkeltungdom, deres tilhørighet og plass i grupper i lokalmiljøene. De er derfor i stand til å identifisere risikofaktorer tidlig, og intervensjoner kan settes inn på lavest mulig nivå, ofte i samarbeid med den unge og deres familie. Gevinstene ved en vellykket tidlig innsats er potensielt store for de unge selv og deres familier, og for kommunen i form av sparte behandlingsutgifter.

Likevel er det grunn til å stille noen kritiske spørsmål knyttet til det oppsøkende ungdomsarbeidet i Oslo. Et viktig forhold er at vi i dag ikke kan dokumentere at innsatsen som settes inn virker. Klarer de oppsøkende tjenestene å nå fram til de mest utsatte unge, og i så fall, har innsatsen de setter inn ønsket virkning? Bidrar utekontaktene til at flere unge får virksomme intervensjoner og dermed unngår å havne i alvorlig trøbbel? Innsatsen mangler en felles faglig plattform og det finnes ikke uttalte kvalitetskriterier for det oppsøkende ungdomsarbeidet i Oslo. Det finnes heller ikke et felles dokumentasjonssystem for de oppsøkende tjenestene i Oslo. Det er ønskelig at forsknings- og kompetansemiljøer er med i fagutviklingen, for å sikre at oppsøkende ungdomsarbeid er tuftet på kunnskapsbaserte metoder.

4.4.3 Ungdom og rus – på legevakten i Oslo

Siden 2011 har Oslo Legevakt fulgt opp ungdom under 24 år som ankommer legevakten på grunn av en akutt rushenvendelse. Hovedmålsettingen er tidlig innsats og forebygging av rusavhengighet hos barn og unge. Mellom 60-70 prosent av disse ungdommene ankommer Legevakten i ambulanse med en alkoholintoksikasjon.

Erfaringer har vist at akutte kriser er en gylden mulighet for intervensjon. Oslo legevakt har rundt 650-750 akutte rushenvendelser i året. Ungdommen får en akuttsamtale av Sosialt og ambulansetjeneste (SAA) etter kontakt med skadelegevakten (OUS) og allmennlegevakten. Alle blir deretter forsøkt kontaktet på telefon for en oppfølgingssamtale av teamet Ungdom og rus for ytterligere kartlegging av livssituasjonen. Metodikken er korttids intervensjoner, samtaler som går over 1-3 ganger. Kartlegging av livssituasjon (risiko og beskyttelsesfaktorer) og kartlegging av rusbruk (AUDIT/DUDIT) er sentralt. Det henvises videre til bydel og spesialisthelsetjeneste ved behov. Oppfølgingsarbeidet tilpasses den unge, og kan blant annet innebære:

- Tilbud om en akutt samtale på legevakten. I alle samtaler informeres det om rus og virkninger og det gis individuell råd og veiledning til den enkelte.

- Samtale på telefon i etterkant av henvendelse, og eventuelt ytterligere samtaler ved behov
- I saker hvor ungdommen er under 18 år blir foreldrene sammen med den unge innkalt til en familiesamtale på Legevakten. Det sendes bekymringsmelding til barnevernet ved behov.
- Tett samarbeid med allerede eksisterende hjelpeapparat
- Henvisning til spesialisthelsetjeneste, derav spesielt ruspoliklinikker

I 2016 har Ungdom og rus utarbeidet et samarbeid med alle 15 bydeler i Oslo via SaLTO-koordinatorene. SaLTO-koordinatorene henviser til rett instans i bydel. Det er videre etablert et samarbeid med Seksjon rus- og avhengighetsbehandling, Avdeling ung Uteteam (OUS), for lavterskel henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Overgangen fra det akutte hjelpeapparat til bydeler kan være krevende, og det er helt nødvendig at de unge følges opp i overgangene. Ansatte ved Ungdom og rus kontakter for eksempel Uteteamet til avdeling ung når det er ungdommer som kan forsvinne i overgangene, og Ungdom og rus kan videre tilby oppfølging til en kontakt i TSB er forankret.

4.4.4 Hasjavvenningsprogrammet (HAP)

HAP er et samtaletilbud ved Uteseksjonen (VEL), og i enkelte bydeler, for personer som ønsker å slutte med eller trappe ned bruken av hasj og/eller marihuana. Samtaletilbudet er basert på etablerte terapeutiske metoder som motiverende intervju og kognitiv terapi. Uteseksjonen jobber sammen med klienten for å forstå og håndtere hans/hennes utfordringer knyttet til det å slutte. HAP er en korttidsbehandling som varer i åtte uker eller mer ved behov.

I tillegg gir Uteseksjonen opplæring i metodikken for andre virksomheter som jobber med ungdom og voksne med cannabisrelatert problematikk, blant annet ansatte i bydelene. Det er utviklet en egen manual for hasjavvenning og app for hasjavvenning.

4.5 Eldre, alkohol og legemidler

	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Kunnskap om virkning av alkohol og legemidler ved økende alder. Meningsfulle aktiviteter og fritid. Bevissthet/kunnskap om overgang fra arbeidsliv til pensjonisttilværelse.	Eldre blir ikke spurt om deres forhold til alkohol. Manglende kunnskap om legemidler og alkoholbruk hos eldre.
Fagfolk	At hjemmetjeneste og fastlege har kunnskap om eldre alkohol og legemidler. Gode metoder for tidlig innsats.	Tidspress hos hjemmetjeneste og fastlege. Manglende kunnskap om eldre, alkohol og legemidler.

Alkoholforbruket blant eldre har økt med 40 prosent de siste 25 årene (Horverak og Bye 2007). Andelen personer over 67 år antas mer enn å dobles innen 2060. Drikkemønsteret i Norge er i ferd med å endres, kontinentale drikkevaner som innebærer hyppigere inntak av alkohol i større grad vil prege generasjonen som er i ferd med å nå pensjonsalder. Overgangen til pensjonisttilværelsen betyr at daglige rammer og rutiner fra arbeidslivet forsvinner. Denne omstillingen kan for noen by på store utfordringer. Arbeidslivets rammer kan ha hatt en beskyttende effekt for personer som har hatt et problemfylt alkoholforbruk. Økt alkoholbruk hos eldre mennesker kan få store helsemessige konsekvenser. De negative sidene ved alkohol gir større utslag hos eldre enn hos yngre. Aldring medfører en lavere toleranse for alkohol enn ved yngre alder, og forbruk av reseptbelagte legemidler øker med alderen. Samtidig bruk av legemidler og alkohol kan være skadelig.

Det er viktig med økt bevissthet blant fagpersonell om hvilken innvirkning alkohol- og legemiddelbruk har på hverandre. Tidlig innsats, gode kartleggingskunnskaper og økt gerontologisk forståelse er sentralt. Et økt antall

eldre med alkoholproblemer vil bety økt utfordring for hjemmesykepleien, hjemmetjenestene og de andre som yter tjenester til eldre mennesker. De kan møte problemer som tidligere var skjult.

Faktorer for å fange opp eldre som er i risiko for skadelig bruk av alkohol og legemidler:

- *Observasjoner:* Tjenesten må sikre at de ansatte fanger opp tegn og symptomer så tidlig som mulig. Det må tilføres økt kunnskap om alkohol- og legemiddelrelaterte helseskader. Refleksjon rundt rollen som helsearbeider og tydeliggjøring av ansvaret helsearbeidere har for å være observante.
- *Dokumentasjon:* Helseskadelig rusbruk underreporteres. Det må tilføres økt kunnskap og bevissthet i tjenesten om hva som skal dokumenteres og hvordan. Erkjennelse av at en har plikt til å dokumentere alle observasjoner som er relevante for pasientens helse, og at taushetsplikt og lojalitet til pasienter ikke skal være til hinder for dokumentasjon eller informasjonsflyt mellom samarbeidende helsepersonell.
- *Samtaleintervensjon:* det enkleste og mest effektive tiltak i møte med helseskadelig rusbruk er samtale med pasienten. *Motiverende intervju:* helsepersonell som jobber med endringsarbeid bør få opplæring i metoden
- *Tidlig innsats:* jo tidligere i et helseforløp en intervensjoner, jo lettere er det for pasienten å ivareta egen helse.
- Sikre at det skapes en *integrert holdning blant ansatte og ledere* om at innsats mot helseskadelig rusbruk blant eldre bør være et tema i det daglige arbeidet.

Erfaring fra forskning og praksis viser også at korte intervensjoner og samtaleteknikk som for eksempel motiverende samtale, er nyttige verktøy i arbeidet med eldre mennesker. Økt kunnskap om dette er viktig for fagfeltet. Enkel og brukervennlig informasjon som for eksempel brosjyremateriell bør utvikles til den eldre befolkningen. Temahefter og håndbøker kan bidra til kunnskapsheving på praksisfeltet.

4.6 Anbefalinger – forebygging og tidlig innsats

- I saker som gjelder barn og unge er det viktig at det er tydelig hvem og hvilken instans som har ansvaret slik at man forhindrer oppfølgingsbrudd. Bydelene bør ha en samhandlingsmodell og organisere seg slik at ansvar tydeliggjøres.
- Samhandling innad i bydel og mellom bydel, etater og spesialisthelsetjeneste bør videreutvikles for å gi et tilpasset og samlet tilbud til brukeren. Tjenestene bør tilbys der brukerne er/oppholder seg, for eksempel barnehage, skole, helsestasjon og fritidsaktiviteter.
- Alle enheter som arbeider med barn og unge skal ha nødvendig kompetanse for å oppdage og handle tidlig, dette inkluderer traumekompetanse.
- Bydelene og skolene må samarbeide om iverksetting av kunnskapsbasert rusforebygging i nærmiljøet og skolen. Ansatte i bydel og skole må ha kjennskap til barn og unges utfordringer i nærmiljøet. Foresatte skal være en del av skolens rusforebyggende arbeid.
- Skolene og bydelene må styrke innsatsen for å sikre at elever som står i fare for å droppe ut av skolen blir fanget opp. Bydelenes oppfølgingstjeneste bør ha tilstedeværelse på skolene.

Nettverk Eldre og Rus Oslo (NERO) i bydel Østensjø har som mål å heve helsetjenestens kompetanse til å intervensjonere ved skadelig bruk av alkohol og legemidler. Prosjektet søker å komme inn på et tidlig tidspunkt – der det er i ferd med å bli et problem/ der det er bekymring rundt alkoholbruk og/eller medikamentbruk. Prosjektet legger til rette for kompetanseheving for ansatte om eldre, alkohol og legemidler, fagkurs, samt kurs i Motiverende intervju.

- Alle bydeler/bydelsregioner bør ha ambulant/oppøkende tjenester for barn og unge, helst i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det foreslås å utvikle en Oslostandard for oppøkende arbeid slik at alle ungdommer i risiko blir nådd.
- Alle bydeler bør ha varierte fritidstilbud for barn og unge, der alle uavhengig av sosial bakgrunn og økonomi kan delta. Det bør vurderes om møtesteder kan samlokaliseres med tjenester med lav terskel for unge. Det er stort potensiale i å bruke erfaringskonsulenter og/eller «ung til ung» metodikk.
- Tjenester og satsinger for tidlig å oppdage og behandle konsekvenser av skadelig bruk av alkohol og legemidler bør iverksettes. Tidlig intervensjon og screening gir god effekt for personer med risikofyllt alkoholbruk. Eldre er en særlig sårbar gruppe, og bydelene bør videreutvikle kompetanse om eldre, alkohol og legemidler.

5 Behandling, rehabilitering og sammensatte tjenester

I dette kapitlet skal vi oppsummere kunnskap om hensiktsmessige tiltak for behandling, rehabilitering og oppfølging for personer med rusmiddelproblemer, identifisere gode eksempler og eventuelle flaskehalsar i samarbeidet mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og andre, og se på overgangene fra behandling eller institusjonsopphold til egen bolig. Vi vil foreslå hvilke tjenestetilbud et differensiert tiltaksapparat bør inneha, med vekt på innovasjon og systematisk innsats som kan gi størst effekt. Overdoseforebyggende arbeid blir beskrevet, og tiltak for å forebygge overdoser og overdosedødsfall blir anbefalt.

I Oslo kommune kan brukere få tjenester på bydelsnivå, av byomfattende tjenester og behandling i spesialisthelsetjenesten. Dersom man ser for seg en tidsakse fra bruker ber om hjelp til han/hun er ferdig rehabilitert, har kommunen på bydelsnivå ansvar for tjenestetilbud og oppfølging gjennom hele prosessen. Kontinuitet og oppfølging fra bydel er derfor avgjørende for å sikre sammenhengende tjenester. Byomfattende tjenester kan gis av etater og/eller av frivillige og ideelle aktører, i form av institusjonsopphold i kommunale eller private institusjoner eller oppfølging av byomfattende tjenester. De byomfattende tjenestene gir blant annet lavterskeltjenester og oppfølging i forkant av behandling, tilbud om rehabiliteringsopphold på institusjon i etterkant av behandling. Byomfattende tjenester kan også gis som en del av oppfølging, f.eks. gjennom booppfølging og arbeids- og aktivitetstilbud og opphold på omsorgsinstitusjoner.

	Oppfølging	Behandling	Rehabilitering og oppfølging
Bydelsnivå	Tjenester i bydel, - inkl oppfølging før, under og etter behandling		
Byomfattende	Lavterskeltjenester		Rehabilitering og oppfølging i bolig
TSB		Avrusing, behandling, polikliniske tj.	

Det er mange som ikke følger et lineært forløp. Noen mottar kun oppfølging fra bydel, andre har mange behandlingsopphold i spesialisert rusbehandling bak seg. Andre har perioder der de har tilbud om institusjonsplasser gjennom VEL eller SYE. Inntak ved byomfattende institusjoner reguleres av Helse- og omsorgstjenesteloven der bydel har vedtaksmyndighet.

Som beskrevet i kapittel to er det utviklet faglige anbefalinger for anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder i rusbehandling (Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengige). Retningslinjen er utarbeidet både med tanke på tjenester i kommunens regi og i spesialisthelsetjenesten.

ROP-retningslinjen inneholder anbefalinger knyttet til kartlegging, behandling og oppfølging til alle tjenesteytere som kommer i kontakt med personer med ruslidelser og psykiske lidelser. Retningslinjen inkluderer relevant kunnskap fra forskning, god praksis, erfaringer og råd fra brukere og fagmiljøer i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) i USA har sammenfattet tilgjengelig kunnskap om behandling av ruslidelser hos unge. Nasjonal kompetansetjeneste TSB har oversatt og tilpasset innholdet for norske brukere slik at det skal gjenspeile mønsteret av rusmiddelbruk blant unge i Norge og det norske tiltaks- og rusbehandlingstilbudet. Heftet «Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge» er ment å være en ressurs for helsepersonell, familier og andre som trenger informasjon om avhengighet og behandling av unge med ruslidelser. Her presenteres evidensbaserte tilnærminger til behandling og andre intervensjoner for denne aldersgruppen.

Kunnskap om utsatte grupper, og tilrettelagte tilbud ut fra kultur, kjønn- og mangfolds perspektiv er viktig. Tilbudene til målgruppen må tilpasses den enkeltes behov, og det betyr at kjønn, alder, seksualitet og kultur kan betinge særskilt tilrettelegging og tilbud.

5.1 Kommunale tjenester

5.1.1 Oppfølging på bydelsnivå

Oppfølging på bydelsnivå	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Et godt første møte – der man opplever å bli sett og hørt. Informasjon om tilbud og rettigheter. Tid til individuell oppfølging. Fast kontaktperson og fastlege. Forutsigbar økonomi og hjelp til forvaltning.	«Kasteball» mellom ulike kontakt-personer i NAV eller mellom bydeler. Hyppige skifter av kontaktperson. Skjema, brev og vedtak man ikke forstår. Tilbudene styres ut fra regler snarere enn behov.
Pårørende	Gi nødvendig informasjon om brukere over 18 år. Samarbeid med involverte tjenesteytere og pårørende.	Taushetsplikten kan virke mot sin hensikt og føre til manglende informasjon og imøtekommenhet. Manglende samarbeid med andre instanser.
Fagfolk	En kontaktperson/koordinator i bydel. Arbeidsrettet oppfølging fra NAV. Godt samarbeid med spesialisthelsetjeneste, frivillige og andre, og mellom fastleger og NAV.	Overgangen mellom barnevern og tiltak gjennom NAV ikke god nok. Vanskelig å komme i kontakt med NAV.

Flere brukere forteller at de har hatt samme rus- eller NAV-konsulent over mange år, noe som utelukkende oppleves positivt. Særlig positivt oppleves det for enkelte at NAV tok kontakt med dem. Andre opplever at det har vært mange skifter av kontaktperson. Manglende tid og oppmerksomhet fra ansatte i NAV har ført til at de opplever ikke ha fått den oppfølgingen de har behov for. Treghet i saksgang og vanskelig forståelige skjema, brev og vedtak ble nevnt av flere. For noen handlet dette om vanskelig språk, for andre om sviktende hukommelse. Vanskelig tilgjengelig, eller manglende informasjon om rettigheter og tjenestetilbud var for mange utfordrende.

«Forrige NAV-konsulent hadde for mye å gjøre. Hun prøvde, men hun var alltid opptatt. Jeg var kanskje ikke en av de verste så kanskje det var derfor hun ikke ga meg så mye tid.(...) Så dro jeg til NAV, men min historie var sikkert hverdagskost for de i skranken, og jeg skjønte ingenting av de skjemaene som de mente at jeg måtte fylle ut. Gikk ut og bestemt meg for å ta det i morgen. Det endte med at jeg isolerte meg i to uker, og jeg begynte på pepper[slang for amfetamin] igjen.» (Intervju bruker)

Hvordan den enkelte blir møtt når de ber om hjelp, er avgjørende for å forebygge sementering eller forverring av situasjonen. Terskelen for å be om hjelp er ofte høy, og første møte kan være avgjørende. Individuell tilrettelegging er viktig.

«Jeg har mange dårlige erfaringer med NAV. Jeg opplever at de ser etter grunner til ikke å hjelpe meg, heller enn å se etter muligheter til å hjelpe meg. Jeg opplever at de styrer etter regler og bruker veldig lite skjønn.» (Intervju bruker)

«Det har hjulpet meg at jeg har hatt en og samme kontaktperson på NAV sosial over tid. Hun har hele tiden tatt initiativ til kontakt, fulgt opp og vært en pådriver.» (Intervju bruker).

Flere opplever at forvaltning gir forutsigbarhet i egen økonomi, og således er til god hjelp. Andre opplever at de mer eller mindre frivillig skrev under på papirene om forvaltning, og det kan synes som at de ikke er tilstrekkelig kjent med hva forvaltning innebærer.

Flere brukere og pårørende har opplevd at bydelstilhorighet er en hindring for å få hjelp, der de har opplevd å bli «kasteballer» mellom ulike bydeler. Enkelte opplever også at samarbeid mellom aktører innen samme bydel ikke er tilstrekkelig samordnet.

Flere brukere opplever å ha god kontakt med fastlege, mens andre ikke oppsøker fastlege. Dette kan enten komme av ubetalte regninger og/eller faste oppmøtetider. I denne sammenheng er det viktig å understreke at fastleger har en viktig rolle overfor denne pasientgruppen, for å sikre helhetlig medisinsk oppfølging. Samarbeid mellom fastleger og ansatte i bydelens øvrige tjenester bør styrkes.

5.1.2 Byomfattende tjenester

Det var 1 468 personer som hadde et eller flere opphold i Velferdsetatens institusjoner i 2016. Beboerne har ulike og sammensatte behov og utfordringer knyttet til rusbruk, sosial fungering, fysiske og psykisk helse. Beboerne kan inndeles i forhold til følgende behov;

	Målgruppe	Beskrivelse av målgruppe
Akutt- og korttid	Bostedsløse i aktiv rus	Personer i aktiv rus, som oftest bostedsløse, ofte etablert i den åpne russcenen i sentrum. Mange har i tillegg til et omfattende rusmisbruksproblem store psykiske utfordringer og behov for akutt helsehjelp. Personer med behov for akutt og/eller midlertidig institusjonstilbud.
Unge	Unge utsatte	Unge (18-25 år) som er i en utprøvningsfase og som står i fare for å utvikle et alvorlig avhengighetsproblem.
	Unge i aktiv rus	Unge (18-25 år) med daglig eller periodevis rusmiddelbruk. Har gjerne sammensatt problematikk. (Atferd, kriminalitet, psykisk helse, lav boevne, problematisk forhold til familie)
ROP	Rus og psykisk lidelse Atferd / utagering	Personer med sammensatt problematikk: Omfattende rusmisbruk, psykisk lidelse og / eller alvorlig utagering/ atferdsproblemer. Mange i denne gruppen har en historie med utskivninger og utestengelser fra institusjoner pga trusler og/eller vold mot både medbeboere og ansatte. Både diagnostiserte og ikke-diagnostiserte psykiske lidelser. En del har kortere opphold i psykiatrisk institusjon. Mange har svært lav boevne.
	Rus og psykisk lidelse Sårbare	Personer med sammensatt problematikk: Omfattende rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse. Dette er en gruppe brukere som er sårbare og som fungerer veldig dårlig i lavterskeltilbudet pga stress og konflikter i turbulente miljøer. Mange har en etablert kontakt i psykiatrien.
Omsorg	Helseutfordringer og manglende egenomsorg	Personer i aktiv rus med omsorgsbehov og dårlig fysisk (og psykisk) helse. Brukere som har varierende grad av egenomsorg og behov for hjelp til nødvendig ernæring, og mange av dagliglivets gjøremål. Mange har behov for omfattende helsehjelp som sårstell, administrering av medikamenter, oppfølging av behandling i sykehus m.m.
Rehabilitering	Vente og motivasjon	Personer med behov for en kort periode med rusfritt vente- og motivasjonsopphold før /etter TSB eller flytting til i egen bolig.
	Rehabilitering - rusfri	Personer som er ferdigbehandlet i TSB med behov for rusfritt langtidsopphold som en forberedelse til etablering i egen bolig
	Rehabilitering - noe rusmiddelbruk	Personer med varierende rusmiddelbruk som ønsker endring i sin livssituasjon og har behov for oppfølging som forberedelse til etablering i egen bolig.

Akutt- og korttidsinstitusjoner

Akutt- og korttidsinstitusjoner	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Små/mindre institusjoner slik at folk med ulike problemer kan være forskjellige steder. Egne tiltak for kvinner.	Uheldig å måtte flytte mellom ulike akuttinstitusjoner. Lett tilgang til rusmidler, kjøp og salg av rusmidler skaper utrygghet. Dårlig standard på lokalene.
Pårørende	Trygghet for at den de er pårørende til har sted og bo, mat og tilbud om hjelp.	Avvist akutthjelp pga. annen bostedskommune. Lett tilgang til rusmidler. Opphopning av brukere med stor problembelastning.
Fagfolk	Fokus på informasjon om, og motivasjon for videre behandling. Eget tiltak for voldsutsatte kvinner. Mindre enheter med mer personalet for å ivareta de vanskeligste.	Manglende egnet akutttilbud til de under 24 år. Ikke tilstrekkelig kompetanse om psykisk helse.

Velferdsetaten disponerer 40 akutt- og 115 korttidsplasser. Én institusjon driftes av ideell aktør, mens de øvrige er kommunalt drevet. Målgruppen er bostedsløse personer som er i aktiv rus og som ofte har en svært ustabil livssituasjon. Dette er personer som har behov for skadereduksjonstilbud og sammensatt helsehjelp.

Akuttovernattingstilbudet har varighet fra én til 14 dager. Disse plassene skal ivareta bostedsløse rusavhengiges akutte behov for bolig, og målet er å videreformidle til egnet botilbud. Korttidsplasser gir som hovedregel tilbud fra tre måneder til inntil ett år. Formålet er å stabilisere brukernes livssituasjon og etablere samarbeid mellom bruker, institusjon og bydel for å forsøke å finne annet, mer varig botilbud og koordinert hjelpetiltak¹⁸. Flere brukere opplever at de får god hjelp når de bor på akuttinstitusjonene, det være seg hjelp til å komme i behandling, følge opp avtaler for nødvendig helsehjelp og medisiner eller få informasjon og hjelp til å komme i kontakt med andre deler av hjelpeapparatet.

Det er imidlertid også slik at flere brukere opplever at det er utrygt å bo på akuttinstitusjoner, der bomiljøet preges av bruk av rusmidler, kjøp og salg av illegale rusmidler og konflikter mellom beboere.

«Jeg har bodd på noen av lavterskelhusene i Velferdsetaten og dette var ikke en positiv erfaring for meg. Det var for mye salg av illegale rusmidler og det var for lett tilgang til rusmidler. Det var mye trusler på disse stedene.» (Intervju bruker)

«Hospits, det er fæle greier. Flytter du inn dit som normal blir du narkoman. Du merker det ikke selv en gang. (...) Litt blanda - altså at beboere på samme institusjon har ulike typer rusavhengighet er litt greit, men ikke helt greit. Folk som har gått på syre og makka [slang for amfetamin]gjør jævlig mye rart, og det er ikke noe allright. Jeg har blitt mye ødelagt i nervene.»(Intervju bruker)

Både brukere og fagfolk mente at mindre institusjoner ville ha gjort situasjonen bedre. Slik situasjonen er i dag blir brukere med ulike hjelpebehov, dårlig fysisk og psykisk helse samlet under samme tak. Flere mente det er særlig viktig å ha egne tilbud til ungdom/unge voksne for å forebygge at de blir en del av det etablerte rusmiljøet. Det ble også fremhevet at kvinner bør ha egne tilbud, blant annet for å bli vernet fra vold og/eller utnyttning. Samtidig er det kvinner som ønsker å ha parplass ved korttidsinstitusjonene, og opplever det som vanskelig dersom de og kjæreste/ektefelle blir plassert på ulike institusjoner.

Pårørende som omtaler akutt- og korttidsinstitusjonene bemerker at de på den ene siden er glad for at den de er

¹⁸ Inntak til akutt- og korttidsplassene skjer ved at brukerne henvender seg hos NAV som kontakter VELs vakttelefon for akuttovernatting. Utenom kontortid skjer inntak ved fremmøte hos Sosial og ambulant Akuttjeneste på legevakta i Storgata

pårørende til har et sted å bo, men samtidig er de bekymret for at lett tilgang til rusmidler og mange beboere med store utfordringer kan føre til en ytterligere forsterkning av den enkeltes problemer. Pårørende til beboere på akutt- eller korttidsinstitusjoner understreker betydningen av å få noe informasjon om den de er pårørende til, samt at de kan få gi informasjon til tjenestestedet slik at personalet kan vurdere deres bekymring opp mot det tilbudet de skal gi.

Rehabiliterings- og omsorgsinstitusjonene

Langtidsinstitusjoner	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Klare rammer og tett oppfølging. Få flere sjanser ved tilbakefall/ rusinntak ved rusfrie institusjoner. Arbeids- eller aktivitetstilbud. Lære grunnleggende ting som er en forutsetning for å bo i egen bolig.	Besøkskontroll. Utskrivning pga. mistanke om eller bruk av rusmidler ved rusfrie institusjoner.
Pårørende	Planmessig opphold. Arbeids- og aktivitetstilbud.	Tidsbegrenset botid.
Fagfolk	Plan for oppholdet. Utredning av ressurser og ferdigheter inkludert helse, familie- og nettverk. Elektronisk individuell plan.	Manglende koordinering mellom tilbudene. Styrking av tilbud for eldre med omfattende omsorgsbehov.

Rehabiliteringstilbudet består av 346 døgnplasser som retter seg mot brukere i ulike faser og med ulik grad av rusmestring. Noen er rusfrie tilbud som skal gi ettervern i forlengelsen av behandling i spesialisthelsetjenesten. Andre gir tilbud til brukere som er i aktiv rus. Felles for alle tilbudene er at de skal gi personer som ønsker endring i sin livssituasjon hjelp til å sette seg mål, og i samarbeid med bydel og andre aktører hjelpe brukerne med å nå disse. Én institusjon med åtte plasser er forbeholdt unge/unge voksne.

Omsorgsinstitusjonene har 173 plasser rettet mot rusavhengige som har utfordringer med egen omsorg og større helseutfordringer. Tilbudene har noe lenger botid og for enkelte vil det innebære et varig/livslangt opphold. Sykehjemsetaten har syv plasser til brukere med rusavhengighet som har behov for kortvarig pleie og omsorg. I tillegg har de 16 plasser for brukere med et langvarig og fortsatt eksisterende rusavhengighet med behov for pleie og omsorg.

VEL har i tillegg 11 plasser som er spesielt innrettet mot personer med sammensatte problemer: Rus, psykiske lidelser og atferdsutfordringer. Dette er tiltak som har høyere bemanning og som krever spesiell kompetanse. Disse tjenestene har derfor en høyere bydelsbetaling.

Langtidsinstitusjonene har som hovedregel en veiledende botid fra ett til to år i rehabilitering og to år eller lenger for omsorgsinstitusjonene. De fleste langtidsinstitusjonene i VELs tjenestetilbud er kommunale tiltak, men omlag en tredjedel av tilbudet gis av private aktører med kontrakt.

Flere brukere og pårørende mener at fordi behandlingstiden i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert, har mange behov for rehabiliteringsopphold i forkant av flytting til egen bolig. De vektlegger behovet for å stabilisere tilværelsen mens de er i trygge rammer med daglig oppfølging. De ønsker å starte i jobb eller utdanning, etablere kontakt i rusfritt nettverk mens de bor på rehabiliteringsinstitusjon, med overordnet mål å prøve ut og lære seg hvordan det er å leve rusfrie liv. Flere understreker at når man har vært en del av rusmiljøet siden tidlig ungdom, er det mye man ikke har vært en del av og som man har behov for å lære.

Beboere vi intervjuet ved omsorgsinstitusjonene opplever at tilbudet gir rammer de opplever er bra, og for noen betyr det blant annet at alkoholbruken reduseres.

«Det er veldig fint her. Her blir jeg behandlet veldig ordentlig og rettferdig. Jeg får tilbakemeldinger når det trengs. Det er hyggelig folk som jobber her. Rammene her er veldig bra, det har for meg medført mye mindre drikking. Tidligere har jeg bodd i leilighet, men har det mye bedre her. God mat» (Intervju bruker)

Noen av beboerne ved omsorgssentrene opplever at det er tryggere og bedre for dem å bo på institusjon enn hjemme. For enkelte kan målet være at de skal flytte i egen leilighet, og da blir det avgjørende å sikre at både helsemessige og sosiale behov blir ivaretatt.

Flere pårørende uttrykte bekymring knyttet til begrenset botid på institusjon for den de er pårørende til, og ønsket lengre botid. For pårørende kan det være betryggende at den de er pårørende til har tilbud der fagpersoner har ansvar for oppfølging. I den grad det er formålstjenlig og bruker ønsker det, bør pårørende delta i planlegging av nødvendige tjenestetilbud når bruker skal flytte til egen bolig.

5.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Spesialisthelsetjenesten tilbyr avrusing, behandling og polikliniske tjenester. I overkant av 31 000 personer mottok behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge i 2016. Dette omfatter personer i døgnbehandling, poliklinisk behandling og LAR. Dette er en nedgang på 1,6 prosent fra året før. Nedgangen skyldes færre pasienter i Helse Sør-Øst (Helsedirektoratet 2016).

Avrusing

Avrusing	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Lav terskel for å komme på avrusing. Viktig at det ikke er avbrudd mellom avrusing og behandling.	Manglende tilgjengelighet på avrusingstilbud.
Pårørende	God overgang mellom avrusing og behandling.	Ved lang ventetid kan motivasjon reduseres/forsvinne. Forvaltning av taushetsplikten ved innleggelse.
Fagfolk	Brukerstyrte senger for avrusing. Fokus på informasjon og motivasjon for videre behandling.	Tungvint henvisningsrutine til RAM og manglende tilgjengelighet på plasser.

Det er i følge brukere og pårørende viktig å ha lav terskel for å komme til avrusing. Enkelte mener at avrusingstilbudet har blitt mindre tilgjengelig enn tidligere, og henviser til hvordan det var tidligere da den enkelte bruker kunne komme på «døren» og be om innleggelse. Det understrekes at det ikke må være avbrudd mellom avrusing og behandling.

«Rusakuttmottaket er et veldig bra sted. Hvis man er i behandling og har et tilbakefall kan man bruke rusakuttmottaket og bli avrusa, slik at man kan komme nykter til institusjonen. Dette er med å gjøre at det ikke blir så stort frafall fra folk som er i behandling.» (Rådslag)

Flere fagfolk har et ønske om at det må bli lettere å henvise og få plass på avrusing både i akuttsituasjoner og ved tilbakefall. Tilbud om avrusing kan forebygge drop-out fra rusbehandling (Nasjonal kompetansetjeneste TSB 2016).

På rådslaget ble det diskutert mulighet for brukerstyrte senger i avrusing, med tanke på et sted der brukerne kan legge seg inn selv for å hvile, spise og hente krefter, men uten krav om videre planer. Sammen med spesialisthelsetjenesten bør det vurderes om brukerstyrte plasser bør bygges opp for å sikre mulighet for avrusing når bruker er motivert og ser behov for dette.

Døgnbehandling

Døgnbehandling TSB	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Behandlingsstart når man er motivert. Bygge tillitt, ansatte som bryr seg. Klare rammer og tett oppfølging. Flere sjanser ved tilbakefall/rusinntak. Mulighet for behandling utenfor Oslo. Planlagt behandlings- og aktivitetstilbud. Lære grunnleggende ting som er en forutsetning for å bo i egen bolig.	Lang ventetid før behandling. Mister ansvar for egen tilværelse Utskrivning pga. mistanke om eller bruk av rusmidler. Manglende aktivitetstilbud og/eller behandling på dagtid.
Pårørende	Behandlingstilbud må inkludere motivasjonsarbeid. Kan tvang være et virkemiddel for endring?	Manglende dialog med pårørende. Kort behandlingstid.
Fagfolk	Utarbeide konkrete mål som brukere er med å definere. Utredning av ressurser og ferdigheter inkludert helse, kognitiv fungering, familie- og nettverk. Informasjon og samarbeid med kommunen.	Manglende planlegging av tilbud etter behandling. Manglende fagsystem for informasjonsoverføring. Manglende koordinering mellom førstelinjetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Det ble av mange brukere fremhevet at lang ventetid før behandling er utfordrende. Det er viktig å starte behandling når motivasjon for endring er tilstede. Oslo kommunen bør vurdere om det er virkemidler overfor spesialisthelsetjenesten som kan tas i bruk for å sikre at ventetid til behandling er kort.

«Det er det som er problemet med motivasjon - den kommer og går. Det er helt håpløst at det tar lang tid, det er en av de største utfordringene. Jeg måtte vente i litt over fem måneder før jeg fikk plass. Jeg har heldigvis en far som bodde langt ute i gokk og hadde det ikke vært for han så hadde jeg mista alt, og ikke sett lyset i tunnelen.» (Intervju bruker)

Når det gjelder selve behandlingsoppholdet, er de generelle tilbakemeldingene fra brukerne at de må oppleve at personalet bryr seg og at tillit bygges. Flere fremhevet at det kan ta tid å bygge gode relasjoner, og at man derfor må få tilstrekkelig tid til dette. Videre er det mange som understreker betydningen av klare rammer og tett oppfølging. Flere opplevde at institusjonsopphold kunne oppleves pasifiserende, der behandlings- og aktivitetstilbudet er spinkelt. Det ble fremhevet at det er viktig å lære grunnleggende ting som gjør at du kan bo og beholde boligen.

Ressurstilnærming, snarere enn problemorientering ble av brukerne nevnt som en viktig innfallsvinkel for å skape endring. Manglende aktivitets- eller behandlingstilbud på institusjon, gir ikke nødvendig opplevelse av progresjon og endring av tilværelsen. Det kan lett føre til kjedsomhet.

For å sikre tilpassede tilbud er det viktig å kartlegge, utrede og behandle «hele mennesket» med fokus på ressurser og problemer. Fysisk og psykisk helse, bolig og boevne, arbeid og fritid, sosiale relasjoner og nettverk ble av fagfolk fremhevet som viktige områder å kartlegge. På rådslaget ble det fremhevet at utredning knyttet til kognitive utfordringer, psykiske lidelser og somatisk helse ikke blir gjennomført for alle som har behov for det.

Rusinntak når man er i behandling eller bor på en rusfri rehabiliteringsinstitusjon medfører i en del tilfeller utestengelse eller utskrivning. Flere av de som hadde opplevd dette, har forståelse for at institusjonstilbudene må være rusfrie, men understreket at det er viktig å få flere sjanser ved tilbakefall, enten via avrusingstilbud eller ved at man kan fortsette behandling/rehabilitering når man er nykter igjen.

«Men min erfaring i det siste er at selv om det finnes plasser for rehabilitering så faller vi over femti ofte utenfor. Vi er en gruppe det blir mange flere av, og tilbudet bør være bedre. For eksempel er én grunn til at flere ikke orker å reise på institusjon at det ofte er så stor aldersforskjell på de som er innlagt. (...) Det å stå i en kø når problemene bare vokser er ikke noe god erfaring. Hva med å prøve å holde de som står på venteliste litt oppdatert, med en telefon eller et brev?» (Intervju bruker)

Flere pårørende etterspør mer bruk av tvang. Foranledningen til dette er ofte mange tidligere behandlingsavbrudd og/eller overdoser. En gjennomgang av tvangsbruk innen rusfeltet (nå Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 10.2, tidligere Lov om sosiale tjenester § 6-2) viser at denne lovbestemmelsen benyttes i økende, men begrenset grad i Norge, samt at omfanget av tvangsbruk varierer betydelig i landets bydeler/kommuner (Lundeberg 2014). Dette skyldes blant annet lokale forskjeller som ulike holdninger til tvang, varierende kunnskap om regelverket, samarbeidsrelasjoner i tiltakskjeden, ressursproblemer, tilgang på behandlingsplasser og tidligere erfaringer med tvangssaker (ibid). Studier viser også til store kjønnsforskjeller, spesielt i de største byene. Til tross for at det er langt flere menn med alvorlig ruslidelse i befolkningen, vises det at majoriteten av denne type tvangstiltak, rettes mot kvinner (ibid og Opsal 2013).

«Hver gang jeg har vært på tvang har jeg hatt mer overdoser, det blir mer motstand i meg. Noen tar avgjørelser for deg, uten at de kjenner deg, og du får ikke sagt din mening. (...) Når jeg slo meg til ro etter ett par måneder, var det to uker som gikk bra, så ble jeg skrevet ut fordi de avbrøt tvangen. Da hadde jeg kanskje trengt tvang. Jeg har prøvd frivillig tvang, men stikker du av tre ganger blir du kastet ut.» (Intervju bruker)

I desember 2016 kom Helsedirektoratet med en ny veileder om tvang overfor personer med rusmiddelproblemer. Veilederen tar sikte på å bidra til mer enhetlig og riktige bruk av tvang. Det er viktig å påse at ansatte har tilstrekkelig kompetanse om de nye bestemmelsene, og at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen styrkes for å sikre at tvang blir brukt slik forutsatt.

5.3 Sammensatte tjenester

Sammensatte tjenester	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Alle bør ha et hjem, også under behandling. Booppfølging og etablering av ferdigheter for å mestre hverdagen. Sosialt nettverk, arbeid, aktiviteter, besøksvenn for å forhindre ensomhet.	Bydelstilhørighet i annen bydel enn der man ønsker å bosette seg. Belastede og utrygge bo- og nærmiljø. Manglende ettervern/oppfølging etter behandling. Ensomhet.
Pårørende	Fokus på mestring av hverdagsliv. Personlig egnethet og kontinuitet i oppfølging av samme personer. Ambulante tjenester. Dialog, samarbeid og ansvarsgruppemøter.	Manglende etterverntilbud etter behandling, også etter tvangs behandling. Ikke tilstrekkelig kompetanse.
Fagfolk	Tilgang til gode/trygge boliger. ACT/FACT team, ambulante tjenester. Planlegge rehabilitering/ettervern ved innleggelse. God kommunikasjon og samarbeid.	Manglende beslutningsmyndighet på samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter. Manglende utarbeidelse og bruk av Individuell plan.

«Det å klare å bli rusfri er enklere enn det å komme inn i samfunnet. Det er behov for mer fokus på normalisering etter behandling.» (Rådslag)

5.3.1 Overganger

Oppfølging i etterkant av behandling i institusjon eller fengsel er avgjørende for at den enkelte bruker skal videreføre og styrke det han/hun har oppnådd. For å skape gode overganger mellom behandling i spesialisthelsetjenesten, fengsel og kommune, bør tjenesteapparatet i kommunen være involvert under behandling/fengselsoppholdet for å planlegge tiltak i etterkant av oppholdet. Dette bør begynne allerede ved innleggelse/innsettelse.

Mange som er i behandling i TSB eller er i fengsel har ikke bolig stående klar når de er ferdig behandlet eller ferdig med soning (Kriminalomsorgen 2016). Brukere forteller at det skal lite til for at de resultatene de har oppnådd gjennom behandling brytes ned og at risiko for at man søker tilbake til rusmisbruket er stort dersom man blir skrevet ut til «ingenting». Det ble stilt spørsmål om man er utskrivningsklar fra TSB dersom man ikke har bolig. Det ble også stilt spørsmål om i hvilken grad pasienten er med å avgjøre når han/hun er ferdigbehandlet.

«Forrige gangen jeg var i behandling kom jeg rett fra felleskap i behandling og ble plassert i kommunal bolig som lå i en belastet blokk. Boligkontoret plasserte meg sammen med andre som var i rus, noe som gjorde at jeg falt tilbake til rusen. Jeg synes det burde vært mer fokus fra hele hjelpeapparatet på at folk skal få ettervernsleilighet.» (Intervju bruker)

På rådslaget fremkom at informasjon om utskrivning av pasient i en del tilfeller kommer for sent, og det er således ikke mulig å tilrettelegge for nødvendige tiltak. Gjennom forskrift om utskrivningsklare pasienter blir ansvar for samarbeid under behandling beskrevet. Spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for vurdering av når pasient er utskrivningsklar. I forskriften er det ikke tydeliggjort hvilken rolle pasient og kommune har til å innvirke på beslutning om utskrivning. Behandlende personal i spesialisthelsetjenesten skal gjennom kartlegging og behandling vurdere hvilke behov pasient har for kommunale tjenester i etterkant av behandling.

KS og Kunnskapssenteret har gjennom et læringsnettverk om gode pasientforløp oppsummert at hindringer for gode pasientforløp knytter seg både til det organisatoriske skille mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og tjenestene i kommunene, kompleksiteten i organisering og samhandling innad i tjenestene på samme nivå og mangel på oversikt over kommunale tjenester (KS og Kunnskapssenteret 2016). Tydelig ansvarsfordeling, samtidighet i tjenestene, dialog, gjensidig respekt og utadrettet spesialisthelsetjeneste er faktorer som kan bidra til gode pasientforløp (ibid). Brukerstyrte senger i kombinasjon med polikliniske tjenester kan være hensiktsmessig for å sikre gode pasientforløp.

Det fremkommer både fra intervjuer med brukere og i rådslaget at mer samarbeid mellom fengsel og kommunale tjenester er nødvendig for å sørge for at den enkelte får gode tilbud etter løslatelse.

I Oslo kommune er det utarbeidet booppfølgingsrutiner fra institusjon til bolig. Disse skal sikre at innflytting planlegges, og at bruker får nødvendig oppfølging i overgangen mellom institusjon til bolig.

5.3.2 Booppfølging

For personer i aktiv rus kan booppfølging være nødvendig for å bidra til at bruker beholder boligen. «Housing first» er en tilnærming som bygger på at alle har rett til en bolig, og det er brukers behov og ønsker som legges til grunn for den oppfølgingen den enkelte får. I evalueringen av Housing first fremkommer at det i flere av forsøkskommunene er vanskelig å skaffe boliger gjennom det private markedet, og i flere av kommunene ble deltagerne kun bosatt i kommunale boliger (Snertingdal 2015). Evalueringen viste at oppfølgingen den enkelte får kan bidra til å sikre at beboer beholder boligen. Skadereduserende tilnærming viser seg viktig, men balansegangen mellom dette og en recoverybasert tilnærming kan være utfordrende. Mangel på aktivitet, sosial isolasjon og ensomhet er problemer for mange av deltagerne (ibid). Ulike inntaksrutiner gjør det utfordrende å vurdere måloppnåelse i form av bostabilitet. Flere av deltagerne har over tid bodd stabilt i boligen, noen har fått

naboklager og noen har blitt kastet ut (ibid). Bydel Gamle Oslo og Grünerløkka er i gang med å etablere Housing first-team.

Innretningen for booppfølging i bydel eller av VEL bygger på mange av de samme prinsipper og metoder som Housing first. Bydel St. Hanshaugen benytter elementer av denne metodikken i sine spesialiserte botilbud. Evaluering av booppfølgingsteamet i VEL viser at brukerne får et variert og helhetlig tilbud i tråd med den enkeltes behov og at tilbudet er med å skape stabilitet og trygghet (Sælør 2017).

«Boligbrua og Værestedet er fine tiltak. Det er bra å bli sett. Man tenker litt mer over hvem man slipper inn i leiligheten og at man må skjerpe seg litt i forhold til renhold i leiligheten. Jeg skjerper meg litt med rusinntaket fordi jeg ønsker å fremstå bedre. Jeg får hjelp med leiligheten min og det er fint at ansatte kan låse seg inn. Dette er en trygghet for meg. Det er fint å få mat og omsorg av ansatte på Værestedet. (...) Man kan ikke få alt servert og det er bra at man må gjøre ting selv. Personalet der er veldig tilgjengelig og dette er en ekstra trygghet.» (Intervju bruker)

Bydel St. Hanshaugen har 25 samlokaliserte boliger med bemanning og noen spredte boliger med ambulante oppfølging for personer med rus, psykiske lidelser og adferdsutfordringer, som ikke har klart å nyttiggjøre seg av tilbudene i Velferdsetaten. Dette er ikke institusjons-plasser, men varige og tilrettelagte boliger hjemlet i husleieloven. Andre bydeler kan kjøpe plasser her.

Flere brukere fremhevet betydningen av at han/hun har en person som de kan ta kontakt med og som de har en god relasjon til. Det er viktig å tilpasse oppfølging til den enkeltes behov. Noen har behov kun for regelmessig besøk/oppfølging med mulighet for å kontakte oppfølger ved behov, mens andre har behov for bosted i samlokaliserte boliger med personalbase.

Gjennom rådsrådet ble det understreket at enkelte vil ha behov for booppfølging for en periode for å få en god overgang og sikre gode rutiner for å leve selvstendig liv med mål om rusfrihet/ruskontroll. Andre vil ha behov for booppfølging over lengre tid, der målet er en stabil bosituasjon uavhengig av rusinntak. Atter andre vil ha behov for faste rammer over tid, med enkel tilgang til personalbase.

Gjennom innspillene fremkom behov for mer bruk av kunnskapsbaserte metoder for booppfølging, der det også ble fremhevet at booppfølging både må tilbys etter på kveldstid og helger samt at det må arbeides for at brukere tar del i aktiviteter og blir en del av nærmiljøet.

5.3.3 Arbeid og aktivitetstilbud

Brukere, pårørende og fagfolk er alle enige om at aktivitet, arbeid eller utdanning er viktig (jfr. kap. 3.2). Som tidligere beskrevet vurderer ansatte at svært mange mangler et reelt tilbud. Enkelte vil ha behov for aktivitetstilbud, mens andre ønsker ordinært eller tilpasset arbeid.

I Oslo blir Individual Placement and Support (IPS) - individuell jobb-støtte, prøvd ut i flere bydeler og ved MAR Oslo poliklinikk. IPS er en kunnskapsbasert oppfølgingsmetode som går ut på å hjelpe personer med rusproblematikk til å komme i, og beholde ordinært, lønnet arbeid. Det vil være viktig å følge opp denne satsingen og vurdere om IPS bør integreres som tilbud i alle bydeler. Andre har behov for aktivitetstilbud, både for samtaler, mat og sosialt samvær. Dette blir ytterligere drøftet i kapittel seks.

5.3.4 Brukere med behov for samtidige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste

Flere kartlegginger de siste årene har konkludert med at det finnes en gruppe personer som på grunn av aktiv rus, psykisk lidelse, ofte både psykoselidelse og personlighetsforstyrrelse og utfordrende/ustabil adferd er «vanskelig bosettable». Disse mottar mange kommunale tjenester og veksler mellom opphold på institusjoner og akutt-plasser i Velferdsetaten, kortere og lengre opphold på psykiatriske avdelinger, vagabondering, fengselsopphold og bolig i bydel. Arbeidet rundt disse er gjerne preget av at løsning av akutte behov gjøres på bekostning av varige løsninger. En del av denne gruppen har forhøyet voldsrisiko ved rusinntak. En del har

status som utilregnelige og har oppfølging fra politiets psykiatrigruppe. Eksisterende samarbeidsutfordringer blir ekstra krevende fordi brukers evne og vilje til samarbeid kan være begrenset.

Spesialisthelsetjenesten erfarer at det er store forskjeller mellom hvordan de ulike bydelene samarbeider om disse pasientene, og hvilken kompetanse og tilbud de har. Ved utskrivning fra døgninstitusjon i spesialisthelsetjenesten er det ofte uenighet mellom bydel og sykehus på hvilket omsorgsnivå tjenester bør etableres. Det kan være en utfordring at sykehus foreslår ulike typer tvang eller begrensende tiltak som det ikke finnes lovverk til å etablere på kommunalt nivå. Det kan også være uenigheter mellom ulike nivåer i spesialisthelsetjeneste (døgnavdelinger og poliklinikker) om både diagnoser, prognoser og oppfølgingsnivå.

FACT-team er etablert i bydelene i Lovisenberg sektor (Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen). Bydel Sagene har etablert FACT-team. Andre bydeler, f. eks. Stovner, har etablert rene kommunale ambulante team som samarbeider tett med ambulante team med utspring fra DPS.

Utfordringen i bosettingsarbeidet er at samlokalisering ofte vil være nødvendig for å oppnå mest mulig effektiv bruk av personalressurser og det er nødvendig på grunn av behov for tett tilsyn av sikkerhetsmessige grunner. Samtidig er samlokalisering med på å skape uro i bo- og nærmiljøet.

De fleste bydeler har gitt tilbakemelding til Velferdseten at det er for krevende å etablere egne boløsninger for denne gruppen. Velferdsetaten er gitt i oppdrag å etablere «Samhandlingshus». Målet er at samhandlingshus er etablert og klar for innflytting høsten 2018. Det er imidlertid begrenset antall plasser, og ett samhandlingshus vil ikke dekke dagens behov for målgruppen.

Noen bydeler har i samarbeid etablert egne tiltak for denne gruppen. Bydelene i Lovisenberg sektor (bydelene St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka) har etablert egne tiltak i Schandorffsgate og Brenneriveien. De samme bydelene samarbeider med Groruddalsbydelene om å utvikle nye metoder for bosetting i egen bolig med ambulant oppfølging. En viktig driver i dette samarbeidet er nedbygging av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten som fører til at flere skal bosettes på kommunalt nivå. Bosetting har vært løst med å etablere egne døgnbemannede tiltak eller kjøp av døgnbemannet omsorgstilbud av private tilbydere. Dette er svært kostnadskrevende, og bydel har derfor vært avhengig av å utvikle alternative løsninger. I utvikling av framtidens boløsninger må ivaretagelse av samfunnsvernet vektlegges. Det må ses på hvordan bydel, politi og spesialisthelsetjeneste kan samarbeide tettere innenfor dagens lovverk.

Under rådslaget ble det foreslått å etablere ACT-team eller FACT-team i alle bydeler eller sektorer for å nå personer med alvorlig psykiske lidelser og problemfylt bruk av ett eller flere rusmidler. Begrunnelsen for dette er å skape «en dør inn» for brukere, der kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste er samorganisert og samlokalisert, det være seg fastlege, NAV, ruskonsulent og DPS. Evaluering av ACT-team i Norge viser at brukerne har en bedring på flere områder i løpet av en to-års periode, det er færre uten fast bopel, flere med stabil økonomi og signifikant bedring når det gjelder symptombelastning (Ruud 2014). Antallet innleggelses og antall personer som har vært innlagt er omtrent det samme som før inklusjon i ACT-behandlingen, men antall oppholdsdøgn er sterkt redusert (ibid). Nærmere 90 prosent av kontakten med brukerne skjer hjemme hos bruker eller i lokalsamfunnet, og intensjonen bak dette er blant annet å etablere kontakt med aktiviteter og/eller arbeid i nærmiljøet.

5.3.5 Tannbehandling

Tannbehandling er et tilbud for rusmiddelavhengige i rehabiliterings- eller omsorgsinstitusjoner og brukere i MAR Oslo, som er i helseinstitusjon eller LAR. Tilbudet er finansiert gjennom statlige tilskuddsmidler. Tannhelsetjenesten i Helseetaten samarbeider med Velferdsetaten om å organisere tannhelsetilbudet. Det kreves henvisning enten fra bydel, akutt- eller korttidsinstitusjonene i Velferdsetaten eller feltpleietjenesten. Tilbudet er åpent på fredager. Tannbehandling trekkes ofte frem i intervjuene med brukere. Gjennom langvarig bruk av narkotika, har mange dårlig tannhelse.

«Jeg ønsker å få ordnet tennene. Jeg har tannlegeskrekk og må i narkose. Det er vanskelig å komme seg av gårde. Det er flaut å ikke ha tenner, det plager meg hver dag.» (intervju, bruker)

I Opptrappingsplanen for rusfeltet fremgår at tannbehandling er viktig både for sosial omgang og for å oppnå verdighet og det trekkes frem at det er med på en generell forbedring av helsesituasjonen til den enkelte. En undersøkelse gjennomført av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst viser at ca. 95 prosent av personer med rusmiddelproblemer som fikk vederlagsfri tannbehandling, oppgav at dette hadde veldig stor eller stor betydning.

5.3.5 Legemiddelassistert rehabilitering

LAR	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Gode relasjoner, sosialt nettverk og bedre psykisk helse. Pasienten deltar i diskusjon rundt valg av medikament. Hjelp til nedtrapping/avslutning av LAR medisiner om man ønsker det.	Opplevelse av at LAR kun er opptatt av medikamentet. Kontrollregime rundt utlevering. Ærlighet om sprekk/bruk av rusmidler bør ikke få konsekvenser for henteordning.
Fagfolk	Hjelp til å avslutte behandling i LAR for de som ønsker det.	Manglende tilbud om rehabilitering, arbeid/aktivitet.

LAR er tverrfaglig spesialisert behandling der substitusjonsbehandling inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Behandlingen i LAR organiseres som et trepartsamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, NAV og fastlegen, samme med pasienten. LAR er ikke bare behandling med medisiner. Rehabiliteringen skal være et tilbud som omfatter sosial-, økonomisk- og arbeidsrettet rehabilitering. I LAR-forskriften er det bestemt at det er spesialisthelsetjenesten som skal ha ansvar for innskrivning og gjennomføring av behandlingen. Alle helseforetakene er forpliktet til å opprette LAR-sentre, og pasientene har rett til vurdering for behandling i følge pasientrettighetsloven.

Det er stadig økende antall pasienter i LAR-behandling. Veksten i antall nye pasienter har avtatt gradvis de siste årene, og det ser ut som at tilbudet når frem til de fleste som ønsker slik behandling og har behov for det (Waal 2017). Overdosedødsfall i Norge er dessverre fremdeles høye, men SERAF vurderer at det er mulig at man nærmer seg en grense for hva som kan oppnås i forhold til å forhindre overdosedødsfall ved hjelp av LAR. Noe av dette kan skyldes at dødsfallene i redusert grad skyldes bruk av heroin og i økt grad bruk av ulike legeforskrevne opioider, særlig når dette skjer sammen med benzodiazepinforskrivning (Waal 2016). Statusrapporten viser til at det er økt sykkelighet blant de som kommer i LAR, og konkluderer med at samarbeidet med psykiatriske og somatiske avdelinger bør styrkes (Waal 2017).

Flere brukere vi snakket med var opptatt av det flere kalte «kontrollregimet» i LAR. Flere opplevde at avlegging av urinprøver samt regler knyttet til henteordning var unødig vanskelig og strenge. Enkelte opplever kontrollregimet som et overtramp, og mener at de bør bli vist tillitt ved en mer fleksibel henteordning. Det er også flere som mener at LAR i overveiende grad handler om medisiner, og ikke rehabilitering.

«LAR er for meg rehabilitering, men du får medisinerne du skal ha og så er det ikke noe mer. Det kunne gjerne vært bedre oppfølging. Jeg har ikke snakka med noen i LAR på mange år, uten om det siste halvåret hvor jeg faktisk har hatt tre møter. Før det var det sikkert fem år siden sist. De setter oss på medisiner og så blir det nesten forventet at du skal gå på det resten av livet. Nå har jeg gått på medisiner siden 2001, og jeg hadde ikke sett det for meg når jeg begynte at jeg skulle gå på det så lenge.» (Intervju bruker)

Flere opplevde at det er enkelt å komme inn i LAR, men de etterspør hjelp til å slutte med medikamentell behandling. Også fagfolk mener det er nødvendig å ha tjenestetilbud for pasienter som ønsker å avslutte behandling i LAR. Brukerne er opptatt at rehabilitering må styrkes, der bolig, arbeid, aktivitet, sosialt samvær er viktige og avgjørende komponenter for kvalitativt gode liv.

«Det må følge bolig i rehabiliteringsplanen. Bolig er så viktig. Jeg er så takknemlig for å ha bolig. De som har vært rusfri i fem år, de må ikke bo sammen med en som ruser seg - og det bør ikke barnefamilier heller. Man må dele opp kommunale boliger. Ønsker flere Villa MAR – et rusfritt sted, på dagtid, med mulighet for behandling og oppfølging og som kan bidra til nettverk. Viktig å kunne delta på ordinære arenaer. Kanskje vi kan jobbe mer som frivillige?» (Intervju bruker)

En brukerundersøkelse gjennomført av ProLAR i samarbeid med Seraf viser at mange LAR pasienter opplever ensomhet, sliter med lite sosial kontakt og tilhørighet (Brun 2016). De fleste brukerne som er spurt i ProLAR sin undersøkelse opplever LAR-systemet som lite fleksibelt, mange ønsker at de blir hørt i større grad enn i dagens ordning (ibid). Undersøkelsen tydeliggjør behovet for å legge til rette for deltagelse og inkludering. Det bør også vurderes om brukeres ressurser kan benyttes i frivillig arbeid.

5.4 Fremtidig behov for kommunalt tiltaksapparat

Velferdsetaten har gjennomført behovskartlegginger for å definere behovet for fremtidige institusjonsplasser. Innspill fra bydeler, VELs fagfolk og samarbeidspartnere har fremkommet i forbindelse med utarbeidelsen av Institusjonsplan for rusomsorgen (2016), årlige samarbeidsmøter med bydel, i forbindelse med rådslagene til denne meldingen og i forbindelse med anskaffelser de siste årene. VEL har dessuten god oversikt over hvordan etterspørselen etter de ulike tilbudene har utviklet seg over tid (Velferdsetaten 2016). Ut fra dette, og med innspill fra brukere, pårørende og fagfolk synes det som at det er bred enighet om at det er viktig at VEL beholder og videreutvikler tilbud til:

- Personer med sammensatte problemer: Rus/psykiske lidelser/vold¹⁹
- Eldre rusavhengige med store helseutfordringer og omsorgsbehov
- Rusfrie etterverns-/rehabiliteringstilbud etter behandling i spesialisthelsetjenesten
- Akutt- og korttidsinstitusjoner
- Egne tilbud til unge/unge voksne²⁰
- Egne tilbud til kvinner

Premisset om at flere skal bosettes på bydel og antallet institusjonsplasser reduseres er det imidlertid delte meninger om. Det avhenger av hvem man spør. I rådslaget uttrykte mange fagfolk bekymring for at det ikke vil være tilstrekkelig institusjonsplasser, og at det ikke finnes nok ressurser i bydelene til å gi forsvarlig tilbud til mange som i dag bor på institusjon. Det er også gjennomgående lett å få svar på hva VEL skal prioritere opp, men få tilbakemeldinger på hvilke målgrupper VEL kan redusere tilbudet til. Enkelte bydeler har ønske om å bygge opp enkelte tjenestetilbud selv, mens andre mener at spesialiserte tilbud bør bygges opp/driftes av VEL. Noen stilte spørsmål ved om det er hensiktsmessig at flere bydeler inngår samarbeid med å bygge opp institusjonslignende tilbud, istedenfor at slike tilbud er byomfattende. Deltagerne ved rådslaget var i all hovedsak enige om at booppfølging bør og kan gjennomføres av den enkelte bydel.

Finansiering

Finansieringen av VELs institusjonsplasser gir noen utfordringer. Institusjonsplassene er i stor grad ramme-finansiert og med en lav bydelsbetalingsandel. Prinsippet om lav bydelsbetaling har vært viktig for at bydelene skal benytte tjenestetilbudet, der intensjonen bak lik pris er at brukernes behov skal være styrende for hvilke tilbud som blir benyttet. Det er imidlertid et stort sprang i bydelenes kostnader ved bruk av tilstøtende tjenester som f.eks. sykehjem, booppfølgingstjenester. VEL har noen plasser som retter seg mot særlig kostnadskreven

¹⁹ I denne gruppen finnes flere gjengangere, dvs. personer med 10 eller flere tiltak/inntak i VEL i løpet av ett år

²⁰ Det ikke finnes noe eget akutttilbud til de under 24 år. Unge voksne med samtidig rus og psykiske lidelser har behov for eget tilbud i det kommunale tiltaksapparatet. Særlig overfor unge og unge voksne er det viktig å ha rusfrie så vel som tiltak for de i aktiv rus.

brukere med sammensatte problemer. Det er høyere bydelsbetalingssats for disse plassene. Det kan synes som at det er varierende betalingsvilje i bydelene for å bruke disse plassene. Som følge av dette blir enkelte brukere boende i tiltak som ikke i tilstrekkelig grad gir oppfølging og hjelp i tråd med brukers behov.

Det er viktig å vurdere ulike løsninger for å sikre at brukere i større grad bosettes i bydel og får nødvendige tjenester som sikrer bostabilitet. For å lykkes med dette er det viktig at bydelene får incentiver som fører til økt bosetting og oppfølging i bydelene, og som bidrar til at det helhetlige tilbudet til brukere blir kvalitativt forbedret. De to økonomiske virkemidlene som kan bidra til dette er en planmessig omfordeling av bevilgninger mellom etater og bydeler og en forhøyet bydelsbetaling, jfr Velferdsetatens rapport om bydelsbetalingen av 1.6.2016.

5.5 Overdoseforebyggende arbeid

Feltpleie, utdeling av brukerutstyr, sprøyterom og LAR behandling har blitt etablert for å forebygge overdoser. I Oslo er også LASSO (lavterskel substitusjonsbehandling i Oslo) etablert, der man i løpet av 24 timer kan få oppstart på Suboxone.

Gjennom den nasjonale overdosestrategien (2014-2017) der Oslo er en av forsøkskommunene, fokuseres det blant annet på Switch-kampanjen. Her motiveres brukere til å gå over fra å injisere til å røyke heroin. Fire av fem overdosedødsfall skyldes injisering av opioider, mens det er lav dødelighet knyttet til røyking av heroin (Folkehelseinstituttet 2016). Arbeid med å få flere brukere til å endre bruksmønster kan antas å forebygge overdoser og dødsfall. I tillegg forårsaker injisering mange alvorlige infeksjoner, som HIV og hepatitt B og C. Ved svekket allmenntilstand øker overdosefaren.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for pasientsikkerhetskampanjen, som innebærer økt fokus på farene ved å bruke narkotika etter soning og behandling. Kampanjen har utarbeidet overdosekort med informasjon om overdosefare og livreddning som det blant annet informeres om til innlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten og gjennom løslatelsessamtaler fra enkelte fengsler. Målet er at antallet overdoser skal reduseres blant annet gjennom pasientsikkerhetsprogrammet.

Gjennom den nasjonale overdosestrategien (2014-2017) har Oslo fått midler til en stilling som skal arbeide med opplæring, kartlegging og kompetanseutvikling for at flere skal ha kompetanse innenfor overdoseforebyggende arbeid.

Rapporten «Open Drug Scenes and Overdose mortality (Waal 2010) omhandler åpne russcener og overdosedødsfall. I følge rapporten har oppløsning eller en spesiell innsats overfor åpne russcener en overdoseforebyggende effekt. Dette gjennom en kombinasjon av helse, sosial og kontrolltiltak som lavterskel substitusjonsbehandling, oppfølging av brukere på lavterskeltiltakene og tilstedeværelse av politiet for å forhindre nyrekruttering i alle aldre. En rekke av ovennevnte tiltak er det fokusert på i sentrumsarbeidet, dette blir nærmere omtalt i kapittel seks.

Aktuelle instanser blir varslet ved sterk heroin eller høy grad av overdosering. Dette for å informere brukerne, samt at ansatte er oppmerksom på farene. Pr. i dag vurderes i liten grad overdoser å være innenfor opplysningsplikten til NAV i henhold til fare for liv og helse. Det bør vurderes om dette er innenfor taushetsplikten, slik at kommunale aktører og spesialisthelsetjeneste blir varslet ved overdoser. Videre er det helt nødvendig å vurdere hvordan pårørende blir varslet og ivaretatt ved overdosedødsfall.

«Altfor mye ansvar overlatt til pårørende. Brutte og glemte løfter fra

SERAF har utviklet et prøveprosjekt med utdeling av nalokson neseppray, for å forebygge opiodoverdoser. Det arrangeres opplæring i bruk av neseprayen for brukere, pårørende, helsepersonell, ansatte i fengsel, sosialfaglig personell og fagfolk som arbeider gatenært. I tillegg får alle opplæring i livreddende førstehjelp.

hjelpeapparatet. Pårørende overlatt til seg selv etter beskjed om overdosedødsfall. Jeg mener det bør kunne kalles ut et kriseteam i slike tilfeller også.» (Intervju pårørende)

Oslo kommune bør sette i gang et overdoseforebyggende arbeid med spesielt fokus på yngre brukere av narkotiske stoffer, da de yngste er vanskeligere å nå gjennom nåværende lavterskeltak for personer med rusmiddelproblemer. Dette kan blant annet gjøres gjennom en utvidelse av Ungdom og Rus ved Legevakten. Det bør også vurderes om oppfølgingen etter overdose er tilstrekkelig, eller om det er behov for tverrfaglig helse- og sosialfaglig oppfølging. Brukerstyrte senger med tilgang til psykososiale tjenester kan være en måte å tilrettelegge en slik oppfølging på (Gjersing 2011). I rapporten der dødelige overdoser i Oslo ble gjennomgått, fremkommer forslag til tiltak for å redusere antall overdoser (ibid). Overordnet plan for overdoseforebyggende arbeid med fokus på samarbeid og samordning mellom bydel, etater og spesialisthelsetjeneste er noen av forslagene.

5.6 Anbefalinger – behandling, rehabilitering og sammensatte tjenester

- Oslo kommune bør øke antall kommunale utleieboliger og benytte innovative metoder for å fremskaffe flere private utleieboliger. Det bør være lik tilgang til bolig uavhengig av bydelstilhorighet. Det er ønskelig at boligene for målgruppen spres, for å sikre gode bo- og nærmiljø.
- Flere brukere skal bo i egen egnet bolig, og ved behov tilbys tilpasset booppfølging. Det bør utarbeides kvalitetskriterier for booppfølging basert på kunnskapsbaserte metoder. Booppfølging kan gis i samlokaliserte boliger med bemanning, «satellitt-boliger» tilknyttet oppfølgingsteam eller i selvstendige boliger med oppfølging.
- Arbeids- og aktivitetstilbudet er ikke tilstrekkelig. Sammen med næringslivet og frivillig/ideell sektor bør kommunen bidra til at alle får tilrettelagte tilbud om arbeid eller aktiviteter basert på den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter.
- Det er viktig at den enkelte får rett behandling til rett tid ut fra brukers behov og ønsker. Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg, kommune, frivillig og ideell sektor bør styrkes, for å sikre sammenhengende tjenester. Koordinator eller kontaktperson i bydel et særskilt ansvar for dette.
- Antall kommunale institusjonsplasser skal reduseres og tilpasses personer med særskilte utfordringer. Prioriterte grupper vil være personer med dobbeltdiagnoser og atferdsutfordringer og eldre med somatiske tilleggspolmer. I tillegg må tilbudet fortsatt omfatte akutt- og korttidsplasser, samt egne plasser for kvinner. Institusjonene bør ha begrenset størrelse tilpasset målgruppens behov.
- Det bør etableres forsterket booppfølging for unge/unge voksne for å forebygge utilsiktede institusjonsopphold og som tilbud i etterkant av behandlingsopphold. Det er viktig å opprettholde antall institusjonsplasser tilpasset unge/unge voksne med omfattende utfordringer.
- Samarbeidet mellom Oslo kommune og de fire helseforetakene i Oslo bør baseres på operative samarbeidsavtaler for å sikre likere og mer forutsigbar samhandling. Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten må være likeverdige samarbeidspartnere for å sikre at alle får rett hjelp til rett tid. I et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen bør det etableres ambulante tjenester i alle bydeler/sektorer og det bør tilbys brukerstyrte plasser.
- Det anbefales at Oslo kommune utarbeider en overordnet plan for systematisk overdoseforebyggende arbeid. Satsingene må integreres i bydelenes planverk. Samarbeid og dialog mellom kommunen, kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten må styrkes i det overdoseforebyggende arbeidet.

6 Tilbudene i Oslo sentrum

Oslo har i inngangen til 2017 667 000 innbyggere. De siste ti årene har kommunen vokst med over 100 000 innbyggere. I Norge defineres en storby som en by med over 50.000 innbyggere. Dersom man legger denne definisjonen til grunn, vil fem av bydelene i Oslo oppfylle en slik definisjon, mens tre bydeler mangler ett par tusen innbyggere før de når dette antall innbyggere. Oslo betegnes som en storby i europeisk målestokk, og benytter erfaringer fra andre europeiske storbyer for å utvikle tiltak i henhold til problematikk som kommer i kjølvannet av å være en storby.

Narkotikabruk sees ikke lenger kun som et storbyfenomen, fordi narkotika er tilgjengelig i hele landet. Oslo står likevel i en særstilling på grunn av den konsentrerte omsetningen og bruken av illegale stoffer (St.meld. 30 (2011-2012)). Oslo har en rekke storbyutfordringer, blant annet med åpne russcener i Oslo sentrum i nærheten av lavterskeltiltak, som også mange uten Oslo-tilhørighet oppsøker. Mens det var omfattende åpenlys bruk og injisering av illegale rusmidler da rusmiljøet var på Jernbanetorget og Christian Fredrik Plass, er det tyngste rusmiljøet i Brugata/Storgata i større grad preget av omsetning av illegale rusmidler. Inntak av rusmidlene, herunder injisering, skjer i større grad mer skjult, både utendørs og ved bruk av sprøyterommet. Typisk for de geografiske områdene rusmiljøene har hatt tilhold i de senere år, er nærheten til lavterskeltilbud i Oslo sentrum

Dette kapittelet skal gjennomgå de ulike tilbudene som tilbys rusmiddelavhengige og andre med spesielt krevende livssituasjon i Oslo sentrum for å se på om de er tilstrekkelig godt sammensatt. I rapporten defineres lavterskeltiltak som «steder som er lett tilgjengelig, der man får rask hjelp uten henvisning» (Helsedirektoratet: 2010). Oslo sentrum defineres som området fra Majorstua til Tøyen. Sentrumstiltak defineres dermed som de ulike tilbudene i sentrum som tilbys rusmiddelavhengige og andre med spesielt krevende livssituasjon (Bystyrets vedtak i sak 111/16). Kapittelet vil også se på muligheter for omorganisering av tjenestene og om flere oppgaver bør legges til bydelene utenfor sentrum.

6.1 Personer med rusmiddelproblemer og andre med spesielt vanskelig livssituasjon i Oslo sentrum

Det finnes ingen fullstendig oversikt over omfanget av personer med rusmiddelproblemer og andre med en spesielt krevende livssituasjon som oppsøker Oslo sentrum²¹. Uteseksjonen rapporterer å ha hatt kontakt med totalt 2 043 ulike personer i 2016 hvorav 649 ulike personer ble registrert første gang. 1 434 ulike personer fikk oppfølging en eller flere ganger i 2016. Feltpleien ved Prindsen mottakssenter rapporterer om 686 ulike personer som har fått hjelp i 2016. De ulike lavterskeltiltakene drevet av frivillige/ideelle organisasjoner rettet mot disse gruppene opererer med anslagsvis 600 - 1 000 unike personer i løpet av 2016.

I rapporten «Brukere i Oslo sentrum» har Velferdsetaten undersøkt hvorfor brukerne av Prindsen mottakssenter oppsøker Oslo sentrum. Den viktigste grunnen de oppgir er for kjøp og salg av narkotika. 108 av 344 personer svarer at de kommer til Oslo sentrum for å kjøpe rusmidler, mens 52 personer oppgir at de er i sentrum for å hente brukerutstyr. Andre årsaker er å møte venner, jobbe, selge og kjøpe rusmidler. Det er også en del brukere som bor i Oslo sentrum (Velferdsetaten 2016). Rapporten «De åpne russcenene i Oslo sentrum» (Velferdsetaten 2012) bekrefter at den viktigste årsaken til at personer med rusmiddelproblemer oppsøker sentrum er kjøp og salg av illegale rusmidler og hente brukerutstyr, i tillegg til å treffe kjente. Dette bekreftes gjennom intervju med brukere;

«Jeg vet ikke hva som finnes ute hos meg, men de fleste tingene er her i byen. Jeg drar inn til byen. Når det ligger i sentrum, er det enkelt for alle å nå det.» (Intervju bruker)

Det er også flere som nevner mulighet for å være anonym og tiltrekke seg lite oppmerksomhet, men dette er også en del av det som oppleves som utrygt for brukerne i miljøet.

²¹ Se vedlegg 4 for mer informasjon om hvor mange enkeltpersoner hvert tiltak nådde i 2016.

«Jeg føler meg ikke vel når jeg går forbi Guneriussen. Løper hvis noen roper navnet mitt. Vil ikke ha noe med det miljøet å gjøre for det gir meg ingenting. Det er lite bra i Oslo sentrum. Folk har steinmaske, ingen samtaler, alle har nok med sitt.» (Intervju bruker)

6.1.2. Sentrumsarbeidet

I juni 2011 iverksatte Oslo kommune handlingsplanen for sentrumsarbeidet. Handlingsplanen omhandler den åpne narkotikaomsetningen i Oslo sentrum og har som overordnet mål å bekjempe åpne russcener i Oslo. Bakgrunnen for handlingsplanen var de utfordringene og beskrivelsene av Oslo sentrum som nevnt ovenfor, som åpenlys omsetning og bruk av illegale rusmidler. Sentrumsarbeidet har sin faglige forankring knyttet til en gjennomgang av arbeid opp mot åpne rusmiljøer i fem storbyer (Waal 2011). Ifølge rapporten er følgende kriterier viktig for å lykkes:

- Kombinere kontrolltiltak og hjelpe- og omsorgstiltak
- Endre og gjensidig tilpasse rollene til politiet, hjelperne og brukerne
- Utvikle høy tilgjengelighet til lavterskeltiltak, som regel gjennom metadonprogrammer
- Stenge eller aktivt forhindre at åpne narkotikamiljøer får utvikle seg, og gjøre en varig aktiv innsats for at disse miljøene ikke skal blomstre opp igjen
- Bidra til at bruk og salg av narkotiske stoffer spres, i motsetning til at det skal foregå på konsentrerte områder
- Utvikle en grunnleggende aksept av brukerne, også dem som ikke evner eller vil stoppe bruken av ulovlige rusmidler
- Ikke tillate destruktiv atferd, og etablere dialog med brukerne som innebærer å sette krav til dem
- Nulltoleranse for ordensforstyrrelse, men likevel utvikle toleranse for brukerne selv og finne metoder for sameksistens mellom samfunnet og brukerne av illegale rusmidler.

På bakgrunn av Oslo kommunes handlingsplan for sentrumsarbeidet ble det startet opp et forum for samarbeid. Her møtes alle relevante aktører i Oslo sentrum annenhver uke: Politi, spesialisthelsetjeneste, frivillige/ideelle organisasjoner og brukerorganisasjoner samt kommunale instanser for å bedre koordinere arbeidet rettet mot personer som oppholder seg i sentrum og benytter ulike lavterskeltiltak. Det er økt tilstedeværelse av synlig politi og hjelpeinstanser i de aktuelle områdene. Det er et viktig mål å fange opp de yngste, samt å bidra til at unge og voksne fra andre kommuner får hjelp til hjemreise. Gjennom samarbeidet er det utviklet felles mål for arbeidet, med ulike roller og virkemidler. Aktørene formidler at samarbeidet fungerer godt og har bidratt til kompetanseheving. Sentrumsaktørene kjenner tjenestetilbudene bedre, og det er enklere å viderefremme brukere. Flere mener det har medført bedre helhetlig og samordnet tilbud til enkeltpersoner.

Utseksjonen sin sommertelling fra 2016 viser at rusmiljøet i sentrum hovedsakelig befinner seg i området Storgata/Brugata og i noen grad ved Akerselva/Vaterland. Gjennomsnittstallet fra tellingen har økt svakt i alle tre områdene fra 2015 til 2016.

Flere av deltakere på rådslaget sa at det fortsatt er behov for å besøke hverandres tiltak for å få mer innsikt, og at det vil være hensiktsmessig å hospitere hos hverandre. Bevisstheten blant aktørene på å koble på bydelens tjenester har blitt noe bedre, men her er tilbakemeldingene fra rådslaget at dette arbeidet bør systematiseres og forbedres.

Det er flere brukere som sier at situasjonen har blitt bedre for brukere av illegale rusmidler, blant annet ved å ha et trygt sted å injisere narkotika etter at Sprøyterommet ble etablert. Miljøet er imidlertid fortsatt tøft for de som er en del av det.

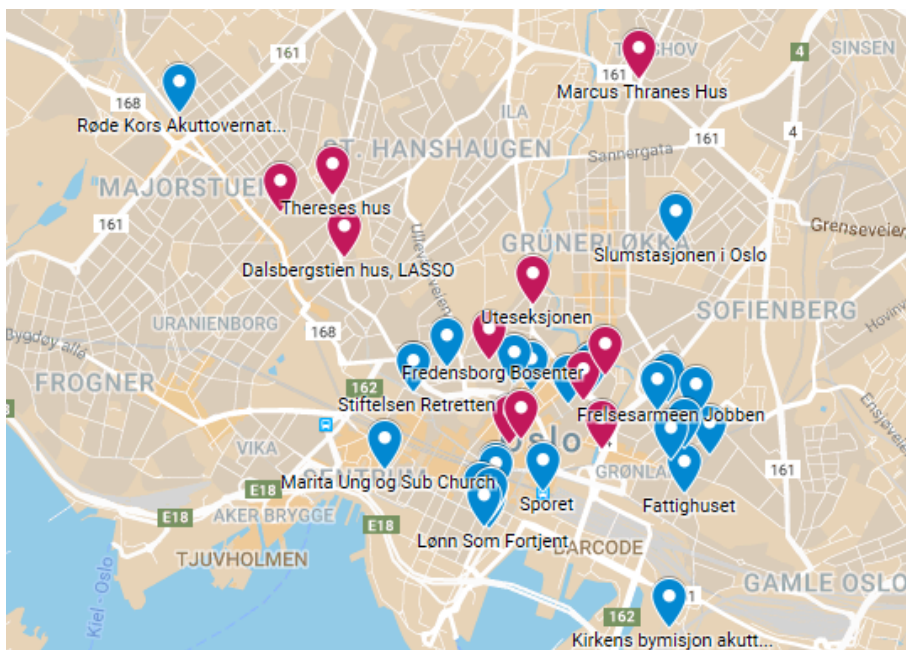
«Folk som ikke kjenner miljøet, tror kanskje det hyggelig, men det er det ikke! Viktig at de gjengene som ikke er bra og som truer folk ikke får lov til å bestå. Kanskje må det være mer politi?(...) Redd for at mange flere enn meg blir presset for penger når man får penger.» (Intervju bruker)

6.2 Lavterskeltiltak i Oslo sentrum

Lavterskeltiltak	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Brukere	Ivaretagelse av somatisk helse. Aktivitets- og jobbtilbud. Hjemreise med oppfølging. At alle arbeider mot samme mål.	Mange tjenesteutøvere, vanskelig å få oversikt.
Pårørende	Bli møtt og tatt på alvor. Tro på at folk kan få et bedre liv. Tilbud om støtte og hjelp etter overdoser og dødsfall. Bedre tilgjengelighet og fleksible åpningstider.	Det er mangel på oversikt over hvor pårørende kan henvende seg. Behov for samlokalisering av tilbud. Taushetsplikt.
Fagfolk	Ansvarliggjøre omkringliggende kommuner. Desentralisering av matservering, feltpleietjenester, utdeling av brukerutstyr og aktiviteter/arbeid og muligheter for sosialt samvær. Differensiering av tilbud for rusfrie og personer i aktiv rus. Samarbeid kommune og spesialisthelsetjeneste.	Brukerne oppsøker sentrum fordi lavterskeltiltakene er der. Samordning av tilbudene. Innsats særskilt rettet mot unge for å forhindre rekruttering. Manglende kompetanse og tiltak overfor minoriteter. Ensomhet og isolasjon.

6.2.1 Lokalisering og åpningstider

De fleste lavterskeltiltak i Oslo sentrum har personer som bruker illegale rusmidler og/eller alkohol som målgruppe. Et fåtall har rusfrie eller andre i spesielt krevende livssituasjoner som prostituerte og bostedsløse migranter som målgruppe. Som vi ser av kartet på neste side er de fleste tilbudene lokalisert i et begrenset område i Oslo sentrum. De fleste lavterskeltiltakene for brukere av illegale rusmidler er lokalisert i områdene Skippergata, Tollbugata, Storgata og Urtegata og få eller ingen er lokalisert i området Majorstuen. Det er få av disse tiltakene som ligger i ordinære bomiljøer.



Oversikt over frivillige/ideelle tilbud (blå) og kommunale tilbud (rød) i Oslo sentrum. I lenke nedenfor finner du fullstendig oversikt over tiltakene, målgrupper, innhold og åpningstider:

<https://drive.google.com/open?id=173kfneXcYFgo-4dq90OAwmB49tk&usp=sharing>

Når man ser nærmere på åpningstidene til de enkelte tiltakene, viser det seg at mange har åpent på dagtid og holder stengt i helger, samt helgedager, med unntak av julen. Det er overvekt av tilbud på dagtid i uken, spesielt blant de ideelle aktørene på feltet. Unntaket er Maritakafeen som har åpent fire kvelder i uka og Møtestedet som har åpent to kvelder i uka. Flere av de kommunale tjenestene har tilbud både i helgene og på kveldene.

Det kan være viktig å ha åpningstider som samsvarer med de kommunale tjenestene som NAV, dersom de har et arbeid med å videreformidle kontakt til lokalt hjelpeapparat. Det er allikevel slik at når man ser på sommertellingsrapportene til Uteseksjonen, er det flest brukere som oppholder seg i eller i tilknytning til de åpne rusmiljøene, ute på kveldstid.

6.2.2. Aktørene

Lavterskeltiltakene er en blanding av kommunale tjenester og tiltak driftet av ideelle/frivillige organisasjoner.

Velferdsetaten har to store tiltak i Oslo sentrum. Prindsen Mottakssenter i Storgata tilbyr tjenester innenfor smittevern (som utdeling av brukerutstyr og vaksiner), feltpleietjenester, ambulant tjeneste, hepatitt C-klinikk, sprøyterom og akuttovernatting. Uteseksjonen er Oslo kommunes gatebaserte oppsøkende tjeneste i Oslo sentrum. Tjenesten oppsøker og følger opp utsatte grupper i Oslo sentrum uavhengig av alder, men har et hovedfokus på barn, unge og unge voksne opp til 25 år. I tillegg består kommunens lavterskeltjenester av Pro Senteret, Fri rettshjelp, Sosial ambulant akuttjeneste på Legevakten og LASSO ved Dalsbergstiens hus.

Det finnes et mangfold av tilbud i Oslo sentrum for personer med rusmiddelproblemer og andre med utfordrende livssituasjoner drevet av ideelle organisasjoner med lange tradisjoner for frivillig arbeid i Oslo. Tilbudene har ulik organisering og ulik finansiering. De fleste lavterskeltiltakene har en kombinasjon av statlige og/eller kommunale tilskudd, inntekter fra gaver/stiftelser etc. og egenfinansiering. Det er store ulikheter mellom tiltakene når det gjelder hvor stor andel som finansieres med egne midler, og enkelte tiltak er tilnærmet fullfinansiert av offentlige tilskuddsmidler.

Flere av tiltakene drevet av frivillig sektor mottar betydelige tilskuddsmidler fra Oslo kommune gjennom tilskuddsordningen til frivillige og ideelle organisasjoner innen helse- og sosialsektoren i Oslo. Tilskuddsordningens målsetting er å bidra til at frivillige og ideelle organisasjoner innen helse- og sosialområdet får rammebetingelser slik at de kan bidra til bedre levekår, sosial inkludering og aktiv samfunnsdeltakelse for innbyggerne i Oslo. Tilskuddsordningen fordeler rundt 100 millioner til frivillig/ideell sektor på helse- og sosialområdet etter søknad til Velferdsetaten som behandler søknadene og innstiller på fordeling av midler til byrådet. Bystyret tar den endelige avgjørelsen hvert år i forbindelse med budsjettbehandlingen i desember. Tilskuddene går primært til drift av de enkelte tilbudene, og tilskudd er i de fleste tilfeller bevilget over mange år av Oslo kommune²². De største aktørene i ideell sektor i Oslo sentrum er Blå Kors, Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo og Frelsesarmeen. I tillegg mottar blant annet Evangeliesenteret, Maritastiftelsen, SubChurch, Retretten, Fransiskushjelpen, Fattighuset, Juss-Buss og Caritas tilskuddsmidler til ulike tilbud i sentrum rettet mot personer med rusmiddelproblemer og andre i krevende livssituasjon. Samlet sett mottok lavterskeltiltakene drevet av ideelle/frivillige organisasjoner i sentrum 38, 2 millioner over tilskuddsordningen for 2017²³.

6.2.3 Frivillighet

Som vi så i kapittel tre har frivillig sektor en særskilt rolle i forhold til å benytte frivillige ressurser som i møte med brukerne kan bidra til integrering og økt livskvalitet. Organisasjonene er opptatt av å rekruttere gode

²² Se vedlegg 5 for mer informasjon om fordeling av midler over Oslo kommunes tilskuddsordning for frivillige og ideelle organisasjoner i sentrum for 2017.

²³ Se her for mer informasjon om tilskuddsordningen: <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/tilskudd-legater-og-stipend/annet/tilskudd-innen-helse-og-sosialsektoren>

frivillige med riktige holdninger, verdier og egenskaper. De frivillige får opplæring og oppfølging underveis i arbeidet. De fleste frivillige på lavterskeltiltakene i sentrum er studenter, pensjonister eller er i en livssituasjon der de har tid og ressurser til å bidra. Felles for alle er at de ønsker å gjøre noe meningsfylt for dem som er i en krevende livssituasjon uten å få betalt for det. Det er flere lavterskeltiltak i sentrum som rekrutterer frivillige med rusbakgrunn.

Lavterskeltilbudene drevet av ideelle/frivillige organisasjoner i sentrum har ulik grad av frivillighet både i forhold til antall personer som driver frivillig aktivitet, variasjon i oppgaver og hvordan frivillige rekrutteres og følges opp²⁴. De frivillige/ideelle organisasjonene i sentrum som arbeider med personer med rusmiddelproblemer har samlet sett et stort antall frivillige årsverk. Et fåtall er hovedsakelig drevet av frivillige der det er få lønnede ansatte. Dette er tiltak som startet opp som frivillige initiativ og der man har behov for mye frivillighet til å få gjort tradisjonelle arbeidsoppgaver som for eksempel mat og klesutdeling. De fleste tiltakene har jevnere fordeling mellom frivillige og ansatte, med en betydelig andel av begge. De frivillige/ideelle organisasjonene har behov for lønnede ansatte som rekrutterer, organiserer og følger opp frivillige.

Noen av tiltakene har tydelige skiller i hvilke oppgaver frivillige og ansatte har, mens ved andre tiltak er skillene mer utydelige. Ved alle tiltakene har ansatte hovedansvaret for driften og for kontakt med samarbeidspartnere. Frivillige gjør hovedsakelig tradisjonelle frivillige oppgaver som å lage mat, dele ut matposer/klær, bidrar til sosialt fellesskap, gjør praktiske oppgaver/aktiviteter etc.

Gatejuristen har en annen form for frivillighet. Her benyttes fagkompetansen hos de frivillige, ved at jurister rekrutteres og de bruker sin fagkompetanse i forhold til juridiske spørsmål brukerne har.

Flere benytter frivillige med erfaringskompetanse. Blå Kors kontaktsenter bruker frivillige med rusbakgrunn som motivatorer for de i aktiv rus, mens Safir som er et rusfritt værested bruker erfaringskompetanse aktivt blant annet i forbindelse med Boligskolen. Flere brukere forteller at de opplever det som godt å møte nyktre folk som har erfaring fra rusmiljøet. Både fordi det gir håp om endring, og fordi de opplever i større grad å bli forstått. Brukerne opplever møte med frivillige som et møte med «normaliteten», noe som kan bidra positivt til å bedre livskvaliteten og være en del av fellesskapet. De kommunale aktørene benytter få frivillige ressurser, men flere tjenestesteder har ansatt erfaringskonsulenter.

I tillegg til kommunale tjenester og ideelle/frivillige organisasjoner, finnes det noen mindre aktører. Eksempel på dette er «Hjelp oss å hjelpe» som deler ut mat og klær på Europarådets plass på onsdager. En del andre aktører kan springe ut fra religiøse grupper som driver oppsøkende innsatser ut fra egne målsetninger og i liten grad samarbeider med større og faste aktører. Det dukker også tidvis opp enkeltpersoner som av ulike årsaker ønsker å gjøre en innsats, men som ikke tilslutter seg eksisterende tjenester. I noen tilfeller er det også slik at de etablerte instanser av ulike årsaker ikke ønsker å samarbeide med disse enkeltpersonene. Særlig i julen er det det flere enkeltstående tilbud som retter seg mot utsatte grupper. Alternativ jul er et større og omfattende arrangement som holder åpnet døgnet rundt i julen.

6.3 Hvem benytter seg av lavterskeltiltakene?

Tiltakene i Oslo sentrum er hovedsakelig byomfattende og benyttes også av utenbystilhørende²⁵. Flere utenbystilhørende kommer til Oslo for blant annet å hente brukerutstyr og benytte feltpleietjenester, samtidig som de handler illegale rusmidler. Dette ses som en utfordring, da Oslo kommune utfører tjenester og må bære store utgifter som særlig omkringliggende kommuner drar nytte av. Fordi det er mange frivillige/ideelle

²⁴I vedlegg 5 er oversikt over frivillige årsverk vs. lønnede årsverk samt fordeling av tilskuddsmidler for 2017 til hvert tiltak. Merk at et frivillig årsverk defineres som 1703 timer.

²⁵Tilbud som Værestedet i Bydel Sagene er kun for innbyggere i bydelen, slik også værestedet Regnbuen 405 i Bydel Grorud er. Det er likevel kun enkelte tiltak som har en slik avgrensning av målgruppe i sentrum.

aktører, finnes ingen helhetlig oversikt over hvor stor andel av de som mottar deres tjenester som er utenbystilhørende.

Tall fra Prindsen mottakssenter for 2016 viser at majoriteten av de som benyttet seg av feltpleietilbudet ved Feltpleiestasjonene i Velferdsetaten og i Urtegata var Oslotilhørende. Det har vært en nedgang i antall utenbystilhørende som benytter seg av feltpleietilbudet i Velferdsetaten. Flesteparten av pasientene som får konsultasjon på feltpleien har en sentrumstilhørighet, de fleste kommer fra Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. En av årsakene til dette kan være den sentrale beliggenheten til feltpleiestasjonene på Prindsen mottakssenter og i Urtegata. I feltpleien i Velferdsetaten og i Urtegata i 2016 var henholdsvis 150 personer og 202 personer registrert å være utenbys (Årsrapport Prindsen mottakssenter 2016). I tillegg er det en viss andel som er utenlandske, men det knytter usikkerhet til konkret antall.

Oslo kommune ved Helseetaten, SAA, og Velferdsetaten ved Uteseksjonen og Prindsen mottakssenter bistår brukere som ønsker å få hjelp til hjemreise. I 2015 bisto Oslo kommune 863 personer med hjelp til hjemreise hvorav SAA bidro med 490 og Prindsen/Uteseksjonen med 373 (Helhetlig russtatikk 2016: 34). I tillegg innvilger NAV sosial i bydelene hjemreiser, men vi har ikke oversikt over hvor mange personer dette dreier seg om.

De fleste lavterskeltiltakene drevet av frivillige/ideelle organisasjonene har primært Oslo kommunes innbyggere som målgruppe, men personer utenbys og utenlandske migranter oppsøker tilbudene i varierende grad. Aktørene registrerer i liten grad hvem som benytter seg av tilbudene, antall brukere og hvor de kommer fra blir i de aller fleste tilfeller anslag. Arbeids/aktivitetstilbudene Lønn som fortjent og Jobben er unntak, ettersom de registrerer alle for utbetaling av lønn. Disse tilbudene har få eller ingen som ikke har bostedsadresse i Oslo. Møtestedet derimot anslår at i overkant av halvparten er Oslo tilhørende. De har en stor andel migranter som benytter seg av tiltaket. Tiltaket er primært finansiert med midler fra Kirkens Bymisjon i Oslo.

Ungdom/unge voksne opp til 25 år

Det er noen få tiltak for ungdom under 18 år og aldersgruppen 18-25 år i Oslo sentrum. Tiltakene har forebygging og oppsøkende virksomhet som hovedfokus. Enkelte ungdommer oppsøker rusmiljøet i sentrum, og det er avgjørende å bidra til å forhindre at de blir en del av det etablerte miljøet. Riverside arbeider med ungdom mellom 15 og 23 år i Oslo, som mangler skoleplass eller jobb. Blant frivillig sektor bidrar SubScene og MaritaUng med et musikk- og kafetilbud til denne målgruppen. Uteseksjonen har ansvar for SaLTo-samarbeidet (Sammen Lager vi et Trygt Oslo)²⁶. I tillegg har Uteseksjonen ansvar for oppsøkende arbeid rettet mot denne målgruppen. Noen i denne målgruppen oppgir at de har kontakt med 24SJU (SKBO).

Personer med rusmiddelproblemer som bruker illegale rusmidler og alkohol

Aldersmessig avgrenses gruppen til 24 år og oppover som har en mer langvarig rusmiddelavhengighet. Majoriteten av de som benytter lavterskeltiltakene i sentrum er menn i alderen 30-50 år. Tilbudene er primært for de som bruker illegale rusmidler, men er også åpen for de som har et alkoholmisbruk, selv om denne gruppen benytter seg av tilbudene i betydelig mindre grad. Et unntak er Blå Kors kontaktsenter som rapporterer om at rundt 46 prosent av deres brukere har hatt rusmiddelproblemer tilknyttet til alkohol (søknad tilskudd 2018).

Personer med rusmiddelproblemer som er motiverte til rusfrihet

I sentrum har Retretten, Blå Kors Steg for steg, WayBack og Kirkens Bymisjon Safir tiltak rettet mot personer som er motivert til å leve rusfritt. Tilbudene er ofte både for de som er i LAR-behandling og de som ikke

²⁶ Se kapittel 4 for mer informasjon om SALTO arbeidet

benytter legemidler i en rehabiliteringsfase. Enkelte tiltak benytter begrepet rusfri atferd, som vil si at personen ikke må være synlig ruset når de benytter tiltaket. Brukere og fagfolk har gitt tilbakemelding om at det er behov for flere rusfrie tilbud, da primært i bydeler utenfor sentrum.

Andre med spesielt krevende livssituasjon

Det er opprettet tilbud til mennesker som selger seksuelle tjenester og utenlandske tilreisende som kommer til Oslo. Nadheim (SKBO) og Pro Sentret (VEL) gir tilbud til personer som selger seksuelle tjenester. I tillegg har Maritakafeen et tilbud én kveld og én natt i uka til målgruppen gjennom «MaritaWomen».

Gruppen tilreisende/arbeidsmigranter (EØS borgere) uten fast bopel i Norge (arbeid, bolig eller annen tilknytning) har i henhold til Lov om sosiale tjenester ikke krav på individuelle tjenester etter loven, med unntak av opplysning, råd og veiledning (1.2.2.1 § 1). Dersom personen er i en nødsituasjon og ikke kan sørge for eget livsopphold, har vedkommende rett til økonomisk stønad og hjelp til å finne midlertidig botilbud.

Utgangspunktet for EØS-borgeres opphold i Norge er at man ikke skal være en urimelig byrde for sosialtjenestene i vertslandet, og det forutsetter at personen sørger for sitt livsopphold. EØS-borgere som oppholder seg i Oslo og som etter en individuell og konkret vurdering anses for å være i en nødssituasjon, kan få vedtak om midlertidig botilbud fra NAV eller Sosial Ambulant Akuttjeneste. I disse tilfellene dreier det seg om kortvarig hjelp for å komme seg ut av en nødssituasjon.

Majoritet av personer som benytter tilbudene i sentrum har øst-europeisk bakgrunn, men det er også noen tredjelandsborgere fra Sør-Europa. Personene får tilbud om mat, dusj, klesvask og overnatting ved ulike tiltak drevet av ideelle organisasjoner, som Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors. Stiftelsen Evangeliesenter kontaktsenter har et mattilbud til målgruppen, separat fra tilbudet til personer i aktiv rus. Caritas gir råd og veiledning primært til EØS-borgere. I tillegg benytter utenlandske tilreisende seg av andre tilbud som Fattighuset og Slumstasjonen til Frelsesarmeen, i tillegg til Blå Kors kontaktsenter og Møtestedet som egentlig har personer i aktiv rus som målgruppe. Blå Kors kontaktsenter rapporterer at rundt 20 prosent av deres brukere har utenlandsk bakgrunn (søknad tilskudd 2018). Det er uheldig at denne målgruppen i så stor grad benytter seg av lavterskeltiltak i sentrum, både fordi det krever store ressurser og fordi aktørene ikke har tilstrekkelige virkemidler til å gi den hjelpen som det er behov for.

6.4 Innhold i lavterskeltiltakene

Tjenestetilbudene ved tiltakene er ulike, og vi vil i det følgende se på de mest sentrale områdene²⁷. De fleste lavterskeltiltak har skadereduserende fokus, der formålet er å tilby hjelp uten at det er en betingelse å være rusfri. En viktig målsetting er tidlig innsats, for å hindre fysisk og psykisk helse forverres, forhindre spredning av smitte samt overdoseforebygging. I tillegg er det mål om å videreformidle brukerne til det ordinære hjelpeapparatet. Det er i en slik prosess viktig å ha gode overganger, som trekkes frem i intervjuene med brukere, pårørende og fagfolk som svært betydningsfullt.

Matsservering/ernæring

I Oslo sentrum er det en rekke tiltak som serverer mat, hvorav nesten alle tilbudene er gratis²⁸. Tiltak som Blå Kors kontaktsenter, Fattighuset og Evangeliesenteret kontaktsenter leverer i tillegg ut poser med mat som de har fått, blant annet fra Matsentralen.

For personer med rusmiddelproblemer kan feil- og underernæring få alvorlige konsekvenser. En studie gjennomført blant 195 rusmiddelavhengige i Oslo viste at 60 prosent ikke fikk i seg nok mat, og at de kunne gå

²⁷ For en mer fullstendig oversikt over de konkrete tiltakene se vedlegg 5

²⁸ Kirkens Bymisjon, Møtestedet er et unntak, dette er en kafe for utsatte i sentrum, og tar ut fra denne tankegangen kr 15 for en middag.

dager uten å spise (Sæland 2014). Kostholdet deres var ensidig med lav tilførsel av vitaminer. Feilernæring og underernæring bidrar til økt risiko for infeksjoner og redusert immunforsvar.

Det i dag ingen samordning mellom tiltakene for å sikre at stedene tilbyr variert kost til ulike tider av døgnet. De fleste tilbudene som serverer mat er åpent på dagtid, mens det er færre tilbud på kveldstid og i helger, samt helgedager utenom jul. Det er flest steder som serverer frokost eller varm lunsj (ofte grøt eller suppe), mens det er få som har åpent på ettermiddag/kveld med middagsservering. Unntaket her er Kirkens Bymisjon, Møtstedet som to kvelder i uken serverer middag, og Frelsesarmeen, Fyrlyset som serverer søndagsmiddag. I anbefalinger fra både fagfolk og brukere kommer det frem at man ønsker flere tiltak som tilbyr matservering i bydel eller i nærmiljøet der man bor. Det stilles spørsmålsteget fra flere om man trenger så mange mattilbud til personer med rusmiddelproblemer på et så konsentrert område i Oslo sentrum. Det understrekes at tilbud i bydeler ikke kun bør tilby matservering, men et værested hvor sosialt samvær og mulighet for aktiviteter/arbeid og helse- og sosialtjenester er sentralt²⁹.

Feltpleie/helsetjenester

Feltpleie har som mål å bedre helsesituasjonen til brukerne ved å gi direkte helsehjelp og lette tilgangen til eksisterende hjelpeapparat, redusere antall overdoser og overdosedødsfall. Målgruppen for feltpleien er rusmiddelbrukere som ikke, eller i liten grad klarer å nyttiggjøre seg det etablerte hjelpeapparatet. Flere brukere forteller at de ikke oppsøker fastlegen og DPS enten fordi de har ubetalte regninger der, eller fordi det er utfordrende å få time. Gjennom innspillsrunden og gjennom intervju med brukere kom det forslag om at personer med alvorlige rusmiddelproblemer og helseutfordringer, får tilbud om gratis fastlegeordning. Dette for å sikre at brukerne får helhetlig og langvarige helsetjenester.

Feltpleien gir lavterskel helsetjenester til brukere i aktiv rus, som sårbehandling og infeksjonsmedisinske problemstillinger som særlig er knyttet til rusmisbruk. I tillegg er det eget tilbud om behandling av Hepatitt C³⁰. Feltpleien skal både gi helsetilbud og helseinformasjon, kartlegge helseproblemer og behov for helsehjelp.

I Oslo sentrum er det Prindsen Mottakssenter og Frelsesarmeen i Urtegata som tilbyr feltpleie. I tillegg tilbys beboere ved Fredensborg bosenter, Marcus Thranes Hus, Dalsbergstien Hus og Liakollen rehabiliteringssenter feltpleietjenester. Som det fremkommer av figuren nedenfor er det totalt sett en økning av antall konsultasjoner i 2016 sammenlignet med året før. Frelsesarmeen har åpent på dagtid i ukedager, Prindsen holder åpent mandag-fredag kl. 09.00-22.00 og lørdag-søndag kl. 10.00-18.00. I tillegg har Fransiskushjelpen ved Sykepleie på hjul ambulerende feltpleie i sentrum og i enkelte bydeler utenom sentrum. Pro Sentret tilbyr også lavterskel helsehjelp til personer som selger seksuelle tjenester.

	2015		2016	
	Konsultasjoner	Pasienter	Konsultasjoner	Pasienter
Feltpleie VEL*	7 023	1 029	7 842	970
Feltpleie Urtegata	3 943		4 668	529
Samlet	10 966		12 510	

Antall konsultasjoner og antall pasienter som har mottatt lavterskel helsetjenester ved Feltpleiestasjonene.

**Dette inkluderer konsultasjoner og pasienter ved Hepatitt C-klinikken.*

Smittevern

Gjennom smittevern distribueres sprøyter/kanyler og annet smitteforebyggende materiell. Brukerne kan levere brukte kanyler og annet smitteavfall, som sikrer forsvarlig avfallshåndtering. Ved smittevern gis informasjon

²⁹ Se punkt 3.4 for mer informasjon.

³⁰ Se punkt 2.7 for mer informasjon om arbeid med Hepatitt C klinikken.

og undervisning om hygiene og forebygging av infeksjoner. Prindsen Mottakssenter, akutt- og korttidsinstitusjonene i Velferdsetaten, og Sykepleie på hjul deler ut brukerutstyr. Det er startet et forsøk med utdeling av utstyr på Fyrllyset (Frelsesarmeen), 24SJU og Møtestedet (SKBO). I 2016 hadde Prindsen mottakssenter, smitteverntjeneste 113 368 besøk og det ble delt ut 1 432 038 kanyler (årsrapport, Prindsen). I anbefalinger fra fagfolk og brukere kommer det fram at flere ønsker utlevering av utstyr i bydeler utenfor sentrum slik at ikke brukerne trenger å reise til sentrum for å få dette.

Sprøyterommet

På sprøyterommet kan rusmiddelbrukere injisere heroin. Sprøyterommet skal tilby trygge og hygieniske forhold ved injisering, samtidig som de gir veiledning i injeksjonsteknikk, smittevern og overdosefare. Brukerne kan få helse- og sosialfaglig bistand og hjelp til å komme i kontakt med øvrig hjelpeapparat. I 2016 var det 861 unike brukere av sprøyterommet og totalt 33 140 injeksjoner. Det var 47 nyregistreringer av personer. For å registreres ved Sprøyterommet må en være over 18 år, ha hatt en langvarig heroinavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis jf. Sprøyteromsloven.

Nyregistrerte må vise at de kan preparere brukerdosen og injisere på egen hånd. Dette for å unngå å registrere noen som nylig har begynt å injisere. I Sprøyteromsloven står det at målgruppen er de med en langvarig og skadelig injeksjonspraksis, så Sprøyterommet skal ikke «lære opp» nye brukere eller åpne for kontakt med det etablerte rusmiljøet (årsrapport Prindsen Mottakssenter 2016).

Brukerne uttrykker viktigheten av sprøyterommet hvor de opplever verdighet og trygghet:

«Muligheten for å friskmelde seg [for å unngå abstinens] på Sprøyterommet har for meg vært en viktig og nyttig mulighet, på grunn av dette har jeg sluppet blant annet å måtte sette sprøyter på et offentlig sted. Jeg synes det er fint at tiltaket eksisterer slik at man slipper å gjemme seg bort i gatene og se etter om det kommer politi eller andre. Sprøyterommet er et sted jeg har blitt kjent med de ansatte og føler at jeg blir sett.» (Intervju bruker)

Det er ikke lov å injisere andre narkotiske stoffer, eller røyke heroin ved Sprøyterommet. Gjennom intervjuene med brukerne ser vi at flere uttrykker ønsker om å bruke Sprøyterommet til disse formålene.

«En ting som mangler på sprøyterommet er røykerom. For det er ganske mange jeg treffer på, på utsiden også, som må reise hjem igjen fremfor å sitte her og røyke det. Det er mange som synes det er urettferdig at «bare» vi som bruker sprøyter får bruke det. Det gjelder også amfetaminbrukere for så vidt. De synes det er veldig urettferdig at «bare heroinister» får tilbud. Jeg røyker heroinet når jeg er hjemme. Det er bare når jeg er i Oslo at jeg setter meg et skudd. Hadde det vært røykerom ville jeg heller røyket stoffet.» (Intervju bruker).

LASSO ved Dalsbergstiens hus

LASSO er et lavterskel skadereducerende tilbud med substitusjonsbehandling, og driftes i et samarbeid mellom Velferdsetaten, og Seksjon ruspoliklinikker (OUS). Tiltaket er forankret i LAR-retningslinjen. Formålet med LASSO er å nå de mest vanskeligstilte som er opioidavhengig. Medisineringen skal bidra til at pasientene utsettes for mindre skade som følge av sin livssituasjon, og motivere for videre behandling i det ordinære tiltaksapparatet.

Totalt har over 450 personer hatt kontakt med LASSO, og over 320 av disse har mottatt substitusjonsbehandling i LASSO i løpet av de seks første årene. Totalt er det 134 personer som har fått behandlingen sin forankret i TSB med LAR etter behandling i LASSO.

LASSO er et av de tiltakene som er trukket frem i opptrappingsplan for rusfeltet, som et eksempel på hvordan spesialisthelsetjeneste og kommune kan samarbeide for å nå en målgruppe som kan være vanskelig å nå for det ordinære tjenesteapparatet.

Oppsøkende arbeid

I tillegg til Uteseksjonen, har Utekontaktene i bydelene oppsøkende arbeid rettet mot målgruppen. 13 av 15 bydeler har oppsøkende arbeid rettet mot unge opp til 25 år.

«Jeg har gode erfaringer fordi de [Utekontakten] hjelper meg når det er noe og kommer med god informasjon om alt mulig så det blir lettere å gjøre forskjellige valg. De har hjulpet meg med alt fra problemer hjemme til informasjon om rusmidler fordi jeg henger i sånne miljøer. Og det har fått meg til å ta gode valg.» (Intervju bruker)

Også andre oppsøker rusmiljøene og har kontakt med miljøet og enkeltpersoner, for eksempel Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, Maritakafeen, Frelsesarmeen og Foreningen for Human Narkotikapolitikk. Prosjektet og Nadheim har oppsøkende arbeid rettet mot prostituerte på kveld/natt hver dag gjennom uka.

Arbeid/aktivitet/sosialt fellesskap

Det å ha noe meningsfullt å fylle dagene med blir trukket fram i intervjuer med brukere og gjennom innspill fra fagpersoner som viktig for å oppleve god livskvalitet. Som vist i kapittel tre etterlyses tilbud om arbeid/aktivitet i bydeler. Brukere, pårørende og fagfolk sier at tilbudet er mangelfullt, spesielt i bydel. Det er både behov for rusfrie tilbud for arbeid og aktivitet, og tilbud for personer i aktiv rus. Det er også mangel på oversikt over det som finnes av tilbud, spesielt gjelder dette for tilbud til personer som er motivert til rusfrihet.

I Oslo sentrum er det to ideelle organisasjoner som driver arbeidsrettede aktiviteter for personer med rusmiddelproblemer: Frelsesarmeen, Jobben i Gamlebyen og Kirkens Bymisjon, Lønn som fortjent. Dette er drop-in arbeidstilbud der man ikke trenger å være rusfrie, såfremt man gjennomfører arbeidsoppgavene. Hovedaktiviteten for begge tiltakene er gatelydding, men det er også tilbud i huset for de som trenger en mer skjermet arbeidsrettet aktivitet. Stiftelsen =lik Oslo vil gi vanskeligstilte økt verdighet ved å tilby arbeid gjennom å kjøpe et blad for 50 kroner og selger det videre for 100. Eventuelt overskudd fra salget går tilbake til selgerne i form av aktivitetstilbud, materiell og diverse prosjekter. Det kommunale rusfrie tilbudet Nyttig Arbeid blir også trukket fram som et godt tilbud av fagfolk og brukere for å gi folk en sjanse i arbeidslivet.

«Nyttig arbeid var viktig for meg. De hjalp meg med en jobb. Her ble jeg kjent med andre mennesker og fikk noen venner. Når man blir rusfri mister man kontakten med mange tidligere venner og det er fort gjort å bli ensom. Men Nyttig bidro til at jeg fikk noen venner. I tillegg det viktigste var at jeg fikk noen rutiner i livet med å stå opp tidlig og ha et sted å gå til.» (Intervju bruker)

Lavterskeltiltakene tilbyr sosialt samvær for mange som føler seg utenfor samfunnet. Det å være sosial i en trygg sammenheng oppleves som viktig for mange. Det er et sted de kan fungere sosialt, selv om man ikke føler seg inkludert i andre sammenhenger. Det er flere lavterskeltiltak som arrangerer aktiviteter for brukerne som Gatefotball, boligkurs, teatergruppe, utflukter, pårørendekvelder og ulike kulturelle aktiviteter.

«Jeg opplever det positivt at det arrangeres sosiale sammenkomster for folk i rusmiljøet som grilling og diverse. Så vi kan møtes uten og bare ruse oss sammen.» (Intervju bruker)

Råd, veiledning og videreformidling til bydel og andre aktuelle tjenester

Mange av tiltakene i Oslo sentrum samarbeider med tjenesteapparatet i bydelene, og flere av lavterskeltiltakene drevet av frivillig sektor består av ansatte med sosialfaglig kompetanse. De aller fleste som oppsøker tiltakene har allerede kontakt med NAV, men ikke alle. Å kartlegge hva som finnes av tiltak rundt den enkelte er viktig for å forhindre ustrukturert oppfølging. Det er ofte mange aktører involvert rundt en person som oppholder seg i sentrum og det er ikke alltid lett å koordinere dette. Ideelle organisasjoner og brukerne opplever at de ansatte gir råd, informasjon og veiledning om tilbud, muligheter, rettigheter og plikter, og kan være et

bindeledd til de offentlige tjenestene. Personene som gir råd er lett tilgjengelige på deres arenaer og flere følger personer dit de kan få videre hjelp. På den måten kan lavterskeltilbudene bidra til å gjøre terskelen lavere for kontakt med blant annet NAV, fastlege, spesialisthelsetjeneste eller andre. Fagfolk gir tilbakemelding om at samarbeidet med bydelene kan være krevende fordi tjenestene i bydelene er ulikt organisert, og det er en utfordring å få tak i NAV. Mye samarbeid er preget av ad-hoc arbeid i den enkelte situasjon.

Sosial ambulant akuttjeneste i Helseetaten arbeider systematisk mot bydelene og alle kommuner i Norge. I 2016 hadde SAA 28 071 konsultasjoner. Instansen koordinerer arbeidet og melder bekymring både muntlig og skriftlig for at klienten skal få tilbud om helhetlige tjenester som er tilpasset klientens behov. SAA kobler på nødvendig instanser for å få brukeren forankret i bydeler/kommuner som for eksempel Prindsen og Uteseksjonen. I tillegg henviser SAA til behandlingsapparatet både på helsefaglig og psykososialt grunnlag. I 2016 henviste SAA 100 personer på psykososialt grunnlag til akutt avgifting i TSB.

Akutt- og korttidsinstitusjonene i Velferdsetaten arbeider med videreformidling og oppfølging av beboere, for å legge til rette for mer varige tiltak. Målsettingen er å bidra til kontakt med NAV, etablere kontakt med passende botilbud inkludert avrusings-, rehabiliterings eller behandlingstilbud, poliklinisk kontakt i etableringsfasen og evt. hjemmebesøk. I 2016 har Prindsen mottakssenter bidratt til 318 videreformidlinger, mens Marcus Thranes hus og Dalsbergstiens hus har bidratt til 165 videreformidlinger til mer permanent eller egnet botilbud.

6.5 Vurdering av tilbudene i Oslo sentrum

Gjennomgangen av tilbudene i Oslo sentrum viser at det er variasjoner i tilbudene til personer med rusmiddelproblemer og andre i særlig krevende livssituasjon. Det er mange tilbud til personer i aktiv rus på dagtid i Oslo, men også noen tilbud på kveld og i helger. Det er flere tiltak som tilbyr matutdeling/matservering, smittevern/ helsetjenester og sosiale samlingssteder samt noen aktivitetstilbud. Tilbudene er konsentrert i et lite område og flere aktører gir like tilbud til brukergruppen. De utfyller hverandre på noen områder og samarbeider til en viss grad. En stor andel av Oslo kommunes tilskuddsordning til frivillige og ideelle organisasjoner går til byomfattende tjenester til personer i aktiv rus i et begrenset område i sentrum.

Sentrumsarbeidet har gitt aktørene mer innsikt i hva de andre arbeider med. Men det er fortsatt mulig med mer og bedre koordinering av tilbudene som åpningstider og type tjenester. Med hensyn til sammensetningen av tilbud i forhold til ressurser og andel frivillige, er det store forskjeller mellom de ideelle/frivillige aktørene. Noen har ingen eller få frivillige og mottar et stort beløp tilskuddsmidler, mens de tiltakene som primært er basert på frivillig innsats mottar relativt lave beløp. Lavterskeltiltakene som primært er drevet av frivillige har heller ikke behov for like mye finansielle midler og bidrar mer med utdeling av mat og klær enn arbeidstrening, råd/veiledning, sosialt samvær og videreformidling til hjelpeapparatet.

Det er store forskjeller ift. hvordan tiltakene jobber for å motivere og få personer «videre» i systemet. Flere ga innspill på at de som bruker lavterskeltilbudene bør motiveres til å være mer aktive deltagere, ikke passive mottakere av tjenester. Så lenge det finnes gratis tilbud hvor du kan motta tjenester er det kanskje mer behagelig for hjelpeapparatet og brukeren selv å benytte seg av disse tjenestene. For mange er det vanskelig å oppsøke det ordinære tjenesteapparatet.

Lavterskeltiltak er viktige for å fange opp de som ikke mottar tjenester andre steder, de som har behov for akutt hjelp og for å få personer over til ordinære tjenester i bydelene. Feltpleien på Prindsen skriver i sin årsrapport at det kan være svært utfordrende å etablere brukerne i det ordinære hjelpeapparatet. Lavterskel helsetjenester er mer tilpasset deres livssituasjon: «*Pasientene henvender seg på eget initiativ, det trengs ingen timeavtale og behandlingen blir ikke fakturert*» (årsrapport Prinsden 2016). Flere brukere forteller at de vegrer seg for å oppsøke fastlege blant annet pga. økonomi og følelse av utenforskap, mens når de oppsøker lavterskeltiltakene i sentrum føler de seg respektert. Terskelen for å benytte ordinære tilbud kan oppleves høy, samtidig som det er disse tjenestene som gir helhetlig og langsiktig oppfølging. Ordinære tjenester gitt av fastlege og av ansatte i bydel er viktig for at brukeren får et kvalitativt godt tilbud. Det er i denne sammenheng viktig at

lavterskeltiltakene i sentrum motiverer for, og arbeider systematisk for å videreformidle brukere til ordinære tjenester i bydel. ACT-team og/eller FACT-team er tverrfaglige tilbud som er fleksible og tilgjengelige, og som kan gi denne brukergruppen gode helse- og sosiale tjenester over tid. Oppbygging av slike team vil kunne bidra til at flere benytter tjenester i egen bydel.

«En særomsorg for rusmisbrukere «skjermer» denne gruppa fra ordinære tilbud som psykisk helsehjelp og bolig i ordinære bomiljøer. Det tilrettelegger ikke for mestring av dagliglivet.» (Intervju pårørende)

Nordøst i Oslo har personer med rusmiddelproblemer fått et nytt sted å være. I Bydel Grorud er det åpnet et nytt værested for målgruppen - Regnbuen 406. Ei gammel kebabsjappe er pusset opp til det ugjenkjennelige. Her kan brukerne blant annet få hjelp med NAV-søknader, få helseinformasjon, delta i aktiviteter og spise sunn mat.

Det er viktig at omkringliggende kommuner tar ansvar for egne innbyggere. Tjenestene i Oslo kommune har over tid bidratt til at utenbysboere har fått hjemreise, og at ansvarlig kommune har fått nødvendig informasjon. Det er viktig at omkringliggende kommuner bygger opp sine tilbud, slik at Oslo blir mindre attraktiv som oppholdskommune. Tilbudene fra frivillige og ideelle organisasjoner, bør ikke bidra slik at utenbysboende blir værende i Oslo. Det er viktig å opprettholde hjemreisetilbud, inkludert kontakt med ansvarlige aktører i hjemkommunen.

6.6 Flere tilbud i bydeler utenfor sentrum?

På rådslaget og i intervjuer med brukere fremkommer ønske om flere lokale tiltak. Det er ønskelig at personer med rusmiddelproblemer på lik linje med andre innbyggere, får sine tjenester og sine behov dekket i sitt lokalmiljø. Hvorvidt dette skal omhandle alle typer tjenester, er mer usikkert. Det som ofte ble trukket frem som hensiktsmessig å desentralisere³¹ er helsetjenester i bydelene som lavterskel helsetjenester, mulighet for å hente brukerstyr, arbeid samt møteplasser /væresteder som sosiale arenaer med aktiviteter. En viktig begrunnelse er at nærhet til det ordinære tjenestetilbud, vil bidra til mulighet for bedre og mer helhetlig oppfølging.

Det er startet opp flere tilbud med tilskuddsmidler fra sentrumsarbeidet som skal prøve ut tiltak i bydel for personer med rusmiddelproblemer, herunder samarbeid med det ordinære tiltaksapparatet. Erfaringene fra disse tiltakene kan danne grunnlag for å prøve ut nye tiltak. Slike tilbud kan bygges opp i samarbeid mellom bydeler (sektorvis) eller/ og i samarbeid med ideelle organisasjoner som driver mange slike tiltak både i og utenfor sentrum. ACT-team og/eller FACT-team bør vurderes sektorvis, også med tanke på samlokaliserte tjenester for rus og psykisk helse.

En utfordring som fremkom ved rådslaget er hensynet til bo- og nærmiljø når man oppretter særtiltak for målgruppen. Personer med rusmiddelproblemer kan bli mer synlige i bo- og nærmiljøet, noe som kan ha uheldig innvirkning på blant annet barne- og ungdomsmiljøet. I Oslo sentrum er det pr. i dag ikke så mange «ordinære boområder» som er naboer til lavterskeltiltak. Der lavterskeltiltak for personer i aktiv rus er tett på ordinære bomiljø, som i Urtegata har det vært utfordringer. Møteplassene bør derfor søke å bygge opp aktiviteter for nærmiljøet, som bidrar positivt til fellesskapet. Fokus på brukervedvirkning og aktiviteter, framfor passivt mottak av tjenestene vil kunne bidra positivt i prosessen med å utvikle slike tilbud. Samarbeid med frivillige vil også kunne bidra til gradvis inkludering i fellesskapet i bydel.

Innspill fra brukere, fagfolk og pårørende viser at mange er opptatt av at det bør være flere tilbud utenfor sentrum for personer som ønsker rusfrihet.

³¹ Desentralisering er definert som: «ansvaret for ivaretagelsen av offentlige oppgaver blir overført til enheter eller organer på et lavere nivå i det offentlige styringssystemet» (Det norske leksikon). I denne sammenhengen handler dette om at ansvaret for tilbud som er byomfattende og lagt til sentrumsbydelene overføres bydeler utenfor sentrum.

«Det kunne vært flere Safir på bydel som er rusfritt. Det som er med Safir er at det er både folk som har ruset seg og andre. At man er samme sted og jobber sammen, gjør at man ikke snakker sammen om rus.» (Intervju bruker)

Et samarbeid mellom oppfølgingstiltak i bydel, spesialisthelsetjeneste og ideelle/frivillig organisasjoner kan bidra til gode overganger ved bosetting. Et eksempel på dette i dag er Frelsesarmeens Stedet på Sagene. Tiltaket er brukerstyrt og deltakerne har vært med på å skape tilbudet som etter hvert også har blitt en arena for arbeidstrening i tillegg til aktivitet og sosialt samvær i bydel.

Noen lavterskeltilbud bør være byomfattende og plassert i sentrum. Tilbudene i sentrum bør omfatte oppsøkende tjenester for ungdom/unge voksne samt lavterskeltjenester til voksne i aktiv rus, som for eksempel tilpasset tilbud knyttet til feltpleietjenester og væresteder. Det er i denne sammenheng viktig å understreke at det er et mål at voksne i aktiv rus på sikt skal kunne nyttiggjøre seg av tilbud i egen bydel. Enten ved at egnede tilbud bygges opp, eller ved at den enkelte bruker blir motivert og ser seg tjent med å benytte tilbudene i bydel. Oppbygging av flere tilbud i bydel kombinert med mer tilpassede tilbud i sentrum kan bidra til at flere får økt livskvalitet, gjerne i egen bolig og med tilpasset arbeids- eller aktivitetstiltak. Målet er at færre oppsøker rusmiljøet i sentrum og at flere får helhetlig og systematisk oppfølging – tilpasset den enkeltes behov og ønsker.

6.7 Anbefalinger - tilbudene i Oslo sentrum

- For å lykkes med Sentrumsarbeidet må samarbeidet med bydelene utenfor sentrum styrkes. Arbeidet bør tuftes på felles forståelse for hverandres arbeidsmetoder og konkret samhandling om den enkelte bruker.
- Sentrumstiltakene må bidra til at brukerne i større grad mottar helhetlige og langsiktige ordinære tjenester i bydel. Utdeling av brukerutstyr og feltpleie bør være en del av desentraliserte og sektorvise samhandlingsarenaer, der spesialisthelsetjeneste, kommune og frivillige/ideelle aktører kan gi samlet oppfølging og hjelp.
- Det er behov for å styrke samarbeidet mellom kommunen og frivillig/ideell sektor, slik at den samlede innsatsen bidrar til å redusere det åpne rusmiljøet i sentrum.
- Kommunens tilskuddsordning til frivillige og ideelle aktører bør i større grad brukes som et virkemiddel for å nå målene for sentrumsarbeidet. En del av tilskuddsrammen kan forbeholdes tiltak i sentrum, mens en annen anbefales å reserveres tiltak i bydelene. Det bør gjennomføres evaluering av tiltak som i dag drives av frivillige og ideelle aktører i sentrum.
- Personer med ønske om rusfrihet bør ha egne tilbud og disse tilbudene bør primært desentraliseres, gjerne i samarbeid mellom flere bydeler.

Litteratur

Aarhus kommunes ungdomscenter (2015): U18 – modellen for misbrugsbehandling

<https://socialstyrelsen.dk/unge/rusmidler/viden-om-rusmidler/metoderne-fra-projekt-misbrugsbehandling-for-udsatte-unge-under-18-ar/u-18>

Adverse Childhood Experiences (ACEs) <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>

Bakke, Evensen, Lind og Næss (2016): Læringsnettverk, Gode pasientforløp for personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. KS og Kunnskapscenteret.

Bakken (2016): Ungdata 2016, Nasjonale resultater. NOVA rapport 8/16

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: Ny statistikk: Skoleresultater for barn som får hjelp fra

barnevernet. https://www.bufdir.no/Aktuelt/Ny_statistikk_skoleresultater_for_barn_som_far_hjelp_fra_barnevernet/

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (2014): En god oppvekst varer i generasjoner

https://www.bufdir.no/global/Okte_forskjeller_gjor_det_noe_Intro.pdf

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet: Barndommen kommer ikke i reprise, strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014 – 2017)

Barne- og likestillingsdepartementet (2008): Oppsøkende og utadrettet arbeid overfor ungdom utenfor opplæring og arbeidsliv, rapport 2009

Braarud (2011): Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. Tidsskrift for Norsk psykologforening http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=154970&a=2

Bramness (2013): Psykiske og medisinske følger av cannabisbruk, i Bretteville-Jensen (red.). Hva vet vi om cannabis? Universitetsforlaget.

Bramness (2009): Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer. Utposten nr. 9 2009

Bretteville-Jensen og Bilgrei (red.) (2015): Nye psykoaktive stoffer en rusmiddelrevolusjon? Universitetsforlaget

Brun, Vestergaard, Holum og Bjørnstad (2016): Om LAR i Norge. En «bruker til bruker» undersøkelse utført av ProLAR i samarbeid med SERAF

Bukten, Stavseth, Skurtveit, Tverdal, Strang og Clausen (2017): High risk of overdose death following release from prison, *Addiction* 2017

Dahl, Bergsli og van der Wel (2014): Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus

Donovan (2004): Adolescent alcohol initiation – A review of psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health*

Dyb, Lid (2017): Bostedsløse i Norge 2016 – en kartlegging. NIBR 2017:13

Dyb, Holm (2015): Rus og bolig. Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer, NIBR 2015:5

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk EMCDDA (2016) Europeisk narkotikarapport. Trender og utvikling

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001NON.pdf>

Folkehelseinstituttet Folkehelse rapporten (2015, nettutgaven, oppdatert 04.11.2016): Helsetilstanden i Norge

<https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk2/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2015/>

- Folkehelseinstituttet (2016): Narkotikautløste dødsfall i Norge 2015
<https://www.fhi.no/hn/statistikk/statistikk2/narkotikautloste-dodsfall-i-norge-i-2015/>
- Forandringsfabrikken <http://www.forandringsfabrikken.no/barnevern-info/>
- Forskningsrådet (2016): Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. Forskningsrådet
- Gjersing, Biong, Ravndal, Waal, Bramness og Clausen (2011): Dødelige overdoser i Oslo 2006-2008, SERAF 2/2011
- Hassel Kristoffersen, Holth og Ogden (2011): Modeller for rusbehandling, kunnskapsoversikt. Atferdssenteret
- Helsedirektoratet (2010): Lav terskel – høy kvalitet. En profesjonell tilnærming til mennesker med rusrelaterte problemer. Helsedirektoratet 06/2010
- Helsedirektoratet (2016): Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helseetaten (2016): Oslohelse. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorene. Helseetaten, Oslo kommune
- Helsetilsynet (2016): Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
<https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2016/Risikovurdering-av-tjenester-til-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse/>
- Horverak (2010): Alcohol and economics. Research, politics or industry? Nordic Studies on Alcohol and Drugs 4/2010
- Horverak, Bye (2007): Det norske drikkemønsteret, SIRUS rapport 2/ 2007
- Hyggen (2012):Konferanserapport. NOVA http://www.nova.no/asset/6374/1/6374_1.pdf
- Høie og Sletnes (2006): På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. Den norske Lægeforening
[http://legeforeningen.no/PageFiles/26891/Statusrapport%20P%C3%A5%20helsa%20l%C3%B8s%20-%20n%C3%A5r%20rusbruk%20blir%20misbruk%20og%20misbruk%20blir%20avhengighet%20\(PDF-format\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/26891/Statusrapport%20P%C3%A5%20helsa%20l%C3%B8s%20-%20n%C3%A5r%20rusbruk%20blir%20misbruk%20og%20misbruk%20blir%20avhengighet%20(PDF-format).pdf)
- Kompetansesenter rus – region vest Bergen: Kjentmannshefte <http://korusbergen.no/index.php/tidlig-innsats/kjentmann/>
- Krabseth, Tuv, Strand, Karinen, Wiik, Vevelstad, Austgulen Westin, Øiestad og Vindenes (2016): Nye psykoaktive stoffer. Tidsskrift for den norske legeforening 2016; 136:714-7
- Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet (2016): Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. <http://www.kriminalomsorgen.no/rapport-oppfoelging-av-innsatte-med-psykiske-lidelser-ogeller-rusmiddelproblemer.5914097-237613.html>
- Kufås, Faugli og Weimand (2015): Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer: En kvalitativ levekårsstudie: «Når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet ...». Helsedirektoratet 11/2015
- Kunnskapssenter for utdanning (2015): Frafall i videregående en systematisk kunnskapsoversikt
https://www.regjeringen.no/contentassets/1e632f4a6e434af2b67950dc45aa2ffe/frafall_rapport_ksu_e.pdf
- Landheim, Wiig, Brendbekken, Brodahl og Biong (red) (2016): Et bedre liv. Gyldendal
- Lie Andersen og Bakken (2015): Ung i Oslo 2015. NOVA rapport 8/15

- Lie Andersen og Sandlie (2016): Osloungdoms bosituasjon og levekår – sosiale og geografiske forskjeller. NOVA notat 5/16
- Lie Andersen og Dæhlen (2016): Ung i Bydel Grorud. En analyse av Grorud-ungdoms levekår i 2015. NOVA Rapport 10/16
- Lien, Huus og Morken (2015): Psykisk syke lever kortere. Tidsskrift for den norske legeforeningen.
<http://tidsskriftet.no/2015/02/kronikk/psykisk-syke-lever-kortere>
- Lorentzen (2014): Faglighet og frivillighet. Helsedirektoratet 9/2014
<http://www.frivillighetnorge.no/filestore/Dokumenter/Frivillighetspolitikk/RapportenFaglighetogfrivillighet.pdf>
- Lundeberg, Måland og Søvig (2014): Tvang i rusfeltet. Regelverk, praksis og erfaringer med tvang. Gyldendal
- Melberg (2010): Conceptual problems with studies of the social cost of alcohol and drug use, Nordic Studies on Alcohol and Drugs 4/2010.
- Nasjonal kompetansetjenester TSB (2016): Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge – en kunnskapsoversikt. Basert på rapport utarbeidet av National Institute on Drug Abuse (NIDA) 2014
- Nordahl, Gravrok, Knudsmoen og Larsen (red.) (2006): Forebyggende innsatser i skolen. Utdanningsdirektoratet
Simonsen, T (2016): Rusmiddelavhengighet. Fagbokforlaget
- Nordlandsforskning (2012): Ikke slipp meg! Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid. NF-rapport 13/2012
- Nordlandsforskning (2016): Mellom linjene? En kunnskapsstatus om ungdom med sammensatte behov for offentlige velferdstjenester. NF-notat 1011/2016
- Nordens Velferdssenter: <http://www.norden.org/no/tema/det-nordiska-samarbetet-om-barn-och-unga/publikasjoner>
- Norsk institutt for by- og regionforskning (2013): Bedre tverrfaglig innsats (BTI) NIBR-rapport 2013:23
- Opsal, Kristensen, Larsen, Syversen, Rudshaug, Gerdner og Clausen (2013): Factors associated with involuntary admissions among patients with substance use disorders and comorbidity, a cross-sectional study. BMC Health Services Research
- Pedersen (2016): Kartlegging av det oppsøkende ungdomsarbeidet i kommunene 2015, Kompetansesenter rus – Oslo
<http://www.forebygging.no/Global/Kartlegging%20av%20opps%C3%B8kende%20ungdomsarbeid%20i%20kommunene%202015.pdf>
- Rehm, Mathers, Popova, Thavorncharoensap, Teerawattananom og Patra (2009): Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet
- Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen (2015-2016) <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>
- Riksrevisjonens undersøkelse av oppfølging av ungdom utenfor opplæring og arbeid, Dokument 3:9 (2015–2016)
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/UngdomUtenforOpplaringOgArbeid.aspx>
- Rognli, Medhus og Bramnes (2015): Amfetaminutløst psykose eller schizofreni? Tidsskrift for den Norske Legeforening
- Rossow, Moan og Natvig (2009): Nære pårørende av alkoholmisbrukere- hvor mange er de og hvordan berøres de? SIRUS-Rapport 9/2009
- Rossow, Pape og Baklien (2010): Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. SIRUS- Rapport 5/2010

Rossow (2002): Rusmiddelbruk i Norge. Norsk Epidemiologi 2002:12
<https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/382/357>

Ruud og Landheim (2014): Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene. Akershus universitetssykehus, Nasjonal kompetansetjeneste ROP
https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Sluttrapport%20evaluering%20ACT-Team_endelig.pdf

SaLTo Handlingsprogram 2016 – 2019, kriminalitets- og rusforebygging blant barn og unge i Oslo
<https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/bydeler/bydel-frogner/politikk-i-bydel-frogner/politiske-saker-i-bydel-frogner/2016/2016-04/salto-handlingsprogram-2016-2019-article47137.html>

Sandlie og Andersen (2016): «Rotløs ungdom» - ungdom, flytting og livssjanser. Sosiologi i dag, Vol. 46, Novus forlag

Shane, Diamond, Messinger, Shera og Wintersteen (2010): Impact og victimization on substance abuse treatment outcomes for adolescents in outpatient and residential substance abuse treatment. The American Journal on Addictions 2010: 15 Issue Supplement 1: 34 – 42

Simonsen (2016): Rusmiddelavhengighet – Lærebok for helse- og sosialfag. Fagbokforlaget

Skogen (2013): Tidlig debut av rusbruk, rusproblemer og mental helse hos ungdom
<http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Tidlig-debut-av-rusbruk-rusproblemer-og-mental-helse-hos-ungdom/>

Skretting, Bye, Finne Vedøy og Lund (2015): Rusmidler i Norge. Statistikk 2015 SIRUS
<https://www.fhi.no/publ/2015/rusmidler-i-norge-2015/>

Skretting, Bye, Vedøy og Lund (2016). Rusmidler i Norge 2016. Statistikk 2016 FHI
<https://www.fhi.no/publ/2017/rusmidler-i-norge-2016/>

Snertingdal (2014): Housing first i Norge – en kartlegging. Fafo-rapport 2014:52

Snertingdal og Bakkeli (2016): Housing first i Norge – sluttrapport. Fafos-rapport 2015:52

Statistisk sentralbyrå (SSB): Befolkningsstatistikk, økonomi og levekår

Storvoll, Rossow, Moan, Norström, Scheffels og Lauritzen (2010): Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk. SIRUS 3/2010

Sæland, M. (2014): Eating on the Edge. A study focusing on dietary habits and nutritional status among illicit drug addicts in Oslo, Norway.
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/38902>

Sælør, Kippenes og Andvig (2017): Evaluering av Booppfølgingsteamet i Velferdsetaten i Oslo kommune. Høgskolen i Sørøst-Norge, forskningsrapport nr 2 2017

Thorkildsen (2015): Du ser det ikke før du tror det. Vigmostad & Bjørke

Tuv, Krabseth, Strand, Karinen, Wiik, Vevelstad, Austgulen Westin, Øiestad og Vindenes (2016): Nye rusmidler rett fra nett. Tidsskrift for den norske legeforening 2016; 136:721-3

Vallersnes, Jacobsen, Ekeberg og Brekke (2016): Follow-up after acute poisoning by substances of abuse: a prospective observational cohort study. Scandinavian Journal of Primary Health Care

Velferdsetaten (2012): De åpne russcenene i Oslo sentrum. Velferdsetaten, Oslo kommune

Velferdsetaten (2016): Helhetlig russtatistikk i Oslo kommune. Velferdsetaten, Oslo kommune

Velferdsetaten (2016): Institusjonsplan for rusomsorgen. Velferdsetaten, Oslo kommune

Velferdsetaten (2017): Under brua. En kartlegging av unge menn som selger rusmidler på Vaterland. Velferdsetaten, Oslo kommune

Waal, Clausen, Håseth og Lillevold (2010): Siste år med gamle retningslinjer – status rapport 2009. SERAF rapport 1/2010

Waal, Gjersing og Clausen (2010): Open Drug Scenes and Overdose Mortality – What to do? SERAF rapport nr 1/2010

Waal, Bussesund, Clausen, Skeie, Håseth og Lillevold (2016): Mot grensene for vekst og nytte? Statusrapport 2015. Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Waal, Bussesund, Clausen, Skeie, Håseth og Lillevold (2017): Er kvalitetsforbedring nå viktigere enn kapasitetsutvikling? Statusrapport 2016. Senter for rus- og avhengighetsforskning og Nasjonal kompetansetjeneste TSB SERAF rapport 2/2017

WHO, The health and social effects of nonmedical cannabis use
http://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/

Østhus, Mäkelä, Norström og Rossow (2016): Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet. Helsedirektoratet 06/2016

Ordforklaringer og forkortelser

ACE studien: Undersøkelsen, der 18 000 amerikanere deltok, viser at mennesker som har hatt flere negative erfaringer som barn har større risiko for mer sykdom, mer alvorlige problemer i arbeidslivet og mer alvorlige økonomiske problemer som voksne.

ACT: Modell for oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. FACT er en tilpasning av ACT-modellen.

AUDIT: Screeningverktøy for å identifisere problemfylt bruk av alkohol siste 12 måneder.

BFE: Barne- og familieetaten

Brukerplan: Verktøy for å kartlegge omfanget av rus- og psykiske problemer blant tjenestemottakere i kommunen.

Brukerstyrte senger: Brukerstyrte plasser/senger er i de siste årene prøvd ut flere steder i landet. Ordningene innebærer at bruker/ pasient selv gis muligheten for å definere og erkjenne behovet for innleggelse.

BTI: Bedre tverrfaglig innsats

Bufdir: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

BUP: Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

DPS: Distriktpsikiatrisk senter

DUDIT: Screeningverktøy for å identifisere bruk av narkotika siste 12 måneder.

EHS: Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester

FACT: Se ACT

FHI: Folkehelseinstituttet

HAP: Hasjavvenningsprogram ved Uteseksjonen i Oslo og i enkelte bydeler for personer som ønsker å slutte eller trappe ned bruken av hasj og/eller marihuana.

HEL: Helseetaten

HKH: Hurtig kartlegging og handling

Housing first: Metode for å få vanskeligstilte raskt inn i en egen, permanent bolig. Valg av bolig skal bygge på brukermedbestemmelse hvor den enkeltes preferanser for beliggenhet og andre generelle ting med bolig skal vektlegges.

Indikativ forebygging: Strategier og tiltak som rettes mot enkeltpersoner hvor risikofaktorer og/eller konkrete problemer er observert eller opplevd.

IP: Individuell plan

IPS: Individual Placement and Support – individuell jobbstøtte. Tilnærming for å oppnå ordinært arbeid for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

IS 24/8: Årsverkstall innen rus og psykisk helsearbeid fra alle landets kommuner. SINTEF forskningsinstitutt har ansvar for å samle inn tallene på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Kjentmann: Kjentmann er en beredskapsordning for skolen, og har til hensikt å styrke arbeidet med rusrelaterte problemstillinger. Målet er at skolen kan oppdage og identifisere rusbruk hos elevene tidlig og gi skolefolk konstruktive handlingsalternativer overfor elever som ruser seg.

KoRus Oslo – Kompetansesenter rus Oslo

KOSTRA: Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner.

Kunnskapsbasert praksis: er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

KPR: Kommunalt pasientregister

LAR: Legemiddelassistert rehabilitering

LASSO: LASSO-prosjektet tilbyr skadereduserende behandling til personer som er avhengig av opioider. Behandlingen foregår med legemiddelet Suboxone. LASSO-prosjektet drives ved Dalsbergstiens Hus, Velferdsetaten.

MAR Oslo poliklinikk: Tilbud til personer som har eller har hatt problemer med rus. Du trenger ikke å være pasient i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men vi har kompetanse innen (LAR) og har også et tilbud om legemiddelutlevering.

Metamfetamin: Stoff som er nært kjemisk beslektet med amfetamin. Virkningen er den samme, men stoffet er noe mer potent slik at man trenger en mindre dose enn med amfetamin for å oppnå samme effekt.

Nalokson: Er en livreddende medisin eller motgift som kan stoppe eller reversere effektene av en opioid-overdose.

NIBR: Norsk institutt for by- og regionforskning

NPR: Nasjonalt pasientregister

Nye psykoaktive stoffer (NPS): Et nytt narkotisk eller psykotropt stoff som ikke er kontrollert i henhold til FN-konvensjoner, men som kan være like farlige for folkehelsen som kontrollerte stoffer. Ofte baseres NPS på ulike preparater og medikamenter som Legemiddelindustrien forsker, eller har forsket på. Stoffene kalles «research chemicals» fordi en del av «oppskriftene» blir plukket opp av uvedkommende og brukt i fremstilling av rusmidler.

Nyttig arbeid: Arbeidstiltak for målgruppen rusavhengige under rehabilitering. Tiltaket organisert i bydel Grünerløkka, men er byomfattende.

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development består av trettifire land, hvorav de fleste er europeiske. OECD arbeider for å fremme økonomisk vekst i og handel mellom medlemslandene.

Opioider: Samlebetegnelse for stoffer som har sitt opphav i opium, både naturlige og syntetiske. Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon. Opioider benyttes i medisinsk behandling og som illegale rusmidler. Ved gjentatt bruk er de sterkt avhengighetsskapende

OUS: Oslo universitetssykehus

Paramentoksymetamfetamin (PMMA): Stoff som ligner både amfetamin og ecstasy. Virkningen inntreffer ofte langsommere enn ved bruk av amfetamin eller ecstasy, slik at man kan tro at det er et svakt stoff og derfor tar mer for å få en sterkere rus.

PTSD: Posttraumatisk stresslidelse: Alvorlig angstlidelse som kan utvikle seg etter eksponering for en hendelse som fører til psykiske traumer.

RBUP: Regionsenter for barn og unges psykiske helse

RIB: Rus i barnefamilier. Opplæringsprogram ved KoRus Oslo.

RVTS: Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

SAA: Sosialt og ambulant akuttjeneste ved Helseetaten

SALUTT: Sammen lager vi utelivet trygger. Målet er å forebygge overskjenking, skjenking til mindreårige, vold og ordensforstyrrelser ved å ha en god dialog med utelivsbransjen, opplæring av ansatte og økt kontroll og tilsyn.

saLTø: En samarbeidsmodell for Oslo kommune og Oslo politidistrikt for å forebygge kriminalitet og rusmisbruk blant barn og unge.

Selektiv forebygging: Tiltak rettet mot grupper med kjent og/eller forhøyet risiko for å utvikle problemer.

SERAF: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Oslo universitetssykehus

SIRUS: Statens institutt for rusmiddelforskning, er i dag en del av Folkehelseinstituttet (FHI)

SKBO: Stiftelsen Kirkens bymisjon i Oslo

SSB: Statistisk sentralbyrå

Substitusjonsbehandling: Normalt foregår substitusjonsbehandling i Norge innenfor Legemiddelassistert rehabilitering – LAR - der substitusjonsbehandling inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Målgruppen er personer med opioidavhengighet.

SYE: Sykehjemsetaten

Tidlig innsats: Dette er både innsats tidlig i et barns liv, og å gripe inn tidlig når problemer oppstår eller avdekkes uavhengig av alder.

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ung i Oslo: De store ungdomsundersøkelsene i Oslo blir kalt «Ung i Oslo», og gjennomføres hvert tredje år. Hovedformålet med undersøkelsen er å framskaffe et kunnskapsgrunnlag for utforming av lokal ungdomspolitik og forebyggende tiltak rettet mot barn og unge. Elever på samtlige ungdomsskoler og videregående skoler i Oslo er i målgruppa for undersøkelsen. Systemet som brukes er Ungdata.

Universell forebygging: Omfatter innsats rettet mot hele befolkningsgrupper (for eksempel alle barn og unge) uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko.

VEL: Velferdsetaten

VGS: Videregående skole

Villa MAR: Er et dagtilbud til personer som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Oslo.

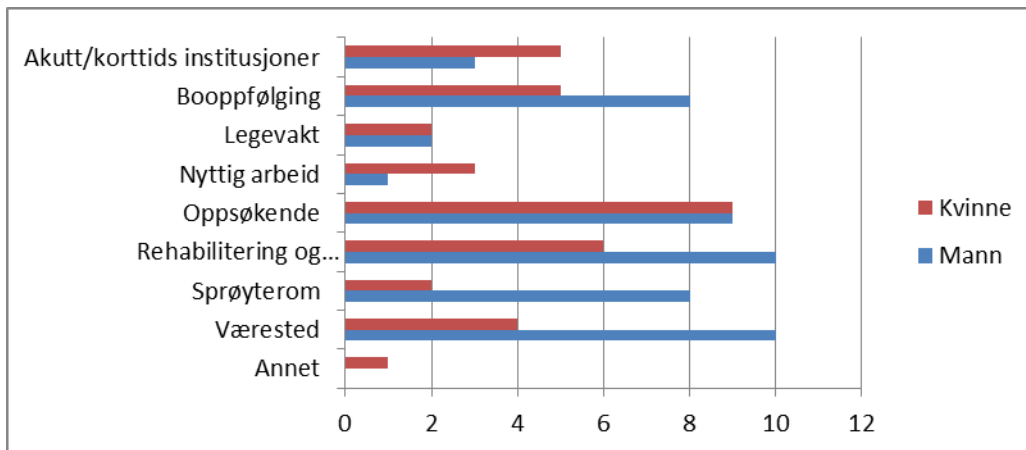
WHO: Verdens helseorganisasjon

Vedlegg 1 Organisering av styringsgruppe og arbeidsgrupper

<i>Styringsgruppe</i>	<i>Prosjektgruppe</i>
Lilleba Fauske, VEL – leder Lasse Østmark, Bydel Gamle Oslo Lillian Aakervik, Bydel Søndre Nordstrand Odd Rune Andersen, Bydel Frogner Iben Schier Van Den Berg, BFE Stine Wågsås, HEL Merete Hanch-Hansen, VEL John Danielsen, VEL Kari Fauchald, VEL – sekretær	Kari Fauchald, VEL (prosjektleder) Ragnhild Audestad, VEL Kathrine Paulsen, VEL Kathrine Tveit Heggset, VEL Alf Mørkrid, VEL Jorunn Moksnes, VEL
<i>Arbeidsgruppe</i> <i>Forebygging og tidlig intervensjon</i>	<i>Arbeidsgruppe</i> <i>Behandling, rehabilitering og ettervern</i>
Ragnhild Audestad, VEL – leder Henning Pedersen KoRus Linda Svalsrød, Bydel Nordstrand Trine Khøncke Urholt, Bydel Nordre Aker Guro Owren, Bydel Alna Ellen Kobro, Helseetaten. Lina Marie Karlsen, Landsforeningen for barnevernsbarn (deltager i innledende fase) May Britt Grunnaleite, Bydel Bjerke Kathrine Haarstad, BFE	Kari Fauchald, VEL – leder Trond Brækhus, Bydel St Hanshaugen Marit Polle, Bydel Stovner Siv Løvland ProLAR Per Sandvik, LMS Kari Bakke Larring, OUS Harald Aasen, Lovisenberg, erstattet av Torgeir Hjellnes, Lovisenberg Diakonale sykehus Nils Harketstad, VEL Sverre Jørgensen, VEL Pål Audun Hansen, VEL Tonje Anholt, VEL
<i>Arbeidsgruppe</i> <i>Sentrumsarbeidet</i>	
Kathrine Paulsen og Kathrine Tveit Heggset, VEL - ledere Ane Stabell, Bydel Vestre Aker Kristine Lier Nilsen, Bydel Grünerløkka Fride Behrentz Færeveag, HEL Heidi Hansen, RIO Kari Gran, Bymisjonen Børge Erdal, VEL Mari Kjølberg, VEL Jorunn Moksnes, VEL	

Vedlegg 2 Gjennomførte intervjuer og dialogmøter

Det er gjennomført 89 intervjuer med brukere. Intervjuene er gjennomført av deltagere i arbeidsgruppen samt utekontakter, ansatte i bydel, etater, ideelle organisasjoner og spesialisthelsetjeneste. Vi har intervjuet flest personer i aldersgruppen 41-60 år (42 personer). 17 personer vi har snakket med er under 22 år, mens 16 personer i aldersgruppen 23-40 år. Kun fire personer er over 60 år.



Oversikt over hvor intervjuet med brukere er gjennomført (N=89 intervjuer)

Det er gjennomført 51 intervjuer med pårørende, 43 kvinner og 8 menn. Det aller fleste har skriftlig besvart spørsmålene, mens 10 har blitt intervjuet enten på telefon eller i ordinært intervju. Om lag halvparten sier de er pårørende til en bruker som bor i Oslo. 38 forteller at de selv er bosatt i Oslo. 20 pårørende forteller at de er pårørende til en mor/far med rusmiddelproblemer, like mange forteller at de er pårørende til en datter eller sønn. 6 pårørende er søster eller bror, mens 5 er venn.

Det er gjennomført ni dialogmøter, to av disse med erfaringskonsulenter ved Forandringsfabrikken og Ung Arena. Det er gjennomført fem dialogmøter med brukere ved Tyrilihaugen, Tyrili Arena, Fyrlyset, Møtestedet, =Oslo og Ungdomspanelet ved Salto-sentrum. Det var invitert til ytterligere et dialogmøte med Forandringsfabrikken, men dette ble avlyst av Forandringsfabrikken. Videre ble potensielle informanter søkt rekruttert gjennom Normal Norge, og konkret avtale om tidspunkt for dialogmøte ble avtalt. Det var dessverre ingen som møtte til dette dialogmøte.

Dialogmøter	Antall deltagere
Tyrilihaugen	7
Tyrili Arena	3
Fyrlyset, Frelsesarmeen	4
Ungdomspanelet, SaLTo-sentrum	6
Møtestedet	3
Ung Arena	3
Forandringsfabrikken	3
MAR Oslo poliklinikk	2
=Oslo	2
Normal Norge – ingen møtte	0
Antall deltagere dialogmøter	36

Vedlegg 3 Institusjonsplasser rus i regi av Velferdsetaten

Institusjon	Type institusjon	Antall plasser	Kjønn (K/M)	Kommunale private (K/P)
Adamstuen omsorgsboliger	Omsorg, aktiv/noe rus	10	K/M	K
Adamstuen omsorgssenter	Omsorg, aktiv/noe rus	33	K/M	K
Bjørnerud rehabiliteringssenter	Rehabilitering, aktiv/noe rus	22	M	K
Blindern rehabiliteringssenter	Rehabilitering, rusfri	18	M	K
BoSatt H25	Rehabilitering, rusfri	30	K/M	P
Bygdøy rehabiliteringssenter	Rehabilitering, aktiv/noe rus	19	K/M	K
Dalsbergstien	Akutt/korttid, aktiv rus	45	K/M	K
Den Åpne Dør, Frelsesarmeen	Omsorg, aktiv/noe rus	21	K/M	P
Enga, Kirkens bymisjon	Omsorg, aktiv/noe rus	35	K/M	P
EXIT	Unge voksne, aktiv/noe rus	8	K/M	K
Fagerborg, Frelsesarmeen	Korttid, aktiv rus	20	K/M	P
Fredensborg bosenter	Korttid, aktiv rus	32	K/M	K
Fredheim	Rehabilitering, rusfri	20	K/M	P
Haugenstua treningsleiligheter	Rehabilitering, rusfri	27	K/M	K
Heimen	Omsorg, aktiv/noe rus	26	K/M	P
Holmen	Kortid, rusfri	25	K/M	P
Incita AS	Rus og psykisk helse	6	K/M	P
Karlsborg rehabiliteringssenter	Rehabilitering, aktiv/noe rus	19	M	K
Lassonløkken rehabiliteringssenter	Rehabilitering, aktiv/noe rus	10	M	K
Liakollen rehabiliteringssenter	Rehabilitering, aktiv/noe rus	25	K/M	K
Marcus Thranes Hus	Akutt/korttid, aktiv rus	37	K/M	K
P22	Korttid, rusfri	5	K/M	P
Prindsen døgnovernatting	Akutt, aktiv rus	17	K/M	K
Sjøstrand omsorgssenter	Omsorg, aktiv/noe rus	31	K/M	K
Stensløkka ressurscenter	Rehabilitering, rusfri	17	K/M	K
Stiftelsen Guts	Rehabilitering, rusfri	28	K/M	P
Svingen	Rus og psykisk helse	5	K	K
Syningom omsorgssenter	Omsorg, rusfri	22	K/M	K
Thereses hus	Akutt, aktiv rus	12	K	K
Tyrili rehabilitering	Rehabilitering, rusfri	20	K/M	P
Vestli rehabiliteringssenter	Rehabilitering, rusfri	32	K/M	K
Østensjøveien hus	Rehabilitering, aktiv/noe rus	26	K	K

I tillegg kommer Gjennomgangsleiligheter med oppfølging: 22 leiligheter som er tilbud om midlertidig botilbud til brukere som ønsker botrening med oppfølging i leilighet i ordinært bomiljø. Tiltaket tilbyr individuelt tilrettelagt oppfølging med utgangspunkt i klientens mål og påbegynte rehabiliteringsprosess.

Sykehjemsetaten tilbyr: Ryen helsehus, syv korttidsplasser og Stovnerskogen sykehjem, 16 langtidsplasser.

Vedlegg 4 Oversikt over tilbudene i sentrum

	Målgruppe	Tilbud	Antall lønnete årsverk	Frivillige Årsverk*	Antall unike brukere 2016	Tilskudd 2017
Kommunale tiltak						
Prinsen mottakssenter	Personer i aktiv rus	Smittevern, Sprøyterom, Feltpleie, overnatting	Ca. 65	Ingen	Kun pr. tjeneste (se i teksten)	Ikke aktuelt
Uteseksjonen	Unge voksne i sentrum	Oppsøkende, rådgivning, samtaler/råd, telefонтjeneste	38	Erfaringskonsulenter	Kontakt med 2 043 personer, 1 434 oppfølging	Ikke aktuelt
Riverside	Ungdom, 15-23 år	Råd/veiledning, sosial møteplass, kurs, aktiviteter, arbeidspraksis				Ikke aktuelt
SAA, HEL	Personer i aktiv rus	Bistand ved akutt krise, gir informasjon, kartlegging, henvisninger, oppsøkende arbeid i hjemmet	45	ingen	2 8071 konsultasjoner 100 personer henvist til TSB, barn/unge under 18 år: 129	Ikke aktuelt
Prosjenteret	Personer som selger seksuelle tjenester	Oppsøkende arbeid, informasjon, sosial møteplass	24	Noe	612 personer	Ikke aktuelt
Fri rettshjelp	Personer som har behov, svakerestilte i Oslo og omegn	Gratis juridisk rådgivning	9,37	Ingen	4 051 saker, 2 584 nye personer i 2016	Ikke aktuelt
LASSO	Opiat-avhengige	Medisinering, motivasjon for videre behandling	4,2	Ingen	78 pasienter	Ikke aktuelt
Frivillige og ideelle organisasjoner						
Blå kors kontaktsenter	Personer med rusmiddelproblemer	Mat, klær, rådgivning og veiledning	5,6	29,8	1 779 personer	4 450 000,-
Blå Kors Steg for steg	Personer med tidligere rusmiddelproblemer	Aktiviteter, sosialt nettverk, oppfølging	2,2	0,54	74 personer	500 000,-
Caritas	Innvandrere fra EØS-land med lovlig opphold	Råd, veiledning, kurs, aktiviteter	2,2	4	Anslag: 5 650 brukere	99 000,-
= Oslo	Vanskeligstilte, personer med rusmiddelproblemer	Salg av aviser, møtested	8,6	Liten grad	496	0,-
Fattighuset**	Fattige og vanskeligstilte	Mat og klesutdeling, aktiviteter	Ingen	Ca. 40	Ca. 456	99 000,-
Foreningen for Human Narkotika-politikk	Personer med rusmiddelproblemer	Deltakelse i brukerråd, råd/støtte til enkeltpersoner, Utdeling av brukerutstyr		30 personer	Anslag: 1 500 fra Oslo	0,-
Frelsesarmeen Feltpleie	Personer i aktiv rus	Feltpleie	4,25	0,3	529	4 100 000 (VEL, drift)
Frelsesarmeen	Personer med	Mat, klær, sosiale	11	5,2	Anslag: 600-1	5 670 000

Fyrlyset	rusmiddelproblemer	aktiviteter, rådgivning og veiledning			000	
Frelsesarmeen Jobben	Personer med rusmiddelproblemer	Arbeidstrening, aktivitetstilbud	8,5	0,5	201	13 090 000,-
Frelsesarmeen Migrasjons-senteret	Utenlandske tilreisende	Dusj/toalett, mat, råd og veiledning	2	0,5	300	1 000 000,-
Frelsesarmeen Slumstasjon	Fattige (ikke rus)	Matutdeling, aktiviteter, råd/veiledning, kurs	6,5	Ca. 8	Ca. 5 000	580 000,-
Frelsesarmeen Vinternatt	Bostedsløse med begrensede sosiale rettigheter	Akutt overnatting				520 000,-
Marita-stiftelsen Marita Ung	Ungdom og unge mellom 15-23 år som oppholder seg i sentrum.	Musikkverksted, kafedrift, samtaler	1	0,25	60	405 000,-
Marita-stiftelsen Maritakafeen	Personer med rusmiddelproblemer og prostitusjons-erfaringer	Kafe med enkel mat, samtaler, råd og veiledning	3,5	6	Anslag: 800-1 000	1 900 000,-
Oslo Røde Kors	Mannlige fattige tilreisende	Akutt overnatting	5	2	372,-	0,-
Stiftelsen Evangelie-senteret kontaktsenter	Personer med rusmiddelproblemer og vanskeligstilte EØS borgere	Utdeling av matposer, middags-servering	2	12,9	Ca. 1 500	500 000,-
Stiftelsen Fransiskus-hjelpen Sykepleie på hjul	Personer med rusmiddelproblemer og prostituerte	Oppsøkende helsehjelp, utdeling av brukerutstyr, sårstell, medisinallevering	2,8	0,08	3 809 henvendelser	1 000 000,-
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Bymisjons-senteret Tøyenkirken	Fattige tilreisende, vanskeligstilte	Mat/kafe, aktiviteter, turer, samtaler, sykurs og vaskeri for fattige tilreisende	13	5,8	Ca. 250 per uke	99 000,-
Kirkens Bymisjon Akutt-overnatting	Kvinnelig fattige tilreisende	Akutt overnatting			Ca. 280 hver uke	0,-
Kirkens Bymisjon 24-SJU	Personer i aktiv rus og psykiske lidelser	Råd/veiledning, samtaler, værested, hvilestoler	22	1,5	759	0,-
Kirkens Bymisjon Sporet	Rusavhengige, psykisk syke, fattige tilreisende og andre på Oslo S	Oppsøkende arbeid, Samtaler, råd/veiledning, videre hjelp	4	1,5	1 720	50 000,-
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Gatejuristen	Personer som har eller har hatt rusmiddelproblemer	Rettshjelp (Gatas økonom, og Barnas jurist i tillegg)	7,7	6,9	1 088 saker	1 70 000,-

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Lønn som fortjent	Personer med rusmiddelproblemer, i prostitusjon og andre	Arbeid	8,9	0,7	250	3 100 000,-
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Møtestedet	Personer med rusmiddelproblemer, i prostitusjon og andre i gatemiljøet	Mat, aktiviteter, råd og veiledning	9,6	Ca. 3	Anslag 5 000	500 000,-
Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Nadheim senter for kvinner og menn med prostitusjons-erfaring	Personer med prostitusjons-erfaring	Oppsøkende virksomhet, individuell oppfølging, kurs, aktiviteter	10,5	1	867	355 000,-
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Safir	Personer med tidligere rusmiddelproblemer	Aktiviteter, boligscole, kafe, sosialt fellesskap	3,3	5,9	199	460 000,-
Stiftelsen Retretten	Personer med tidligere rusmiddelproblemer og straffedømte og pårørende	kurs, råd/ veiledning, akupunktur	8	Ca. 2		1 010 000,-
Sub Church, Ungdomskafe Subscene	Ungdom i faresonen	Kafe, aktiviteter, konserter,	3,3	4	Anslag: 2 700	414 000,-
Universitetet i Oslo, Juss-Buss	Vanskeligstilte/ svake grupper	Retts hjelp og rettsinformasjon	7,63	16,97	6 042 saker	700 000,-
WayBack	Tidligere straffedømte	Faddere, råd/veiledning, aktiviteter, sosial møteplass				0,-
Samlet beløp						42 401 000

‘ Ett frivillig årsverk defineres som 1703 timer på år.

’’ Tallene er fra 2015, ikke søkt midler for 2018 (og ikke rapportert for 2016)

Vedlegg 5 Instanser som har gitt innspill

Instanser som har gitt innspill:	
Actis	Høyskolen i Sørøst Norge
Adamstuen omsorgssenter (VEL)	Kirkens Bymisjon
Blå Kors	Landslaget for offentlige pensjonister
Bydel Bjerke	Leieboerforeningen
Bydel Frogner	Mental Helse Ungdom Oslo
Bydel Gamle Oslo	Mental Helse Ungdom Oslo
Bydel Nordstrand	Normal Norge
Bydel Sagene	Nyttig Arbeid
Bydel Stovner	Oslo krisesenter
Bydel Søndre Nordstrand	ProSentret
Bydel Ullern	Regionsenter for barn og unge psykisk helse
Bydel Østensjø	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Dalsbergstiens hus, Marcus Thranes hus og Prindsen mottakssenter (VEL)	Russeksjon 1 og 2 (VEL)
Exit (VEL)	Rådet for innvandrersorganisasjoner i Oslo
Fagforbundet	Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne
Folkehelseinstituttet	SalTo Fokusgruppe
Forbundet mot rusgift	Sentralt ungdomsråd
Fylkesmannen	Stiftelsen Guts
Gatejuristen	Sub Cafe/Sub Scene
Helseetaten	Sykehjemsetaten
Henrik Fagertun	Utdanningsetaten
Husbanken	Velferdsetatens brukerråd

Vedlegg 6 Oppsummering av innspill

Notat for kunnskapsgrunnlag for rusmelding ble sendt ut til innspill til 106 ulike aktører. I tillegg ble invitasjon til å komme med innspill spredd via sosiale medier, intranett og internett. 44 kommunale og statlige aktører, frivillige og ideelle organisasjoner, bruker- og pårørendeorganisasjoner samt en privatperson har kommet med innspill.

I de generelle tilbakemeldingene understreker de aller fleste innspillsaktørene at det har vært en grundig og inkluderende prosess for utarbeidelse av kunnskapsgrunnlaget, samt at det foreliggende notatet favner bredt og er av høy kvalitet.

Det er noen få aktører som gir uttrykk for at notatet ikke er tilstrekkelig nytenkende. I den sammenheng blir anbefalingene av enkelte trukket frem som for vage og generelle, og at det hadde vært hensiktsmessig at anbefalingene i større grad ga retning for konkrete mål og tiltak.

Gjennom innspillene ble det av noen fremsatt at det er tema eller grupper som ikke har blitt tilstrekkelig omtalt i kunnskapsgrunnlaget:

- Flere mente at særskilte grupper har fått for lite omtale, og at minoritetsperspektivet i for liten grad blir vektlagt. Det ble etterlyst mer fokus på kjønn, eldre, etnisitet, asylsøkere, flyktninger og tilreisende fra EØS-området.
- Noen mente at alkohol i større grad burde vært omtalt, både knyttet til tilgjengelighetsregulering, men også i form av særskilte tiltak overfor personer med alkoholproblemer
- Flere savnet en omtale av omfordeling av oppgaver og økonomi, der man ønsket en tydeliggjøring av at forflytning av oppgaver og ansvar til bydel må medføre styrket økonomi
- Det var også noen som savnet en beskrivelse av fagkompetansen på rusfeltet, inkludert analyse knyttet til fremtidige behov. Flere understreket betydningen av erfaringkompetanse samt kompetanseoverføring mellom bydeler og etater
- Flere mente at avgrensingen som er gjort opp mot Oslo kommunes planverk for folkehelse og psykisk helsearbeid er hensiktsmessig, mens andre gir uttrykk for at folkehelse, psykisk helsearbeid og rus må sees i sammenheng. En organisasjon og en privatperson mente at negative konsekvenser av kriminalisering og kontrolltiltak burde hatt større fokus i kunnskapsgrunnlaget, og at kunnskapsgrunnlaget burde ha kommet med anbefalinger knyttet til avkriminalisering og/eller regulering av cannabis

Gjennom innspillene har det fremkommet beskrivelser av kunnskapsbaserte tiltak og metoder som kan være hensiktsmessig å implementere som et resultat av politisk behandling av rusmeldingen.

På bakgrunn av innspillene er det gjort endringer i kapitlene 2-6. Ut fra mandatets innhold og tidsramme er enkelte tema som fremkom gjennom innspillene ikke belyst i sin fulle bredde.

Innspill til kapittel 3 – God livskvalitet

Gjennom de generelle tilbakemeldingene fremkommer at flertallet av innspills-instansene synes vektleggingen av god livskvalitet med utgangspunkt i trygge bo- og nærmiljø, arbeid/aktivitet og inkludering er hensiktsmessig. Det ble understreket at kunnskapsgrunnlaget er utformet på en måte som inkluderer snarere enn å stigmatisere befolkningsgrupper. Anbefalingene i dette kapittelet får i all hovedsak støtte fra de som har sendt innspill, men det er noen som ønsker presiseringer eller tilføyelser.

Flere understreker at dersom mer innsats skal foregå i bydel, bør ressurser målrettes slik at bydel er i stand til å ivareta ytterligere oppgaver. Dette inkluderer både økonomiske ressurser og kompetanse- og personalressurser.

Flere av innspillene slutter seg til anbefalinger om i større grad å spre den kommunale boligmassen og styrke samarbeid mellom bydel og frivillige/ideelle sektor. Det pekes også på at det kan være utfordrende å bosette personer med rusproblemer i ordinære bygårder, og nærmiljøtiltak er derfor avgjørende. Brukernes rett til bolig og tjenester i bydel må tilbys i samsvar med sosialtjenesteloven og forvaltningsloven.

Det ble understreket at arbeidstiltak må differensieres ut fra funksjonsnivå, og det må være mulig å avansere fra «enklere lavterskeltilbud» til ordinært arbeid gjennom flere «trappetrinn». Det er særlig viktig å ha fokus på unge for å sikre arbeidsrettede tiltak for målgruppen.

Flere innspill ønsker ytterligere forsterkning og målretting av tiltak og ressurser for barn og unge. Det dreier seg om møteplasser, skolehelsetjeneste og andre fritidstiltak som har lav terskel for deltagelse og som kan benyttes uavhengig av familiens økonomiske situasjon.

Det ble av flere understreket betydningen av brukermedvirkning både på system- og individnivå. Flere gir tilslutning til å opprette et sentralt brukerråd for Oslo kommune, og det understrekes betydningen av at pårørendeorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner inkluderes.

Brukermedvirkning på individnivå er viktig for å sikre den enkelte reell innflytelse på tjenestetilbudet de mottar. Systematisk bruk av brukermedvirkningsverktøy ble nevnt som viktig av flere, der det understrekes behov for erfaring- og kompetanseoverføring mellom bydeler og etater. Videre understrekes betydningen av å støtte brukernes egne ressurser under hele forløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.

Både kontaktperson/koordinator/koordinerende enhet og bruken av IP tas opp av flere. Det pekes på at koordinator og IP er en rettighet for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det ble av noen stilt spørsmål ved om det er behov for å ha en fast kontaktperson i bydel, da koordinator vil inneha disse funksjonene. Flertallet av de som kommenterte denne anbefalingen ønsket imidlertid at ordning med fast kontaktperson i bydel opprettes.

Det var flere som understreket behov for at deltagerne i ansvarsgruppen har beslutningsmyndighet, både for å sikre reell brukermedvirkning og for å sikre at den enkelte får den hjelp han/hun har behov for.

Samlet informasjon til brukere, pårørende og ansatte om rettigheter og tjenestetilbud pekes på av flere som viktig. Det bør vurderes at noe av informasjonen gis på andre språk.

Forholdet til pårørende omtales av flere, og det blir foreslått at det bygges opp byomfattende tilbud til pårørende med informasjon, støttesamtaler og mulighet for terapi. Flere ønsker at det fokuseres mer spesifikt på barn og unge som pårørende, og at disse får tilrettelagt tilbud med informasjon, oppfølging og hjelp.

Det gis tilslutning til at tiltak og satsinger som settes i verk på bakgrunn av rusmeldingen bør være kunnskapsbaserte. Videre bør tiltakene/satsingene evalueres, gjerne i et samarbeid med kunnskaps-, kompetanse- og forskningsmiljøer. Det ble opplyst om at Forskningsrådet har programmet FORKOMMUNE som kan bidra med finansiering av slike prosjekter.

Flere aktører understreket betydningen av å ha oversikt over befolkningens helse, der både Ungdata og BrukerPlan ble nevnt som viktige kartleggingsverktøy. Når det gjelder BrukerPlan ble det understreket at det er viktig at kartleggingen utføres av alle relevante instanser i hele kommunen for at datagrunnlaget skal kunne gi reelle og korrekte styringsdata. For å sikre at bydelene, etatene og Oslo kommune som helhet har oppdatert styringsinformasjon, skal Velferdsetaten utarbeide årlige rapporter basert på allerede eksisterende kartlegginger.

Innspill kapittel 4 – Forebygging og tidlig intervensjon

De fleste som har gitt innspill mener at dette kapittelet har riktig fokus, og instansene gir i all hovedsak tilslutning til anbefalingene. En organisasjon mener imidlertid at det er lagt for lite vekt på forebygging av rusproblemer og strategier for tidlig innsats. Organisasjonen mener at kunnskapsgrunnlaget burde omtalt kommunens egen innsats for forebygging og tidlig intervensjon blant ansatte, inkludert utarbeidelse av retningslinjer for rusmiddelbruk for kommunens virksomheter.

Mye av fokuset i kapittel 4 er knyttet til generelle og allmenne belastninger hos barn og unge. Flere påpeker at dette er et nødvendig fokus. Det advares imidlertid fra noen om å ha et for bredt perspektiv på forebyggende arbeid, for å sikre at forebyggende arbeid rettes mot risikogrupper. Et av innspillene poengterer at det fødes cirka 50 barn årlig med kjent rusabstinens i Norge, mørketallene kan være store. Det er viktig å opprettholde spesialiserte tilbud til disse barna og deres familier.

Flere innspill vektlegger familieperspektivet. Enkelte mener at barn som vokser opp i hjem hvor foreldrene misbruker rusmidler/og eller har psykiske lidelser ikke er tilstrekkelig omtalt i kunnskapsgrunnlaget. Det er behov for en langt større systematisk identifisering og oppfølging av tidlig rusmisbruk hos barn og unge med belastninger som omsorgssvikt og/eller psykiske vansker. Det ble understreket at barnevernet og de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene må kartlegge familiens forhold til rusmidler. Tilbudet til barn som pårørende bør styrkes.

Flere påpeker at minoritetsperspektivet i større grad må omtales i kapittel 4. Det er viktig at forebyggende tiltak når ut til flyktninger og asylsøkere. Rusforebygging er ikke en del av introduksjonsprogrammet i Oslo kommune, og det blir foreslått at kunnskap om rusmidler og norsk alkoholkultur blir en del av opplæringen. Det er flere innspill som understreker skolen som viktig arena for forebyggende arbeid. Det foreslås at det utarbeides en helhetlig strategi for det rusforebyggende arbeidet i Oslo-skolen, og at skolene benytter samme rusforebyggende program. Dette vil sikre at alle får lik og kunnskapsbasert opplæring på alle trinn. Ung-til-ung tilnærming ble fremhevet som hensiktsmessig i det folkehelse relaterte arbeidet i skolen. En organisasjon mener at midler til rusforebygging i skolen bør øremerkes.

Det ble av flere understreket betydningen av å ha helsesøster og psykolog tilgjengelig for elever både på barne- og ungdomstrinnet og ved videregående skole, og flere understreket behovet for bedre samarbeid mellom skolen og øvrige tjenester i bydel og spesialisthelsetjeneste. Det er utfordrende at elever ikke alltid går på skole i den bydelen de bor, og dette kan vanskeliggjøre samarbeid mellom skole og bydel.

Et innspill vektlegger at forebygging må ses på som en langsiktig strategi, og fokuset bør være å legge til rette for utvikling av sosial kompetanse for alle barn og unge.

Det ble av flere understreket at strukturelle virkemidler har betydning for bruk av rusmidler. Tilgjengelighetsregulering av alkohol kan ha effekt på høyrisikogrupper og omfang av alkoholrelaterte skader.

At barn og unge skal ha en meningsfull fritid påpekes av flere. Det er viktig med rusfrie arenaer, og det ble foreslått at alle idrettsarrangement og flere kulturelle arrangementer bør være rusfrie. Kommunen kan stille krav om rusfrie arrangementer.

Fritidsklubber blir nevnt som viktig. Ungdom trenger rusfrie og åpne møteplasser både i bydelene og i sentrum. En instans foreslår at tilbud som Ung Arena bygges opp i alle bydeler/i samarbeid mellom flere bydeler. Flere instanser understreker betydningen av at barn og unge kan delta på fritidsaktiviteter uavhengig av familiens økonomi.

Det anbefales et tettere samarbeid mellom oppfølgingstjenesten, skole og NAV. Kommunen bør styrke

oppfølgingstjenesten og tilby arbeidsplasser for ungdom som faller ut av skolen. Bydelene bør utarbeide en samarbeidsavtale som bygger på Oslo-standard om gjennomføring av videregående opplæring.

Flere støtter forslaget om videre oppbygging av fleksible og oppsøkende tjenester og FACT/ACT team rettet mot barn og unge. Det foreslås at det opprettes et kompetansemiljø for oppsøkende arbeid. Dette kan bidra til å øke kvaliteten.

Flere foreslår at HAP utvidet til å være et tilbud i alle bydeler. Programmets profil må være tillitsvekkende. Alle bydeler bør ha en «ruskonsulent Ung», og bydelene bør ha en helhetlig strategi og plan for det rusforebyggende arbeidet. Det foreslås også at det skal være ruskonsulent på politihusene etter modell fra Drammen.

Primærhelsetjenesten har en viktig rolle i å avdekke og sette i verk tiltak for å redusere risikofylt rusmiddelmissbruk. Fra internasjonal forskning er det godt dokumentert at screening og tidlig intervensjon overfor mennesker med et risikofylt alkoholbruk har god effekt.

Selv om flere støtter opp under anbefalingene om eldre, alkohol og legemidler mener en aktør at de bør være mer konkrete. Organisasjonen mener det bør etableres ambulerende/opsøkende team for eldre som har fokus på forebygging og forhindre rusrelaterte sykdommer og skader. Dette kan bidra til at eldre blir i stand til å bo hjemme lenger. Fastlegene bør gis et særlig ansvar for å arbeide proaktivt, slik at risikobruk av alkohol kan forebygges. En aktør påpeker at eldre har behov for møtesteder, gjerne på kveldstid.

Innspill kapittel 5 – Behandling, rehabilitering og sammensatte tjenester

Gjennomgående tilsier innspillene at beskrivelsene av utfordringsbilde er gjenkjennelige og det gis tilslutning til hovedtrekkene i anbefalingene. Enkelte mener det er noe lavt ambisjonsnivå knyttet til anbefalingene, andre mener det er behov for en tydeliggjøring av anbefalingene. Det ble av flere gitt uttrykk for at det er positivt at behov for bedre samarbeid og ansvarsfordeling tydeliggjøres i kunnskapsgrunnlaget.

Det er ulik tilgang på boliger i Oslo kommune, og et innspill tilsier at anskaffelse av varige boliger for personer i aktiv rus eller med utfordrende atferd bør ligge på kommune- eller etatsnivå. For øvrig var det flere innspillsinstanser som gir tilslutning til at det bør være lik tilgang til bolig, uavhengig av bydelstilhørighet.

Gjennomgående tilsier innspillene at det ansees som viktig at flere brukere skal bo i egen bolig og ved behov tilbys tilpasset booppfølging. Booppfølging er ikke en lovpålagt oppgave, og kan således være vanskelig å prioritere innenfor et stramt budsjett ble det hevdet i ett innspill. Hjemmetjenesten er ikke nevnt i notatet, til tross for at de har en sentral rolle i oppfølging av brukere som i tillegg til rusproblemer har somatiske eller psykiske helseplager.

Det ble påpekt at mange har behov for hjelp og veiledning for å skaffe egnet bolig, og at det er viktig å gi tilbud om gjeldsrådgivning på et tidlig tidspunkt.

Det ble av mange understreket at det er viktig at boliger til målgruppen spres samtidig som det må settes i verk bo- og nærmiljøtiltak, da gjerne i samarbeid med frivillige og ideelle aktører.

Ved en dreining der flere skal bo i egen bolig, understreker noen behov for at det gis tilstrekkelig tid og økonomiske virkemidler for at tiltak bygges opp, før nedbygging av institusjonsapparatet starter. Andre mener det er viktig å starte nedbygging av institusjonsapparatet og skape insitament i bydelene for i større grad å bosette personer med rusproblemer. Det understrekes at boligmangel ikke må være grunnen til lengre institusjonsopphold enn behovet tilsier. Samtidig ble det stilt spørsmål ved hvor mange av de som bor i institusjon i dag, som er i stand til å bo i egen bolig.

For å sikre at den enkelte har god livskvalitet i egen bolig er det viktig å forebygge ensomhet og isolasjon. Innspillene tilsier at tilpasset arbeids og/eller aktivitetstilbud er viktig i så måte. Det ble i innspillene påpekt at NAV har en sentral rolle knyttet til arbeids- og aktivitetstiltak. Videre ble det understreket betydningen av arbeids- og aktivitetstiltak under behandlings- og rehabiliteringsopphold.

Mange av innspillene omhandler å etablere hensiktsmessige tiltak for å sikre gode overganger mellom avrusing, behandling, rehabiliteringsopphold, fengsel og egen bolig. Kort ventetid til behandling, og sømløse overganger mellom avrusing og behandling er viktig. Flere understreker at det er behov for tilgjengelige avrusingsplasser, der enkelte ønsket at slike plasser skal tilbys av kommunen. Enkelte mente at kunnskapsgrunnlaget ikke i tilstrekkelig grad omfatter bruk av brukerstyrte plasser, og at slike plasser bør være en del av et differensiert tjenestetilbud.

Det ble stilt spørsmål ved om kommunen har sanksjonsmuligheter når det er lang ventetid for plass i spesialisert behandling. Ut fra dette kan man spørre om det bør innføres en betalingsplikt for spesialisthelsetjenesten ved ventetid før behandling, på lik linje med betalingsplikt kommunen har for utskrivningsklare pasienter. En aktør uttrykte et ønske om at kommunen sammen med spesialisthelsetjenesten finansierer for- og ettervernleiligheter, for at brukerne skal få smidige og hensiktsmessige overganger.

Når det gjelder hvilke målgrupper Velferdsetaten bør prioritere å gi tilbud til, synes det som at de fleste ga tilslutning til forslaget i kunnskapsgrunnlaget. Unntaket er at flere understreker at det er behov for rehabiliteringsplasser i etterkant av behandling, blant annet på grunn av kort behandlingstid i TSB. Det ble påpekt at i notatets anbefalinger står «I tillegg må tilbudet fortsatt omfatte akutt- og korttidsplasser for kvinner». De som kom med innspill antok at dette var en feil og at akutt- og korttidsplasser skal opprettholdes for begge kjønn, men at det i tillegg bør være tilbud om egne tiltak for kvinner. Videre ble det av mange instanser uttrykt behov for egne tiltak for unge/unge voksne. For denne gruppen er det særlig viktig med institusjoner med få plasser, samt utvidelse av tilbud knyttet til botrening i egen bolig. To innspills-instanser understreker behovet for krisesenterplasser for personer i aktiv rus. Det ble stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig at Sykehjemsetaten har tilbud til eldre rusmiddelbrukere med omsorgsbehov og omfattende helseplager. Det er flere som påpeker at det er behov for lengre botid enn to år for eldre med rusproblemer og somatiske tilleggsproblemer, og de mente at det for enkelte vil det være lite sannsynlig at de vil kunne bo i egen bolig.

ROP-retningslinjen gir anbefalinger til alle tjenesteytere om kartlegging, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus og psykisk lidelse. I denne retningslinjen blir roller og ansvar tydeliggjort, og det ble understreket i ett innspill at denne retningslinjen bør benyttes aktivt i arbeidet med den enkelte bruker.

Det ble av flere påpekt at det er behov for endringer knyttet til sprøyterommet, særlig viktig er det å åpne for å kunne innta andre stoffer enn heroin og røyke heroin. Det var også noen som ønsket å forlenge åpningstidene ved sprøyterom og for utdeling av rent smittevernutstyr.

Det ble i ett innspill påpekt at overdoseforebyggende arbeidet bør sees helhetlig, og arbeidet må inkludere innsats utover det som er beskrevet. Det ble bedt om at tiltak skissert i rapport «Dødelige overdoser i Oslo» inkluderes som en del av den overdoseforebyggende strategien (Gjersing 2011).

Innspill kapittel 6 – Tilbudene i sentrum

Aktørene som kom med innspill til dette kapittelet ga som generelle tilbakemeldinger at det ga en god oversikt over ulike tilbud og aktører i Oslo sentrum, samtidig som det synliggjorde konsentrasjonen av lavterskeltilbudene i sentrum.

Flere av innspillene understreker betydningen av å opprettholde og utvide det etablerte sentrumsarbeidet for å sikre rett hjelp og differensierte tilbud i og utenfor sentrum. Flere ser behov for bedre koordinering av lavterskeltiltak i sentrum i forhold til åpningstider og innholdet i tilbudene. Dette gjelder blant annet tilbud om å

kjøre næringsrik mat kveld og helger, samt at lavterskeltiltakene bør ha økt fokus på videreformidling til ordinære tjenester i bydel. Herunder støtter flere innspill forslaget om å styrke samhandlingen mellom sentrumstiltakene og tiltakene i bydel. Det gis også innspill på at dette forutsetter bedre rutiner for informasjonsutveksling, samtidig som man påser at taushetsplikten ivaretas. Det blir av flere understreket at tilgjengelige og fleksible tjenester er avgjørende for å fange opp og komme i posisjon til å gi kvalitativ god hjelp til de mest utsatte. Flere mener det er behov for å samle informasjonen om tilbudene i sentrum, og noen mener det er nødvendig med informasjon på flere språk.

Flere understreker at det er viktig at flere tilbud gis i bydel, der særskilt flere rusfrie tilbud og arbeids- og aktivitetstiltak blir fremhevet. Noen av aktørene som selv driver lavterskeltiltak i sentrum mener grunnen til at personer oppholder i sentrum blant annet er begrunnet i at det ikke finnes tilbud i egen bydel, noe som fører til ensomhet og inaktivitet. De mener at det er avgjørende at flytting av tilbud fra sentrum til bydeler utenfor sentrum må skje i samarbeid med frivillig og ideell sektor, og at det må følge økonomiske midler til en slik endring. Samtidig fremheves behov for å ha rusfrie tilbud også i sentrum. En bydel er bekymret for om flere tilbud til brukere i aktiv rus vil bidra til nyrekruttering til rusmiljøet i egen bydel.

Flere påpeker at det er nødvendig med særomsorgstiltak for de som ikke klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tilbudet. Utvikling av samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjeneste, kommune og frivillige/ideelle i bydel blir sett på som positivt. Det ble av noen understreket at dette krever mer fleksibilitet med hensyn til å finne gode samarbeidsformer og tjenestetilbud.

Når det gjelder utdeling av smittevernutstyr understreker en aktør betydningen av at utdeling av brukerutstyr blir gjort i en større faglig sammenheng som inkluderer videreformidling til egnet tilbud og samtaler med endringsfokus.

Det ble gitt ett innspill om at bydelene ikke klarer å erstatte den tidligere byomfattende oppsøkende tjeneste i VEL for å hente personer som ikke kan ha omsorg for seg selv og er i fare for seg selv eller andre.

De ideelle organisasjonene som selv driver lavterskeltiltak ønsker at kunnskapsgrunnlaget for rusmeldingen skal se nærmere på en målgruppe som bruker lavterskeltiltakene: de som er i landet men som er her som EØS borgere eller oppholder seg her ulovlig som har eller står i fare for å utvikle rus og psykisk helseproblemer. Arbeidsinnvandrere som har mistet jobben knytter kontakt med norske rusmisbrukere. Denne gruppen benytter seg av lavterskeltiltak fordi de ikke har rettigheter i norsk helsevesen og er ellers kun i kontakt med politi og er i det offentlige rom. Det ble foreslått at Oslo kommune bør utarbeide en strategi for å sikre forsvarlige tiltak til denne målgruppen.

I tråd med behov for økt fokus på tilreisende fra EØS land og andre som oppholder seg i Oslo, fremkommer det i noen innspill at anbefalingene bør innebefatte tiltak som følger av økt antall tilreisende med rus og/eller dårlig psykisk og somatisk helse. Det fremholdes at det er behov for spissede tilbud til denne gruppa som blant annet inkluderer hjelp til hjemreise.

Det ble gitt innspill på at kommunen bør legge sterkere premisser knyttet til tilskudd som gis til frivillige og ideelle organisasjoner basert på behov for et variert og kvalitativt godt tilbud, med særlig tanke på å styrke de desentraliserte tilbudene utenfor sentrum.