



Oslo kommune
Velferdsetaten

VELFERDSETATEN



RETT HJELP TIL RETT TID

Oppsummering rådslag 8. desember
Kunnskapsgrunnlaget for ny rusmelding
Oslo kommune

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
Forebygging/tidlig intervensjon	3
Hva er gode tiltak og tilbud for tidlig intervensjon og forebygging - og hvordan tilrettelegge for samarbeid og samordning?	3
Hva er særskilte utfordringer?	6
Hvordan sikre involvering av pårørende – med særskilt fokus på barn og unge som pårørende?	7
Hvordan kan barn og unge delta og påvirke tjenestene?	7
Hva trenger vi mer kunnskap om?	8
Behandling, rehabilitering og ettervern	9
Hva kjennetegner gode forløp innenfor behandling, rehabilitering og ettervern?	9
Hvordan stimulere til stabil bosituasjon og arbeid og/eller aktivitet?.....	11
Hvordan skape gode overganger og formålstjenlig samarbeid, inkl. utskrivningsklare pasienter og pakkeforløp?.....	13
Hvordan øke brukermedvirkning og inkludere pårørende?.....	14
Behov for fremtidig kommunalt institusjonsapparat? Hvilke målgrupper bør prioriteres?	14
Tilbudene i sentrum	16
På hvilke områder fungerer rusarbeidet i sentrum godt?.....	16
Oslo som storby – hva består storbyutfordringer av?	17
Hvilke problemer er fremtredende i Oslo sentrum?.....	17
Hvilke behov er det for differensiering og desentralisering?.....	18
Innspill på overordnet nivå.....	19
Deltagere rådslag 8 desember 2016	20

Innledning

Som et ledd i kunnskapsinnhenting til kunnskapsgrunnlag for ny rusmelding inviterte Velferdsetaten til rådslag 8 desember 2016. Hensikten var å få innspill om utfordringer og muligheter for rusfeltet i Oslo kommune de neste 10 årene. Representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, bydel, etater, spesialisthelsetjeneste, frivillige- og ideelle organisasjoner, politi, fengsel og fagforeninger deltok. Rådslaget samlet over 130 personer.

Etter en innledning der blant annet byråden ledet en paneldebatt med brukere, pårørende og ansatt i bydel, deltok deltagerne i gruppearbeid. Det var delt opp i 15 arbeidsgrupper, og alle deltagerne i arbeidsgruppene kom fra ulike arbeidsteder og organisasjoner. Deltagerne hadde i forkant fått tilsendt problemstillinger for hvert av temaområdene;

- Forebygging og tidlig intervensjon
- Behandling, rehabilitering og ettervern
- Tilbud i Oslo sentrum

For å sikre at alle innspillene fra gruppearbeidene blir tatt med i det videre arbeidet, hadde hver av gruppene en gruppeleder som skrev referat. Vi har gjennomgått alle referatene og denne oppsummeringen sammenstiller innspillene.

Den 23 mars 2017 vil det bli avholdt nytt rådslag. Tema for det kommende rådslaget vil være: på bakgrunn innsamlet erfaringsbasert kunnskap, praksiskunnskap og forskningsbasert kunnskap – ønsker vi at deltagerne kommer med forslag til behov for systematisk innsats og tiltak.

Forebygging/tidlig intervensjon

Det var fem problemstillinger deltagerne ble bedt om å gi innspill på innen forebygging og tidlig intervensjon. Disse omhandlet hensiktsmessige tiltak, hvilke særskilte utfordringer vi står overfor, forslag til hvordan vi kan involvere barn, unge og pårørende samt hva vi trenger mer kunnskap om.

Hva er gode tiltak og tilbud for tidlig intervensjon og forebygging - og hvordan tilrettelegge for samarbeid og samordning?

Et viktig forebyggende tiltak er å utjevne sosial ulikhet. Gap mellom rike og fattige øker, og flere faller utenfor. Trangboddhet er større i enkelte områder enn andre. Levekårs betydning for utvikling av rus og psykiske helseutfordringer er en viktig faktor å ha med i dette arbeidet. Er det mulig å utjevne ulikheter ved å støtte familier med behov for hjelp? Bo- og nærmiljø bør benyttes mer aktivt i det forebyggende arbeidet. Et annet mulig tiltak er at flere får startlån istedenfor kommunal bolig.

De aller fleste arbeidsgruppene mente at forebyggende arbeid og tidlig intervensjon er avhengig av tiltak på ordinære og eksisterende arenaer; barnehage, skole, skolehelsetjeneste, miljøarbeidertjeneste, ungdoms/fritidsklubber. Det fremheves at det oppleves mindre stigmatiserende å oppsøke hjelp der man vanligvis oppholder seg. Attraktive tilbud i bydel forhindrer at unge trekker til sentrum og uheldige miljøer. Det ble også understreket at oppsøkende arbeid et viktig aspekt.

Det er viktig at man hjelper barn av pårørende til å få en mest mulig tilnærmet normal oppvekst ved å inkluderes i organiserte aktiviteter som idrett, kultur o.l. selv om foreldrene kanskje ikke har ressurser eller kapasitet til dette. Dette er en viktig bit av forebyggende arbeid for å forhindre barn føler seg utenfor.

Det ble også fremhevet at politiet har en viktig rolle i det forebyggende arbeidet, samt det er viktig med samarbeid!

Selektiv forebygging, - man må søke å forebygge/løse konflikter på lavest mulig nivå. Voksne må se og agere tidlig, tørre å bry seg og spørre.

Barnehage og skole

Barnehagene trenger mer ressurser for å kunne fange opp og ha rutiner på hvordan man tar opp saker. Viktig at barnehagene ser barnevernet som en hjelpeinstans. Flere mente at ansatte innenfor barnehage og skole ikke har nok kunnskap om barnevernet. Trenger informasjon om barnevern og tidlig intervensjon, dette bør inngå som en del av utdanningen. Det ble også foreslått at barnehagene læres opp i emosjonell sårbarhet.

Tiltak på skolen er viktig både for å oppdage og fange opp barn og unge som har det vanskelig, og gi et tilbud så tidlig som mulig. Det ble etterspurt både sosialfaglig og helsefaglig kompetanse i skolen, der flere mener det vil være hensiktsmessig å styrke helsesøstertjenesten samt opprette miljøarbeiderstillinger i skolen. En arbeidsgruppe foreslo psykolog i skolen, som har taushetsplikt og kan se alle de andre tingene som oppstår før rusproblemer kommer til syne.

Det ble stilt spørsmål ved om det bør gis mer informasjon ved overgang fra barnehage til skole? Erfaringer tilsier at informasjon ikke automatisk følger barnet.

Miljøarbeidertjeneste må være tilknyttet bydelens øvrige tjenester som NAV, barnevern, psykisk helse. Et forslag som fremkom var at man oppretter en ansvarsgruppe i tilknytning til skolen, som er tverrfaglig sammensatt og som blir satt inn ved bekymring.

Det fremkom også forslag om gratis kjernetid i barnehage og skolefrokost.

Kunnskapsformidling og opplæring for elevene er viktig, men dette kan ikke være skremselspropaganda. Det må være fokus på hva som er konsekvensene her og nå ifht det å begynne å ruse seg.

Det ble vist til et prosjekt på Sinsen der NAV er på barneskolen. Målet er å delta på normalarena hvor man ser barn som kan være utsatt. Ansatte fra NAV er på AKS og har informasjon om levekårsutfordringer. De skal gi hjelp til familier og foreldre som ansees som et av de viktigste tiltaket når barna er små.

Det ble understreket betydningen av foreldrekurs og foreldresamarbeid, for å sikre at foreldre både har kompetanse/kjennskap til utfordringer generelt og nærmiljøutfordringer spesielt, og at de har mulighet til å finne gode måter å samarbeide på. Dette bør være tilbud til alle foreldre på skolene.

Fritid

De fleste arbeidsgruppene mener at fritidsklubber er viktig, og flere understreker at særlig brukerstyrte fritidsklubber fungerer. Det er også viktig at fritidsaktiviteter som f.eks idrett, ansees so, en inkluderingsarena. Det ble vist til Island der man har ungdomskort og nasjonale innetider. Sommeraktiviteter er også betydningsfulle arenaer for forebyggende arbeid.

Det er dyrt å delta på fritidsaktiviteter og dette er et problem for fattige familier. ¼ av barna på Grünerløkka lever under fattigdomsgrensen, og det er mange store barnefamilier. Det er derfor viktig å se på sosial ulikhet og deltagelse i fritidsaktiviteter, og se dette opp mot inkludering.

Helsetjeneste og barnevern

Det er behov for å ufarliggjøre barnevernet, kanskje det bør være ett ledd mellom skole/barnehage og barnevernet for å ufarliggjøre og konsultere? Dette kan for eksempel være sosialarbeider/miljøarbeider på skolen. Det er særlig viktig å ufarliggjøre barnevernet overfor innvandrerfamilier. Det er et samfunnsansvar å bygge ned de negative forestillingene om barnevernet. Barnevernet er først og fremst hjelpere – ikke kontrollører.

Barnevern bør jobbe mer forebyggende. Forebyggende barnevern i NAV er viktig, og barneperspektivet må forsterkes. Det blir mye fokus på økonomi, noe som medfører at man kanskje henlegger saker for raskt. Bedre å begynne tidligere og gå inn og støtte familier som trenger oppfølging. Satser man mer på forebygging og tidlig innsats vil det bli mindre jobb for barnevern på lengre sikt.

Helsestasjonene har en viktig rolle. Helsestasjon møter alle barn og følger dem opp. Kan de brukes mer aktivt? Hvem prioriterer de å følge opp tett? Viktig å se på utsatte familier fra barna er veldig små, dette vil være besparende i antall tiltak som kanskje trengs i et langtidsperspektiv. Gi støtte til utsatte for å gi best mulig oppfølging. De som møter barn og unge må tørre å spørre barna direkte, stille spørsmål om hvordan de har det. De må tørre å si fra videre hvis de mener det er behov for mer oppfølging av barn/familien.

En arbeidsgruppe mente det bør etableres psykisk helseteam for barn og unge. Det er en økning i antall psykiske diagnoser hos unge og derfor kan dette være et godt tiltak.

Barn i fosterhjem er sårbare og har ofte opplevd traumatiske hendelser. Det er derfor viktig med opplæring og oppfølging av fosterforeldre. Problemet er ikke løst ved omplassering av barnet. Sårbarheten er med, og de kan være nysgjerrige på biologisk opphav.

Hjemmetjenesten melder veldig lite til barnevern eller andre. Her er det et utviklingspotensialet. Kan de brukes mer i utsatte familier siden de er hjemme hos disse barna og kan se utfordringer som andre ikke fanger opp? Hva med å samordne dette med andre deler av tjenesteapparatet. For mange år siden hadde man «Husmorvikar» som var innom familien i perioder som var utfordrende, f.eks hvis mor var syk/skadet og ikke i stand til å ivareta daglig omsorg og stell.

Foreslåtte tiltak

- Mange instanser tar allerede mye ansvar (BTI og URO metoden). Brede tiltak virker ikke-stigmatiserende for enkeltfamilier.

- Kan Kjentmann være en god metode? Det er viktig å benytte det man vet er kunnskapsbaserte metoder og som det finnes gode erfaringer med.
- HKH-kartlegging og bruk av erfaringskonsulenter gir god og relevant kunnskap.
- Det ble etterlyst bedre samarbeid mellom barnevern, skole og helsetjeneste.
- Det er behov for ambulante tjenester der de unge faktisk oppholder seg – som f.eks. Uteseksjonen og Utekontakter.
- Identifisere og få gravide inn til et Barnas stasjon. COS metodikk – barnevern, helsestasjon, jordmødre og fastlege.

Hva er særskilte utfordringer?

90.000 barn i Norge lever i familier med rusmisbruk eller psykiske lidelser som påvirker livskvaliteten, og de som lever med rus har lavest livskvalitet. Bruker med barn må ha høy prioritet fordi vi vet at oppvekst og foreldres rusbruk påvirker barnas utvikling.

Det er for dårlig oppfølging av barn født med alkoholskader (og familiene). Ca. 1000 fødes med alkoholskader pr år. Ullevål sier at ca. 10 kommer til dem for oppfølging hvert år. Regjeringen jobber med at fastleger skal kunne melde bekymring til barnevernet før barnet er født.

Det er større risiko for å bli rusavhengig dersom du har blitt utsatt for overgrep, det er derfor avgjørende å sette i verk tiltak tidlig.

Ungdom som røyker hasj og har begynt med for eksempel amfetamin, - og er i en utprøvende fase - hvordan kan vi nå dem før problemene manifesterer seg?

Mange hjelpere er redde for ikke kunne nok, til å tørre å melde problemer. Vi handler for sent – vi må agere på risikoområder og familier før problemene oppstår.

Hva med fastlegene – spør de tidlig nok? Og ikke minst spør de om det er barn som rammes, er det mange som ikke blir sett? Det kan være slik at ressurssterke foreldre er vanskeligere å nå, da de kan være flinkere til å opprettholde fasade og ikke oppsøker hjelp.

I noen tilfeller registreres hendelser som krenkelser istedenfor mobbing. Hvilke følger får det for barnet som blir mobbet?

Drop out/fracfall fra skole et stort problem. Hvordan forhindre drop out og hvordan fange opp unge som står i fare for eller som har sluttet på skolen? Hvilke tiltak kan settes inn før de forsvinner, og hva kan gjøres dersom de har sluttet? Hvordan kan foreldre få hjelp i slike situasjoner? Det må etableres mer treffsikre tiltak for ungdom som faller utenfor. Gaming ble i denne sammenheng nevnt som en del av problemkomplekset, en del dropper ut av skolen for å sitte hjemme å spille. I Bærum har man etablert et eget gaming hus.

Taushetsplikt kan være et hinder. Bekymringsmeldinger blir i for liten grad benyttet, og færrest meldinger kommer fra barnehagen.

Forebygging og tidlig intervensjon får for liten andel av de totale ressursene som brukes på feltet. Hvordan skal vi få til disse endringene?

Det er behov for åpenhet om hvordan barnevernet jobber, fokus på hjelpetiltak ikke kontrolltiltak. Grenseland mellom ungdom og voksen etter barnevernet er en stor utfordring. Noen opplever at de endelig er «fri» og gir avkall på all offentlig støtte og hjelp. De dukker først opp hos NAV med omfattende problemer etter 3-4 år.

Bedre samarbeid mellom ulike instanser, også mulighet til å drøfte case anonymt. Familievernkontoret er et lavterskeltilbud for familier i noen bydeler.

Språk kan være en utfordring for innvandrere, utfordringer mht skjemaer ble i denne sammenheng nevnt.

Det er for tilfeldig hvem som bryr seg og hvem som griper inn. Det er mye erfaring på at det ikke alltid er den som har kompetansen som må håndtere «problemet».

Det kom forslag om familieplan for alle familiemedlemmer i en utsatt familie. Det er ofte flere en kun en person som sliter, og det kan være hensiktsmessig å få ned antall tiltak. Det er ofte multiproblematikk, og da er det viktig og ikke slå tiltakene i hjel. Koordinator med beslutningsmyndighet vil være nødvendig i mange tilfeller.

Hvordan sikre involvering av pårørende – med særskilt fokus på barn og unge som pårørende?

Flere arbeidsgrupper understreket at alle tjenester må kartlegge om rusavhengige de har kontakt med har omsorg eller samvær med barn. Barn som pårørende må ivaretas, men dette kan være vanskelig. Særlig for de barna som har foreldre i aktiv rus. De tar gjerne kontakt med foreldre når de fyller 18 år. Bør det opprettes selvhjelpsgrupper for barn og unge?

Vi må være i dialog med barn og ungdommer generelt. Kan det være slik at barn og unge i en del tilfeller ikke spurt, fordi man ikke ønsker svaret?

Det er viktig å invitere til samarbeid med familien når det fremkommer at familien eller barnet sliter. Mer samarbeid med nettverk, og da kan for eksempel familieråd være en aktuell tilnærming. I tillegg er det viktig at foreldre møtes for å snakke sammen om ungdomstid, rus, risiko og hvordan oppdage rus. Det er viktig at foreldre får en opplevelse av å bli hjulpet, - og ikke fremmedgjort. På den andre siden er det viktig å huske at pårørende kan være en del av problemet, og det må gjøres en vurdering om og evt hvordan de skal involveres. Det er viktig å sikre samarbeid med pårørende ved å snakke om tabuer.

Søsken er ofte en glemt gruppe, de har ofte en annen innfallsvinkel og kan være en viktig ressurs. Det ble foreslått å se nærmere på hvordan BAR jobber.

Det kan være vanskelig for lærere å ta opp tøffe temaer, som hvordan er forholdene hjemme? Lærere må gis kompetanse til å håndtere dette. Læreren må ha et system i ryggen som kan fange opp ting som kommer fram.

Hvordan kan barn og unge delta og påvirke tjenestene?

Det er viktig å ta med barn og unge på råd når tjenester utformes. I denne sammenheng er det viktig ikke å belære, men snakke, spørre og involvere på en god måte og handle etter ungdommens egne

målsettinger. Videre er det viktig å spørre de som har vært i systemet,- hva var det som fungerte/ikke fungerte for deg. Barn og unge må få være med som seriøse aktører i møter med fagfolkene. Barna må være like viktige som foreldre som er rusmisbrukere. Hvordan man definerer brukermedvirkning er viktig, - brukermedvirkning betyr ikke alltid at man får viljen sin.

Barn og unge må møte trygge og stabile voksenpersoner over tid; for eksempel slik gjort i tillitspersonprosjektet. Det er viktig med tilgjengelige ansatte som kan jobbe med involvering av barn og unge, for eksempel team som besøker skoler.

Recovery-tankegang må være fremtredende: «gå med,- ikke dytt eller dra». Vi må være fleksible og tilpasse tjenestene barn og unges behov og ikke forvente at de skal tilpasse seg våre tjenester. Det ble understreket at vi må invitere barn og unge med i arbeidet med kunnskapsgrunnlaget for rusmeldingen.

Barnas gårdsstyre skal etableres på Torshov for å se på hva som kan best gjøres i nærmiljøet for å trygge og bedre situasjonen til barn som vokser opp i belastede områder. Rullerende gruppe.

Hva trenger vi mer kunnskap om?

En arbeidsgruppe mente at det nå er på tide å sette i gang: «vi trenger ikke mer kunnskap, men løse problemene. Vise vilje til å gjennomføre og løse de aktuelle praktiske problemene for å kunne komme videre med andre tiltak».

Andre mente at vi trenger mer kunnskap om hvordan man kan tilrettelegge for tiltak som er tilpasset den enkelte og deres talenter.

Kunnskapshull som ble beskrevet var:

- Hvordan oppdage/avdekke rusatferd (på skoler, fritidsarenaer)
- Økt kunnskap om resiliens og «løvetannsbarn»
- Økt kompetanse om avgjørende kjennetegn for faggrupper som møter barn
- Vi gjør undersøkelser – men hvordan bruker vi det videre?
- Mangler forskning om tidlig intervensjon og resultatene av det.
- Kompetanse om barnevernet både innenfor barnehage og skole.
- Pårørendefokus
- Hva er brukermedvirkning i praksis?
- Hvordan kan man samhandle bedre, på en mer systematisk måte?
- Hvilke tilbud finnes? Vi trenger noen som driver opplysning om hvor man finner tilbudene, hva man kan forvente etc. (Gratis utlån av ski og utstyr).
- Forebygging i praksis. Man har kunnskap om hva som kan være forebyggende, men hvem/hvilke kommuner/bydeler/byer/land har fått til forebyggende tiltak/snudd noe negativt til noe positivt pga iverksatte forebyggingstiltak?

Behandling, rehabilitering og ettervern

Det var fem problemstillinger deltagerne ble bedt om å gi innspill på innen dette temaområde: kjennetegn for gode forløp, oppfølging og arbeid/aktivitet, samarbeid og overganger, brukermedvirkning og behov for kommunalt institusjonsapparat.

Hva kjennetegner gode forløp innenfor behandling, rehabilitering og ettervern?

Tilpassede tilbud

Det er viktig at behandlingstilbudene er tilpasset den enkelte, og omfatter «hele mennesket». Det er viktig å bidra til at klienter blir klar over egne ressurser slik at dette kan ha fokus i behandling, rehabilitering og ettervern. Det er for mye fokus på problemer/sykdom, mens ressurser ofte ikke får nødvendig plass. Det er ressursene som vil hjelpe pasienten/klienten til å komme seg videre. Kartlegging må også inkludere psykisk helse, arbeid, fritid mm. *«Det å klare å bli rusfri er enklere enn det å komme inn i samfunnet. Behov for mer fokus på normalisering etter behandling».*

I behandling og oppfølging er det viktig at det lages konkrete mål som pasienten/bruker selv er med å definere. En plan er viktig for å ha forutsigbarhet og mulighet til å planlegge fremover. Fokuserer mer på hva som er normalt, da alt ikke er rosenrødt selv om man er nykter. Det må fokuseres på ulike roller i livet og behandling etter behov. Det ble av flere understreket at alle må få behandling til riktig tid, - dvs når bruker er motivert. Det ble særskilt nevnt at prostitusjon må tematiseres i rusbehandling, - jfr traumer.

Det ble stilt spørsmål ved om vi tåler at klientene kommer inn i behandling og rehabilitering med sine egne prosjekter/behov som ikke passer med hjelpernes forventninger? Det kan for eksempel være en som har behov for å bo på institusjon en periode for å få fikset tennene sine, men uten ønske om å samarbeide tett med ansatte eller delta i et fellesskap.

På den ene siden var det flere som sa at behandling må være kortvarig, men det ble også fremhevet at mange ønsker og/eller har behov for lengre behandling. En avgjørende del av behandlingen var ifølge flere arbeidsgrupper at oppfølging og bolig i etterkant av behandling må være tema allerede ved inntak.

Kognitive utfordringer er velkjent for mange som har vært rusmisbrukere lenge, og det er mange som ikke er utredet. Det er nødvendig å utrede psykisk og fysisk helse hos rusmisbrukere for kognitiv svikt, psykiske lidelser og somatikk. Dersom pasienten har vært utredet tidligere, f.eks i BUP, er ikke dette tilgjengelig informasjon for Nav eller andre instanser.

Brukerstyrte senger oppfattes som hensiktsmessig, og i denne sammenheng ble behov for brukerstyrte senger i avgiftning understreket. Et sted brukerne kan legge seg inn selv for å hvile, spise og hente krefter, men uten krav om videre planer. Det ble av en arbeidsgruppe sagt at spesialisthelsetjenesten / RAM ikke anser dette for å være deres oppgave/ansvar. Kommunen bør da tilby dette i en eller annen form.

Flere mente det må være lettere å henvise til og få plass på RAM, dette kan også være med redusere problemomfanget ved tilbakefall. Det må uansett være lett tilgang til hjelp når du er motivert. Det kommunale akuttapparatet og lavterskelsteder er et sted å få informasjon om muligheter for bistand.

Det ble også tematisert at det er behov for mer tilbud om nedtrapping i LAR «*vi må ha en motorvei ut, - ikke bare inn i LAR*». Det må være et tilbud til de som ønsker nedtrapping.

Tilbud til rusavhengige koster penger. Det ble hevdet at det er mye lavere betalingsvilje for hjelp til rusavhengige enn til andre grupper, eksempelvis somatikk, psykisk utviklingshemmede, funksjonshemmede. Vi må akseptere at de riktige hjelpetiltakene til rusavhengige kan koste like mye som f eks psykisk utviklingshemmede.

Samarbeid og kommunikasjon

Det er viktig med god planlegging før utskrivning, for å sikre overganger og planlegge oppfølging i etterkant. NAV får ikke beskjed tidlig nok før pasienten skrives ut fra spesialisthelsetjeneste. NAV er ikke alltid involvert under behandlingen eller innleggelsen. Dette gjelder spesielt akuttinnleggelser innenfor rus og psykiatri. Informasjon kommer for sent, og dermed blir muligheten for å gi adekvate og hensiktsmessige tilbud fra kommunalt hold redusert.

Sammenhengende og gode pasientforløp krever god kommunikasjon, der hensiktsmessig kommunikasjon via fagsystemer er en viktig brikke. Mange ansatte bruker mye tid i telefon med samarbeidspartnere, dette er informasjon man kunne ha gitt og fått via fagsystemer. Videre ble det av flere fremhevet at ansatte bare i noen grad har tilstrekkelig informasjon om de ulike tiltakene i Oslo. God kjennskap til etablerte tjenester er avgjørende for at brukere skal få et tilpasset tilbud.

Kontakten mellom behandler og pasient brytes etter endt behandling, og det er avgjørende at man sikrer gode overganger. For å sikre vedvarende relasjoner og gode forløp ble det foreslått at bydel skal ha **en** ansvarlig når bruker er i behandling som representerer og syr sammen alle tiltakene/enhetene fra bydel. Dette vil kunne bidra til stabile relasjoner, der saksbehandler/ruskonsulent er den samme gjennom hele forløpet. NAV må derfor bli/være en arbeidsplass man ønsker å være, - med mindre gjennomtrekk og mer ressurser. Ruskonsulenter må få mulighet til å følge opp den enkelte bruker, det vil bety flere kollegaer og færre brukere. Ved skifter må det være overgangsmøter mellom ny og gammel koordinator.

Det bør være beslutningsmyndighet hos deltagerne i ansvarsgruppen. Alt for ofte skjer det at ingenting kan bestemmes når bruker og aktører møtes pga at de som sitter i ansvarsgrupper ikke har beslutningsmyndighet. Veldig mye må "*tas med tilbake til ledere for en godkjenning*" og så får klienten svar først etter flere uker.

IP kan være et viktig verktøy, som «rød tråd» for å sikre samarbeid og samordning. Ved å ha en ansvarlig/koordinator fra bydel, får man også en person som har mulighet til å ha oversikt over tilbud og behov. Elektronisk IP som kan benyttes av alle involverte aktører ble fremhevet som en viktig faktor for samarbeid og samordning.

Samtidig ble det også understreket at det ikke er alle som har behov for egen kontaktperson på NAV. De tyngste brukerne ble fremhevet som en gruppe som har behov for kontaktpersoner/koordinatører. For denne gruppen er det bra med spesialiserte enheter og spesialiserte løp. Det ble foreslått å ha rus-FACT for den tyngste gruppen for å sikre at de får god oppfølging. Dette må være tverrfaglige team med kontaktperson. FACT team kan inkludere eller være en del av et helsehus, også for å sikre at andre deler av tjenesteapparatet har noen å henvende seg til ved behov.

Det var forslag om at det bør komme pålegg om ACT / FACT - team i alle bydeler. Samtidig ble det understreket behov for ambulante tjenester, gjerne i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Det ble også understreket at det er behov for mer poliklinisk akuttbehandling.

Overgangen fra fengsel ble av mange tematisert. For mange er ikke tilbud i etterkant av soning avklart ved løslatelse, noe som kan medføre en forringelse av livsbetingelsene til den enkelte. Dette kan også medføre belastninger for barn og pårørende.

Hvordan stimulere til stabil bosituasjon og arbeid og/eller aktivitet?

Det bør være tilgang til gode boliger i bydel der man har mulighet til å leve rusfrie liv. Men – man bør ikke miste boligen pga rus. Det er en utfordring med boliger i bofellesskap fordi det kan føre med seg at det dannes negative miljøer med dertilhørende naboutfordringer. Det er viktig med booppfølging for å bli rustet til å kunne bo i bolig og ta de rette valgene.

Bolig er avgjørende, også med tanke på behandlingsforløp der pasienten gjennom behandlingsforløpet «trener» på å bo i egen bolig. Fast bolig etter endt behandling/rehabilitering er avgjørende. Gjennom behandling eller institusjonsopphold må nødvendig oppfølging i etterkant av oppholdet avtales og forberedes. Det bør være mulig å ha tilbakefallsforebyggende opphold i behandling ved behov, når man bor i egen bolig.

Bydelene har imidlertid ikke tilstrekkelig boliger, der noen bydeler har færre tilgjengelige boliger enn andre. Vestlige bydeler har få kommunale boliger som blir prioritert til denne målgruppe. Det må arbeides for å sikre større tilgang til kommunale boliger, i trygge nabolag.

Mange har behov for fellesskap, - mange opplever isolasjon og ensomhet. En arbeidsgruppe foreslo å lage et bo-kollektiv. På den andre siden må man unngå opphopning av beboere med samme problematikk. Dette både for å opprettholde gode nærmiljø, men også for å bidra til at beboerne integreres i rusfrie nettverk. Det må derfor sikres «riktig botiltak for riktig bruker», - noen ønsker rusfrihet mens andre trenger litt «romslighet» ift rus og atferd.

En bolig uten trygghet er ingen bolig. Vi trenger hjem, ikke bolig. En arbeidsgruppe mente vi må bort fra samlokalisering av de mest belastede brukerne i ghettoer / bygårder.

I Groruddalen har man hatt et prosjekt hvor man har definert boområder som sikre/usikre. Noen har fått en rolle som trivselsbeboere (jvf. Trivselsleder på skolen)

Oppfølging i bolig må bestå av stabilt personalet. Det er også behov for samlingsarenaer der beboerne kan møte booppfølgere. Det kan være lurt å etablere samarbeid mellom kommune og frivillige ift booppfølging: I Barcelona er det f eks godt samarbeid mellom kommunale PRO tjenester og frivillige – noe å se mer på?

Noen av brukerne trenger habilitering, det er ikke nok med rehabilitering hvis man har ramlet ut tidlig. Man trenger å lære seg en del ting og sosialisere seg til normalsamfunnet. Det er viktig med tett oppfølging, med motivering og styrking av egne resurser. Oppfølgingen må være individuelt tilpasset.

Det må etableres og/eller videreføres boligløsninger med personale som er utrustet til å takle de vanskeligste. Kan ikke alltid sende booppfølgere hjem til alle, spesielt de mest utfordrende.

Nødvendig med et hus for de mest utfordrende med helsepersonell. Et sted hvor man kan bo «rufsete», men noen ser til dem og følger dem opp.

Housing first kan være et godt tiltak for noen. Viktig at ikke det blir for mange kommunale boliger i samme nabolag. Det er viktig å ikke blande personer som har vært i behandling med personer i aktiv rus. Det ble understreket av flere arbeidsgrupper at Housing first ikke passer alle, noen trenger stabile støttepersoner og rammer.

Det må være lavere terskel for startlån, flere rusmisbrukere bør benytte seg av denne ordningen. Hvis klienter flytter til annen bydel med for eksempel startlån, kan man havne i den situasjonen at klienten ikke har avtalt oppfølging i ny bydel. Det tar ofte ikke lang tid før problemene har blitt for store og vanskelige å rydde opp i. Man bør ha et "system" hvor ny bydel blir informert av gammel bydel. Det kan imidlertid oppstå problemer dersom klienten ikke vil ha kontakt, eller NAV ikke kjenner til startlånet.

Det bør bygges omsorgsboliger med privat boenhet, men med tilgang til fellesarealer. Kan være et bra alternativ til å bo i institusjon.

Det er utarbeidet booppfølgingsrutiner – disse bør prøves ut og evalueres. I en arbeidsgruppe ble det sagt at booppfølging gjøres best av bydel.

Arbeid og aktivitet

Arbeid og/eller aktivitet avgjørende for alle, og er med å skape meningsfull tilværelse og opplevelse av tilhørighet. Aktiviteter bør være av «normal» karakter. Individuelt tilpasset aktiviteter må på plass. Ordinært arbeid, flere enkle jobber som ikke krever så mye utdanning og fleksibel arbeidskontrakt er nødvendig. Det må tilbys arbeid med lav terskel, og lage ordninger som gjør at det lønner seg å jobbe. Ikke ta bort all motivasjon for å jobbe ved f.eks. trekke penger til betaling av gjeld. Motivasjonsmidler er viktig virkemiddel.

Det er vanskelig å starte et normalt liv etter at man har levd et liv i rus i 20-30 år. Det ble fremhevet som viktig med løsninger som Stedet, der deltagerne selv bestemmer hva som skjer. Det som fungerer er at man kommer et sted hvor man møter mennesker, har en sosial arena og blir utfordret ut fra egne ressurser.

En arbeidsgruppe foreslo at AMO tilbakeføres til NAV. Det er ønskelig med mer arbeidsrettet oppfølging på kommunalt NAV kontor. Det ble understreket at arbeidstrening må ha meningsinnhold. Hva med kafeer drevet av brukere? Se på Kafe X i Tromsø. En arbeidsgruppe mente man må utfordre ansatte på værestedene: brukerne trenger krav, værestedene kan oppleves som passiviserende.

For brukere som er dårlig fungerende kan en løsning være å stimulere til arbeid der de bor, f.eks. vaktmester i egen bygård. Ettervern bør tenkes «i mindre skala», individuelle løsninger, for eks. erfaringskonsulent for å bruke livserfaringen til noe positivt.

Det er mange ideelle og frivillige og tiltak som kan bidra for å sikre/opprette meningsfulle aktiviteter på dagtid. Sammenlignet med hvordan frivillige bidrar med å hjelpe flyktninger er det nesten ingen frivillige innen rus feltet. Hvordan kan man få større interesse fra frivillige til å involvere seg?

Hvordan skape gode overganger og formålstjenlig samarbeid, inkl. utskrivningsklare pasienter og pakkeforløp?

Det er viktig å styrke overgangene ved å følge personene tettere i overgangsfasene. Overganger er sårbare faser, og kontinuitet er svært avgjørende. Differensierte tilbud er viktig, samtidig som bruker må legge føringer for hvilket tilbud som velges. Vi må ha tilbud som tar hensyn til kjønn. Egne kvinnetiltak er viktig å opprettholde

Ansvarsgruppene er ofte for store, og da kan lett brukerens stemme drukne.

Det ble av flere nevnt at bydel må ha overført midler for å kunne ivareta tyngre brukere.

Det bør etableres helsehus for målgruppen. I denne sammenheng ble det også fastslått at ernæring er viktig for god helse.

Det ble stilt spørsmål om man er utskrivningsklar når man ikke har bolig? Mange blir sendt hjem til pårørende, - dette går utover pårørende. Man blir ikke definert som bostedsløs når de har adresse hos familie. Det må etableres gode samarbeidsavtaler, med fokus på god forberedelse.

Vi har ikke gode nok tjenester i fengselet, kan hende burde sosialtjenesten i fengselet komme fra NAV? Det er ofte ikke gjort nok forarbeid før løslatelse, og det må etableres et bedre samarbeid mellom bydel og fengsel. En annen arbeidsgruppe fremhevet at det er viktig å inkludere fengselsvesenet mer i arbeidet. Jobbe for å få et samarbeid i forkant av løslatelse så bolig er på plass og tjenester er individuelt tilrettelagt for personen.

Vi må se på oppgavefordeling når brukere flytter mellom ulike bydeler / ulike NAV kontor.

Overganger mellom tjenester må bestå av overlappinger. Eksempel: bruker bør kunne ha både institusjonsplass og bolig samtidig i en periode. Det må avklares tydeligere hvem som skal bære kostnadene når det blir dobbelt opp med tjenester. Skal NAV / brukerne betale husleie/egenbetaling to steder? Hva med de private tiltakene i VEL som bare får betalt for «varme senger»?

En utfordring er at tjenester fra spesialisthelsetjenesten ikke oppleves koordinert. Alle ønsker å samarbeide med bydel, men det er ingen enhetlig tjeneste til å samarbeide med i TSB. Sagene bydel har et eget flytmøte med NAV, boligkontor. Det oppleves at det er vanskelig å koordinere seg inn mot TSB.

En måte å møte dette på er å ha overføringsmøter fra TSB til primærhelsetjenesten. Mer fleksibel innstilling til samarbeid og ansvarsområde. Behandling må ikke være en pause fra livet klienten lever. I behandling trengs det også fokus på bevaring av bolig, rydding /klargjøring av bolig, betaling av gjeld og regninger.

Det ble sagt at vi må passe på å ikke standardisere behandlingsforløp. Noen er skeptiske til pakkeforløp, særlig knyttet til normerte tider i forløpene. Det ble understreket at behandlingstid bør tilpasses den enkelte.

Hvordan øke brukermedvirkning og inkludere pårørende?

Pårørende

Unge over 18 må spørres om de har familie eller nettverk som kan og bør kontaktes for at den unge selv kan bestemme og evt samtykke til kontakt med familie og/eller andre betydningsfulle personer. Vi må spørre alle våre brukere om hvilken rolle de pårørende har og sette pårørende i kontakt med hverandre ved behov.

Pårørende må inviteres inn dersom både bruker og pårørende ønsker det. Det er imidlertid ikke alle pårørende som ønsker å involveres.

Mange pårørende mener at taushetsplikt og informasjonsplikt hindrer samarbeid, noe som kan gjøre at pasienten/bruker plutselig dukker opp hjemme uten at det er tatt kontakt i forkant. En arbeidsgruppe mente at pårørende må gis tilbud om oppfølging, og at man bør invitere pårørende med på samtaler.

Pårørende har kunnskap om brukeren som i utgangspunktet ikke er kjent, men som kan ha betydning for forløpet. Pårørende bør inngå i ansvarsgruppemøter når det er ønskelig fra brukers side.

Det bør etableres og gis tilbud til pårørendegrupper, der fagfolk gir bistand ift organisering og tema.

Brukermedvirkning

Vi må ansvarliggjøre brukerne mer enn vi gjør i dag. Mange tar lite ansvar for ting og ofte legger de skylden på tjenesteapparatet hvis ting ikke går bra. Ansatte må ikke være for redde til å kreve noe. Pasienten/brukeren må få informasjon om rettigheter og hva som er eget ansvar i forhold til ytelser og bolig.

På den andre siden er det lett å skylde på brukeren når man møter utfordrende personer man ikke får til å hjelpe. I stedet bør man se på hva som kan fungere for denne personen. Hvordan kan vi gjøre tjenestene mer tilgjengelig og tilpassede?

Spesialisthelsetjenesten har definisjonsmakt ved utskrivningsklare pasienter. Vanskeligere å avgjøre når rusavhengige er ferdigbehandlet enn i somatikken. Hvem spør brukerne? Brukerne bør få en tydeligere stemme inn i vurderingen av når man er ferdig behandlet.

På systemnivå er det viktig å ha brukerråd som involveres aktivt.

Behov for fremtidig kommunalt institusjonsapparat? Hvilke målgrupper bør prioriteres?

En arbeidsgruppe mente at VEL sitt institusjonstilbud ikke er tilpasset bydelens behov. De mener VEL bør prioritere de vanskeligste brukergruppene, de som fungerer dårligst samt de som er ferdig behandlet, men ikke er klar for egen bolig. Rehabiliteringsinstitusjoner er i følge flere arbeidsgrupper viktig da behandlingsforløpene er så korte.

Flere arbeidsgrupper mente det vil være behov for kommunalt institusjonstilbud fra VEL særlig overfor eldre, omsorgstrengende rusmisbrukere. Videre er unge voksne er viktig målgruppe. I denne sammenheng ble det understreket at det ikke finnes noe akutttilbud til de under 24 år, de blir pr i dag

plassert på Prindsen. Det er også behov for eget tiltak for voldsutsatte kvinner. Mange blir avvist på vanlige krisesentre pga rus. Gjengangere må prioriteres. De er få men krever veldig mye ressurser. Klarer man å få tiltak til denne gruppen som fungerer vil det merkes i f.eks. antall plasser på døgntiltak.

Flere arbeidsgrupper mener det er behov for samhandlingshus for de med rus og psykiatri/omfattende atferdsvansker. Dette er personer som er vanskelig plasserbare i eksisterende institusjonsapparat og som bydel ikke klarer å bosette. En arbeidsgruppe reiste spørsmål om hvorfor det er så liten vilje til å igangsette tiltak for den mest utfordrende gruppen? Hvordan kan man påvirke ledere i bydeler, kommune og stat til å være mer innstilt på å lage denne type tjenester?

Det ble etterspurt mindre steder/institusjoner med mer personale. Videre ble det understreket at rusavhengige med somatiske helseproblemer bør være en prioritert brukergruppe. Det bør være egne institusjoner som er tilrettelagt for våre brukere, de bør ikke inn på ordinære sykehjem.

Psykisk helseproblematikk må håndteres i institusjon, og psykologkompetanse på institusjonene er viktig. Det er mange brukere som har psykiske helseutfordringer som ikke kvalifiserer for spesialisthjelp.

Det ble også sagt at det er for dårlig tilbud til de som ikke passer inn i verken psykiatrien eller rusomsorgen.

En arbeidsgruppe mente man bør utrede hvilke brukere bydelen ikke klarer å bosette. Samtidig ble det understreket at det vil være en utfordring dersom VEL raskt bygger ned sitt institusjonstilbud, - bydel har behov for tid for å bygge opp nødvendige tjenester og tilbud.

Det bør stimuleres til mer samarbeid mellom bydelene om å bygge opp tilbud, eller kjøpe/selge plasser av hverandre. Ikke alltid hensiktsmessig at hver enkelt bydel bygger opp hver sine tilbud til sine brukere.

Flere arbeidsgrupper mener det er nødvendig at SYE og VEL avklarer hvem som har ansvar for tilbud for de sykeste og mest omsorgstrengende som ruser seg. Spørsmålet flere stilte var: hvor går grensene mellom SYE og VEL? De rusavhengige blir eldre og med alderdom kommer også somatiske lidelser. Det vil også være behov for at slike tilbud er varige, dvs ikke midlertidige opphold. Det er en stor gruppe eldre i LAR . Det bør etableres tilbud til de som ikke er i stand til å bo hjemme.

I tillegg trenger vi mer differensierte botilbud, noe mellom sykehjem og omsorgssenter. Det kan etableres som et samarbeid mellom SYE og VEL der man lager sykehjemsplass-«light». Pr i dag har rusavdelingene på sykehjem bare tilbud til alkoholikere.

VELs tjenester må bli dyrere i forhold til tilgrensende tjenester (sykehjem, bolig m oppfølging m.m.)

Det ble sagt at det er behov for mer kunnskap for bosetting i bydel. Det ble særlig understreket at det er viktig at hjemmetjeneste har tilstrekkelig kunnskap om målgruppen.

Tilbudene i sentrum

Innenfor dette temaområdet ble det lagt frem fire problemstillinger. Vi ønsket innspill på hvilke områder rusarbeidet i sentrum fungerer godt og hva storby-utfordringene består av. Vi ønsket også innspill på hvilke problemer som er fremtredende i Oslo sentrum samt behov for differensiering og desentralisering.

På hvilke områder fungerer rusarbeidet i sentrum godt?

De fleste arbeidsgruppene mente at det er mange gode tiltak i sentrum, både gitt av frivillige- og ideelle organisasjoner og kommunale. Det er et mangfold av tilbud, som er lett tilgjengelige og som brukerne har god kjennskap til. Det ble imidlertid stilt spørsmål om vi trenger alle tiltakene?

Det er noen ulemper ved at tilbudene er sentrert i sentrum, fordi brukere samles der tilbudene er. Dette gjelder både innbyggere som tilhører Oslo og folk fra andre kommuner. Det ble understreket at det er behov for flere tiltak i bydelene, i dette inngår også tilbud til rusfrie.

En arbeidsgruppe stilte spørsmål ved om det er for enkelt å være på noen av tiltakene? Holder vi folk tilbake ved at det er så mange tilbud? En annen arbeidsgruppe mente at det er fare for at værestedene gjør folk passive. De mente det er behov for å stille mer krav, samtidig som det er viktig å inkludere folk.

Det ble av flere etterspurt bedre samarbeid mellom de ulike tiltakene, og ikke minst bedre samordning ift åpningstider slik at tilbud ved akutt krise på kveld- og nattestid er tilgjengelig.

En arbeidsgruppe mente at det er en "jungel" av tilbud til rusavhengige, men ingen har oversikt. Det gjøres antageligvis mye dobbeltarbeid da systemene ikke snakker godt sammen. I denne sammenheng ble det sagt at det er bra med forskjellig tilbud, der ulike organisasjonskulturer betyr ulike muligheter for brukerne. Mange aktører gjør at en får noen kommunikasjonsutfordringer. Kartlegging av hvilke tilbud som finnes bør gjennomføres og det bør lages en lett tilgjengelig oversikt. For eksempel en nettportal som er "levende", dvs redigeres fortløpende.

Sentrumsarbeidet er bra, men det ble stilt spørsmål om tale blir omgjort til handling? Samtidig ble det også sagt at samarbeidet fungerer, og at det er viktig at man ikke konkurrerer om elendighet.

Det er mange aktører som gjør en viktig jobb, der både Uteseksjonen, oppsøkende arbeid, mer synlig politi, Feltpleien, 24/7, Sprøyterom, Prindsen og Møtestedet ble nevnt som viktige aktører. Flere mente at det er tiltak som dette som må etableres i bydel. I denne sammenheng ble det uttrykt at det synes som at VEL legger mange av tiltakene i sentrum.

Utfordringen med å desentralisere er at det fortsatt vil komme folk til sentrum for å kjøpe illegale rusmidler, men er «markeds plass» for kjøp og salg også en unnskyldning vi bruker?

Observasjoner fra Uteseksjonen viser at når det er mindre grad av åpne russcener, er det mindre yngre tilstede i miljøet.

Oslo som storby – hva består storbyutfordringer av?

Oslo er preget av stor tilgjengelighet på rusmidler, og dette tiltrekker seg folk fra hele landet. Flere arbeidsgrupper slår fast at det er en oppsamling av personer som ikke tilhører byen. Pårørende fra hele landet er på leting etter sine barn. Det er viktig at alle jobber sammen i forhold til å støtte hjemreiser etter loven, viktig å få dem hjem forttest mulig. De frivillige er ikke nødvendigvis kjent med lovverket ift dette. Det er viktig å ha press på randkommunene, for å unngå at utenbysboende etableres i rusmiljøet i Oslo. Det ble stilt spørsmål om det er tilstrekkelig hvordan vi tar i mot og returnerer utenbysboende? Unge tilreisende får akutthjelp av 24/7. Kanskje Uteseksjonen skulle blitt kontaktet før 24/7?

Det er avgjørende at man klarer å fange opp **nye** brukere tidlig, for å sikre at de ikke blir en del av et etablert rusmiljø i Oslo sentrum. Oslo som storby kjennetegnes av økende sosiale skiller, barnefattigdom, personer forsvinner og det er flere enslige mindreårige asylsøkere tilstede i bybilde.

Det er manglende kunnskap om minoritetene, og dette bringer noen utfordringer med seg. Kartlegging ved Vaterland gjennomført av Uteseksjonen viser at det er en del unge gutter fra Nord-Afrika både med og uten lovlig opphold som selger og bruker illegale rusmidler. Utenforskap kan føre til at man oppsøker segregerte miljøer. I tillegg nevnes utfordringer knyttet til at romfolk selger illegale rusmidler.

Alt i alt betyr dette at omfanget av problemer og uoversiktligheten er mye større enn andre steder i Norge.

Det er 15 bydeler og 4 sykehussektorer, dette fører til samarbeids- og samordningsproblemer.

Hvilke problemer er fremtredende i Oslo sentrum?

Et av problemene flere uttrykker er at de yngste ikke får et godt nok tilbud. Det påtreffes flere under 18 år som er under barnevernet, men de kommer til sentrum og legevakt pga rus og overgrep. Det er et problem at yngre må forholde seg til miljøer hvor de møter «de mer garva». Opphopning av brukere på et sted ansees også som en særlig utfordring, og tetthet mellom brukere er såpass stor at man er mer utsatt for smitte.

Det sies også at en utfordring er at intern samhandling ofte er vanskelig. Det sendes ikke nødvendigvis informasjon innad i kommunen, det iverksettes tiltak fra ulike tjenestesteder uten at disse er samordnet.

I tillegg er det utfordringer knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten, og flere mener det er spesielt utfordrende med samarbeid med DPS. Flere mener også at det er ulikheter i samarbeid mellom de ulike sykehussektorene.

Det uttrykkes at det er en sentralisering av «alle tilbudene». Kjøp og salg av rusmidler er med å trekke folk til sentrum, men man kan også anta at så lenge «alle» tilbudene finnes i sentrum, vil mange søke seg dit og oppholde seg der.

Atferden til rusavhengige som er til sjenanse for allmenheten er et problem. Hva er det vanlig å få reaksjoner på? Hva slags atferd er «utenfor» og hva kan aksepteres? Holdninger og bevisstgjøring blant rusavhengige kan man jobbe med i bymiljøet.

Politiet har hatt storbysatsing. Hvordan er resultatet? Hva med overskjenking?

I bydel Grünerløkka er det en utfordring at det er så mange skjenkesteder. Vanskelig for barn som vokser opp i bydelen på søndagene.

Hvilke behov er det for differensiering og desentralisering?

Det meste skjer i sentrum, og de fleste arbeidsgruppene mener det er viktig å desentralisere tilbud. Det er viktig med nettverksarenaer der folk bor, det er behov for nyttige og meningsbærende aktiviteter der folk bor, dette inkluderer sosiale arenaer.

Matsservering kan også desentraliseres, - og det er ønskelig et kvalitativt godt ernæringstilbud. Samtidig er det mye ensomhet, og væresteder med f eks matsservering og helsehjelp kan bidra til å hindre ensomhet og isolasjon. Kanskje vil dette kunne bidra til at flere blir i bydel og skaper et nettverk der. Dette bør innebære også rusfrie steder. Det bør etableres flere rusfrie tilbud.

Grorud har åpnet et værested, Sagene skal åpne et. Haarklous plass på Sagene har 30- 50 stk innom hver dag, gratis mat. Hvor mye kafe eller hvor mye arbeidsrettet skal disse stedene være? Det bør tilbys bistand til praktiske problemer, musikk eller andre tilbud. Det fremkom forslag om å lage botilbud med personalbase som kan ha aktivitetstilbud som en del av desentralisering av tilbud.

Det er behov for spredning av tiltak, men man må være klar over at dette kan føre til etablering av rusmiljøer i bydel som igjen kan blande seg med ungdomsmiljø.

I det videre arbeidet må vi få kunnskap om hva som gjør at mange i dag ikke drar til sentrum, men blir i bydel. Er det pga gode tilbud eller kan det også være et uttrykk for ensomhet og sosial isolasjon?

Botilbudene, i denne sammenheng forstått som offentlige boliger, bør være mer spredd for å unngå "getto-blokker».

Det blir også nevnt at det er viktig å bruke mer ressurser på estetikk, for å gjøre nærmiljøet bedre.

Det fremkom i flere arbeidsgrupper at kommunale tjenester mer innstilt på å jobbe mer ute enn før.

Innspill på overordnet nivå

Under rådslaget ble det påpekt at det er viktig å involvere og gi særskilte tilbud til pårørende, gjerne i form av at pårørende får mulighet for å møtes. Videre må vi gi tilstrekkelig tilbud til barn som pårørende. I denne sammenheng ble det understreket at foreldre, søsken, øvrig familie og venner kan være med å forebygge. Pårørende- og likemannsarbeid understreket kan være en nyttig tilnærming.

Flere arbeidsgrupper mente det er vanskelig å ha oversikt over hvilke tilbud som finnes både for brukere, pårørende og ansatte. Det ble foreslått å lage en oversikt for:

- Pårørende i Oslo
- Brukere
- Ansatte – inkludert en kunnskapsbank/erfaringsportal (se idebanken.no)

Relasjoner er avgjørende for gode tilbud til den enkelte – dette er uavhengig av tiltaksnivå.

Forpliktende samarbeid! God kjennskap til hva som finnes – det bør være en oversikt et eller annet sted Forenkle informasjon, gjenkjennelse av tilbud innenfor de ulike bydelene. Nettsidene må forenkles. Forplikte kommunen å samarbeid med de frivillige. I denne sammenheng ble det understreket at en viktig komponent kan være å forenkle rapporteringssystemet.

Alkohol er det rådende rusmiddelet, og det er viktig at vi har fokus på alkohol.

Deltagere rådslag 8 desember 2016

Deltagere	Virksomhet
Ada Rudskjær	Fagforbundet
Alf Mørkrid	Prosjektgruppe, VEL
Ane Nguyen	OUS
Anette Jørve Ingjer	Nordstrand
Anita Kantor	Frogner
Anja Merete Møllerud	Grünerløkka
Ann Christin Sand	Nordre Aker
Ann Kristine Kirk	Sykepleierforbundet
Anna Sabina Soggiu	Grünerløkka
Anne Kristine Bergem	BarnsBeste
Anne Tommelstad	St.Hanshaugen
Anne-Lise Kristensen	Pasient- og brukerombudet
Benjamin Larsen	Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosial tjenester
Bente Høgseth	Mental helse, Oslo
Bjørge Norli	PRO senteret
Camilla Fjeld	Tyrilistiftelsen
Camilla Svingen	Silje Finstad
Caroline Myklebost	Landsforeningen For Barnevernsbarn
Caroline Ruud Johnsen	Bjerke
Catharina Fridell	Søndre Nordstrand
Cecilie Engh	Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosial tjenester
Cecilie Frich	Ja det nytter
Christine Tolås	Pasient- og brukerombudet
Dag Jacobsen	Maritastiftelsen
Elisabeth Tande,	Sjøstrand omsorgssenter
Elisabeth Ulleberg	Vestre Aker
Elise Solbu Trætteberg	Frogner
Ellen Kobro	Helseetaten
Ellen Trulssen	Søndre Nordstrand
Eva Pay	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Fride Berentz Færevaaag,	Avd psykososiale tjenester,HEL
Gro Liene	Ullern
Gunnar F Olsen	Fastlege
Guro Owren	Alna
Harald Aasen	Lovisenberg
Hege Lind	Lovisenberg
Hege Wam	Stovner
Heidi Hansen	RIO
Heidi Jacobsen	Bjerke
Henning Pedersen	Korus Oslo
Hilde Andresen Aarhus	Tyrili

Iben Schier Van Den Berg	BFE
Inga Marte Thorkildsen	Byrådet
Ingeborg Gabrielsen	Villa MAR Grorud
Inger Hagen	PIO-senteret
Ingvild Degenæs	Østensjøveien hus, Svingen
Ingvild Myhre Stenersen	Ryen Helsehus, SYE
Iren Moen	Grorud
Jan Aasen	Sagene
Jeanett Bodding	Sagene
Johan Lothe	Wayback
John Ingar Danielsen	ART, VEL
Jon Arne Bjelland	Seksjon ruspoliklinikker, OUS
Jorunn Moksnes	Prosjektgruppe, VEL
Kari Bakke Larring	Avd Ung, OUS
Kari Fauchald	Prosjektgruppe, VEL
Karoline Rudlang,	Samhandling og pasientflyt, ARA
Kathrine Haarstad	Barne- og familieetaten
Kathrine Paulsen	Prosjektgruppe, VEL
Kathrine Tveit Heggseth	ATA, VEL
Katinka Wiig	OUS
Kirsten Rytter	Sagene
Kirsti Baird Hultberg	24Sju
Kjell Haug	VEL
Knut Egil Asprusten	Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosial tjenester
Kristin Dalhum	Ja det nytter
Kristin Heger	Safir
Kristine Lier Nilsen	Grünerløkka
Kristine Mo Karlsen	Fransiscushjelpen
Lars Andre Sveberg	Uteseksjonen
Lars Hjetland,	Actis
Lasse Buljio	Folkeuniversitetet
Lasse Østmark	Gamle Oslo
Leena Husmo,	ARA Klosteret døgn
Leni M Gomes,	Dalsbergstiens hus
Lilleba Fauske	VEL
Lillian Aakervik	Søndre Nordstrand
Linda Svalsrød	Nordstrand
Lise Grevle Teien	Vestre Aker
Liv Bente Nilsson	Gatehospitalet
Magnar Lie	Blå kors
Maren Alstad Overrein	Perspektiv
Mari Kjølberg	Prindsen mottakssenter, VEL
Mari Nysæther	Paneldeltager
Mari Rusten	Østensjø
Marit Polle	Stovner

Marthe Kristin Nereng	Lilleborg Helsehus,SYE
Martin Blindheim	Helsedirektoratet
May Britt Grunnaleite	Bjerke
Merete Hanch-Hansen	AFS, VEL
Nabiha Aissaoui	Gamle Oslo
Nils Harkestad	Felles intak, VEL
Odd Johansen	Ungbo
Odd Martin Vallersnes	Allm.legevakt, HEL.
Odd Ragnar Wold	Oslo fengsel
Odd Rune Andersen	Frogner
Ole Johannesen	Oslo fengsel
Ottar Leines	Møtestedet
Paneldeltager	
Paneldeltager	
Paneldeltager	
Per Sandvik	Paneldeltager
Pernille Huseby	Actis
Phillipp Koren Lobmaier	OUS-hf DPS
Pia Lundgren Fuhr	Seksjon rus- og avhengighetsbehandling voksne, OUS
Pål Audun Hansen	Marcus Thranes hus
Pål Endresplass	Oslo fengsel
Pål Grav	Uteseksjonen
Pål Henriksen	Stedet og Skaperverket
Ragnhild Audestad	Prosjektgruppe, VEL
Ragnhildur Nielsdottir	Enga
Rita Nilsen	Retretten
Rune Bjørnshaug	Grorud
Silje Finstad	Overdoseprosjektet, VEL
Silje Hagen Ranstorp	Akuttpsykiatrisk seksjon, OUS
Siri Persson	Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosial tjenester
Siv Løvland	PROlar
Stein -Erik Hagen	Politiet
Stian Johansen	Barn av rusmisbruker (BAR)
Stine Wagsås	HEL
Stine Westrum	Fagforbundet
Svein-Rune Andersen	Politiet
Sverre Jørgensen	Haugenstua treningsleiligheter
Sylvi Arnesen	Karlsborg rehabiliteringssenter
Tanja Knosen	Stedet
Tarek Øzger	Bredtveit fengsel
Tarjei Foshaug	Sykepleierforbundet
Thomas Johnsen	FO
Thomas Pedersen	Østensjø
Tom Kollerud	Stovner
Tommy Edvardsen,	ART, VEL

Tone Kronquist	Sagene
Tone Merete Småvik	Seksjon ruspoliklinikker, OUS
Tonje Anholt	ATA, VEL
Torstein Bjordal	Foreningen for human narkotikapolitikk
Trond Brækhus	St. Hanshaugen
Unni Bratlie	Syningom omsorgssenter
Vibeke Løvås	Nordstrand
Øyvind Sellevold	ABA, VEL