

## Innledning

Etter en gjennomgang av evalueringsrapporten for Prindsen Mottakssenter (PMS), finner Fagforbundet, NSF og Samfunnsviterne det nødvendig å kommentere innholdet. Da Ambulant Team (AT), er den eneste av de fem avdelingene som foreslås avvirket, vil kommentaren i hovedsak omhandle denne. Vi reagerer på at økonomi ikke er et tema i evalueringen. Senteret har over flere år drevet uten dekning i budsjettet. Både åpningstider og stillinger er innført uten bevilgninger. Som et resultat av dette rammes senteret av nedskjæringer, i særlig grad AT. Som det fremkommer av kommentaren, er vi uenige både i fremstillingen og kvaliteten av rapporten, samt anbefalingen om en nedleggelse av AT.

### *Ambulant Team(Oppsøkende Tjeneste)*

Ambulant team ble opprettet som Oppsøkende tjeneste i 1982, og siden den gang har tjenesten hatt som mandat å gi akutttilbud til rusmiddelavhengige i Oslo. Tjenesten blir kontaktet av brukerne selv, pårørende eller venner og personer i klientens miljø. Videre kommer det henvendelser fra offentlige aktører som AMK, politi, NAV, hjemmetjenesten, vektere m.fl. Dette gjelder akutte problemstillinger i det offentlige rom og i private hjem. Tidligere drev tjenesten også et omfattende oppsøkende arbeid i byens rusmiljøer, og fungerte som overdoseteam frem til kommunen fjernet denne oppgaven fra vårt mandat. Tjenesten har ansvar for førstehjelpsopplæring av ansatte og brukere i Velferdsetaten. I dag er mandatet for Ambulant team at vi gir akutt, praktisk, sosial og helsefaglig ivaretagelse av rusmiddelavhengige i Oslo.

## Tallmaterialet i rapporten

Vi stiller oss tvilende til det tallmaterialet som legges frem i rapporten vedrørende antall oppdrag hos AT. 2.tertial for 2013 og 2014 brukes som eksempel for å vise til nedgang i antall oppdrag.

*«En gjennomgang av rapporteringer fra 2013 til 2014 viser at Ambulant team samlet sett har hatt fra 2900 (2.tertial 2013) oppdrag pr tertial til 1600 (2.tertial 2014).» (Fauchald et al. 2015,s. 26)*

Det er for oss ukjent hva forfatterne har lagt til grunn for resultatet. To av Ambulant Teams ansatte, som over flere år har drevet med statistikk i Rusdata, har på ny hentet ut data. Disse samsvarer med tidligere innrapporterte tall månedvis, tertial og på årsbasis.

### *Årlig*

	År	Henvendelser	Oppdrag
Oppsøkende Tjeneste	2011	<b>5514</b>	<b>2670</b>
OT. AT fra aug/sept	2012	<b>5192</b>	<b>3114</b>
AT	2013	<b>6210</b>	<b>3742</b>
AT	2014	<b>5713</b>	<b>3373</b>

Kilde: Rusdata

### *Tertial*

	2013		2014	
	Henvend	Oppdrag	Henvend	Oppdrag
1. tert	<b>2156</b>	<b>1182</b>	<b>1818</b>	<b>1049</b>
2. tert	<b>2309</b>	<b>1509</b>	<b>1879</b>	<b>1061</b>
3. tert	<b>1745</b>	<b>1051</b>	<b>2016</b>	<b>1216</b>

Kilde: Rusdata

Som det fremgår av overstående skjemaer, er det et markant avvik i hva som fremgår av rapporten og den metoden for innhenting av data som AT er pålagt å bruke. Selv antall henvendelser tertialvis, er ikke i nærheten av hva som hevdes. Her forsøkes det istedenfor å vise til en reduksjon i antall oppdrag på 45%.

Videre er det for oss uforståelig at 2. tertial er valgt for å eksemplifisere en nedgang i oppdrag. Legger én til grunn f.eks. 3.tertial, ser vi her en økning i antall oppdrag. Ønsker rapporten å vise til en tendens, kan denne likeså godt brukes. Til tross for navneendringen i 2012 og utilgjengelig telefonnummer hos ulike opplysningsaktører, ser vi en økning i både henvendelser og oppdrag fra 2011 og frem til 2014. Dog er det en liten nedgang i 2014, men dette kan i stor grad tilskrives avvikling av metadonutlevering i private hjem.

Dersom innsendte tertial- og årsrapporteringer er lagt til grunn, er det ingenting her som gir de samme tallene som i rapporten. (Vedlegg 4)

Vi kan ikke godta en fremstilling av et tallmateriale som i beste fall er gjenstand for svært ulike tolkninger, eller som i verste fall vitner om manglende kunnskap i å hente ut data fra fagsystemet. Dette i en rapport som påberoper seg en forankring i empirien.

En ansatt ved AT ble forøvrig under utarbeidelsen av rapporten, spurt om å hente ut data i samarbeid med Fauchald, noe som aldri ble fulgt opp fra evalueringsgruppen.

### *Akuttoppdrag*

Rapporten hevder det er en nedgang i antall akuttoppdrag (Fauchald et al 2015,s. 30, 37). Det finnes ingen god måte å registrere dette i Rusdata. AT har gjentatte ganger de siste årene poengtert dette ovenfor ledelsen og IT-avdelingen i etaten. Rapporteringssystemet Rusdata er ikke laget for en tjeneste som AT, men for andre typer instanser i Velferdsetaten. Det tidligere systemet OKTUS var mer presist og laget spesifikt for tjenesten. Uteseksjonen opererer i dag fortsatt med dette fagsystemet.

Felles for akuttoppdrag (i det offentlige rom og i private hjem), medisnutlevering, oppfølging og hjemreiser, er at de alle blir registrert som eller knyttet til akuttoppdrag. Oppfølging er en variabel i systemet som kun kan registreres som tiltak (egendefinerte 2). Oppfølging kan derfor både knyttes til et akuttoppdrag eller en telefonhenvendelse. I rapporten blandes oppdragskategori med tiltakskategori.

Hjemmebesøk har dessverre alltid vært underrapportert. I måned- og tertialrapporteringer sendt fra AT de siste par årene, er dette kommentert flere ganger. Først de siste månedene har det blitt en forbedring. I januar 2015 ble det f.eks. registrert 41 hjemmebesøk, mot 16 året før. Årsaken må ses i

sammenheng med et faglig perspektiv. Problemstillingene ved oppdrag i det offentlige rom og i private hjem, har begge karakter av å være akutt.

Skal det telles akuttoppdrag isolert sett, er det nødvendig å trekke fra hjemreiser og medikamentutdeling, evt. oppfølging. Rusdata gir ingen mulighet for å skille ut oppdrag med karakter av oppfølging. Hvis man legger overstående metode til grunn, vil antall akuttoppdrag være på henholdsvis **2148** for 2013, og **2054** for 2014. Altså en marginal reduksjon på under 100 akuttoppdrag.

#### *Egendefinerte 2 i Rusdata*

Fanen *Egendefinerte 2* i Rusdata skal si noe om hvilke tiltak som ble iverksatt i tilknytning til et oppdrag. Ansatte har over flere år signalisert at denne er svært mangelfull og således ikke er noe godt verktøy for å beskrive oppdragets karakter.

#### *Behov for akutt helsehjelp*

Rapporten viser manglende forståelse og innsikt i hvordan AT arbeider, særlig med tanke på hvordan akuttoppdragene fortøner seg. Den beskriver akuttoppdrag slik:

*«Dette er i første rekke oppdrag knyttet til personer i det offentlige rom som ikke klarer å ta hånd om seg selv, men som ikke har behov for akutt helsehjelp.» (Fauchald et al 2015, s. 15)*

Beskrivelsen er ikke rimelig. Svært mange av klientene AT finner eller rykker ut til, har enten behov for observasjon på Legevakten grunnet rusintox, eller er preget av langvarig rusmisbruk som krever legetilsyn eller avrusning. AT kommer stadig i kontakt med personer med generelt nedsatt allmenntilstand, symptomer på rusforgiftning, sterke abstinenssymptomer, hypotermi og rusutløste psykoser. At disse ikke har behov for akutt helsehjelp kan fagpersonell hos AT ikke stå inne for. Lege og forsker ved allmennlegevakten, Odd Martin Vallersnes, viser til 100 akutte rusforgiftninger i 2012, innbrakt av Ambulant Team.

På samme side i rapporten heter det videre at AT tar oppdrag for andre instanser på PMS, også fra institusjoner i Velferdsetaten. Det må påpekes at disse oppdragene har karakter av å være mer enn kun transport. Årsaken til at AT tar denne type oppdrag, handler om at klientene har behov utover det å bli kjørt et sted. De har behov for kontakt med sosialtjenesten, helsevesenet og øvrig hjelpeapparat. De klarer ofte ikke å legge frem egen sak, da de har psykiske/fysiske lidelser og har behov for veiledning og støtte.

#### **Kjennskap til Ambulant Team**

##### *Navneendring*

Rapporten viser til, at av alle senterets avdelinger, er det Ambulant Team det er minst kjennskap til hos samarbeidspartnere (Fauchald et al. 2015, s.2). Som vist til i avsnittet *«Informanter i rapporten»*, er det grunn til å stille spørsmål ved troverdigheten i denne konklusjonen.

*«Samarbeidspartnerne kjente minst til tjenestetilbudet som gis av Ambulant team.»  
(Fauchald et al. 2015, s. 2)*

Et aspekt som helt er utelukket i rapporten, er navneendringen som ble pålagt tjenesten høsten 2012. At denne endringen ikke er tatt i betraktning vedrørende grad av kjennskap til AT, er ikke bare forunderlig, men foruroligende, med tanke på at rapporten påberoper seg å ha en «... *bredspektret empirisk tilnærming*» (Fauchald et al. 2015,s. 9).

Oppsøkende Tjeneste (OT) endret navn til Ambulant Team i 2012, til tross for en unison motstand fra de ansatte. Personalet fryktet at endringen ville svekke kjennskapen til OT blant brukere og samarbeidspartnere, og dermed indirekte det faglige tilbudet til målgruppen. Som et kompromiss, foreslo personalet selv *Oppsøkende Team* som et alternativ. Ansatte ved AT ble aldri hørt i denne prosessen. Dokumentasjon for påstanden finnes i flere henvendelser formidlet tjenestevei fra 2012 frem til desember 2015. I referatene til Medbestemmelsesutvalget (MBU) finnes også belegg for overnevnte beskrivelse, da saken ble behandlet der.

Vi mente å ha gode faglige argumenter for å beholde navnet Oppsøkende Tjeneste. Tittelen Ambulant team brukes av mange andre instanser som Legevakten, DPS, Bydel og spesialisthelsetjenesten. OT er en sterk merkevare, og er innarbeidet i klienters og samarbeidspartneres bevissthet. Vi har fått tilbakemeldinger om at det er vanskelig å finne oss i ulike registre, og mange tror vi er nedlagt. Dette kan i ytterste konsekvens føre til at klienter ikke får nødvendig hjelp.

Vi mener at evalueringsgruppen burde ha informert om at AT og OT er det samme, når de stilte spørsmål om samarbeidspartnerens kjennskap til AT. Videre ble dette formidlet av flere ansatte under fokusgruppeintervjuene som ble avholdt.

At samarbeidspartnere som politi, AMK, legevakt, MAR, SAA, samt Velferdsetatens boinstitusjoner ikke skulle ha kjennskap til AT, faller på sin egen urimelighet. Av disse er AT primært eller sekundært nærmeste samarbeidspartner av de fem ulike avdelingene på PMS. En annen forklaring er at informantene som er spurt, ikke har den daglige og direkte kontakten med eksterne samarbeidspartnere som AT.

Tabellen under viser hvor mange henvendelser AT fikk i 2014 *fra* de respektive instansene. I tillegg kommer alle henvendelser andre veien, fra AT til AMK, politi etc. Vi har vanskelig for å begripe hvordan dette kan tolkes som noe annet enn en kontinuerlig kontakt mellom AT og samarbeidspartnere.

2014	Henvendelser
AMK	365
SAA	160
Politiet	123
Legevakt	109

Kilde: Rusdata

Til tross for ulempene navneendringen har medført, fremgår det av datainnsamlingen i avsnittet «*Tallmaterialet*», at tjenesten har jevnt over hatt en økning i antallet henvendelser og oppdrag. Det er ikke urimelig å tro at dette mer bekrefter viktigheten av tjenestens eksistens, enn det motsatte som det konkluderes med i rapporten.

### *MAR som informant*

Rapporten gir videre inntrykk av at både Villa MAR og MAR Oslo befatter seg i så liten grad med Prindsen Mottakssenter, at det å bruke dem som informanter ikke har noen hensikt.

*«Villa MAR og MAR Oslo ble invitert til intervju sammen med Uteseksjonen, men de rapporterer at de har lite samarbeid og kjennskap til Prindsen mottakssenter. Det er dermed ikke gjennomført intervju med Villa MAR og MAR Oslo» (Fauchald et al. 2015, s.10).*

I egen undersøkelse har vi kommet frem til at overstående sitat ikke er plausibelt. Ambulant Team har, for ordens skyld, over flere år levert metadon for både MAR Oslo Poliklinikk og Villa MAR. I 2014 hadde AT henholdsvis 275 henvendelser, eller oppdrag utført på vegne av de ulike Villa MAR. For MAR Oslo Poliklinikk er tallet 333 (Rusdata).

13. mars henvendte ansatt ved AT seg til leder Nina Bureid ved MAR Oslo Poliklinikk. Hun kunne bekrefte at hun hadde fått en forespørsel fra evalueringsutvalget om å stille til intervju. Da den informanten hun fant mest hensiktsmessig å sende, ikke kunne stille den foreslåtte datoen, ba hun om et nytt tidspunkt. Forespørselen ble aldri imøtekommet. Den ansatte ved AT nevnt ovenfor har forøvrig selv sett nevnte mailkorrespondanse.

AT har vært i kontakt med Jon Sundelius, leder ved Villa MAR, som har sendt oss sitt svar til evalueringsgruppen. Der går det tydelig frem at han har god kjennskap til AT.

*«Det (kontakten.)har vært om enkeltpasienter, gjerne oppfølging av ambulerende team for hjelp med utdeling av legemidler + noen få personer som har hatt akutt overnatting. Det har samtidig vært en del kontakt med Hepatitt C klinikken, følge brukere til utredning(skanning) og videre oppfølging av legemidler(utdeling av Hepatitt C legemidler på Villa).»*

Sett i lys av tallmaterialet som foreligger, er det ikke troverdig at Villa Mar eller MAR Oslo Poliklinikk ikke har kjennskap til AT. Det ville vært naturlig å intervju personalet ved de respektive stedene, som har den daglige kontakten med AT.

Vi mener det må svares for hvordan forfatterne av rapporten har kommet frem til at det ikke hadde noen hensikt å bruke Villa MAR og MAR Oslo som informanter.

### **Overlappende tjenester**

*«Enkelte av oppgavene Prindsen mottakssenter gjennomfører i dag er overlappende med det andre instanser har i sitt mandat. For å sikre mer effektiv ressursutnyttelse bør følgende oppgaver ivaretas av andre instanser: hjemmebesøk, medisnutdeling, akuttoppdrag og oppsøkende virksomhet.» (Fauchald et al. 2015, s. 2)*

Videre er rapporten mer spesifikk da den konkluderer med at Uteseksjonen kan ta over det oppsøkende arbeidet. SAA skal overta akuttoppdrag og hjemmebesøk (Fauchald et al. 2015, s. 57).

### *Uteseksjonen*

Uteseksjonen oppsøker rusmisbrukere til fots i det offentlige rom, henholdsvis i sentrum. Oppgaven deres er å følge opp og koble klienter til øvrig hjelpeapparat. AT oppsøker rusmiljøer og steder hvor det er forventet å finne klienter med behov for akutt hjelp også utenfor sentrum. AT benytter i tillegg

bil spesielt egnet for å ta inn klienter som trenger akutt bistand. Vi kan ikke se hvordan Uteseksjonen eller bydel skal kunne dekke dette behovet.

#### *Sosial Ambulant Akuttjeneste (SAA)*

Legevaktens hjemmeside sier følgende om SAA:

*«Har du vært utsatt for en traumatisk hendelse som brann, ulykke, brå død hos en av dine nærmeste, vold i nære relasjoner eller seksuelle overgrep, tilbyr vi akutt krisehjelp. Vi hjelper deg med tilbud om psykososial rådgivning og medisinsk oppfølging for personer utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner».*

De foretar også hjemmebesøk, men bare på kveldstid. Ellers henvises det til bydel. Akutte barnevernssaker er også oppgaver innenfor deres mandat. Rusproblematikk nevnes ikke. Dog er det kjent at SAA henviser til Rusakuttmottaket, samt at de henviser til Døgnavdelingen på PMS. Det er også kjent at de håndterer en del av de samme gjengangerne som AT. Mange av de hjemmebesøkene SAA foretar, har også helt sikkert rus som bakenforliggende faktor, men må trolig ses i samme kontekst som overstående primæroppgaver. SAA tar derimot *ikke* oppdrag ute i det offentlige rom.

Det vi stiller spørsmål ved, er i hvilken grad det er tenkt at SAA skal håndtere de drøyt 2000 akuttoppdragene (3400 totalt) vi har vist til AT befatter seg med årlig. I tillegg har AT et betydelig antall telefonhenvendelser der det brukes mye tid på rådgivning og veiledning. Ansatte ved AT rapporterer om at deres samarbeid med SAA som oftest går ut på å motta forespørsler om akuttoppdrag med rus som hovedproblem, samt hjemreiser.

For å underbygge påstanden om at SAA kan ta over AT sitt oppgavefelt, siteres en informant fra den samme tjenesten.

*«Vi har et ambulant team, - er det hensiktsmessig med to ambulante team? Det er overlappende oppgaver. Vi vet ikke hva deres Ambulante team gjør....»(Fauchald et al. 2015, s. 38).*

Sitatet er en selvmotsigelse og burde følgelig ikke bli brukt til inntekt for en konklusjon hvor den ene instansen gjør den andre overflødig.

#### **Smittevern**

På bakgrunn av rapporten og videre planlegging av Smittevern, ønsker vi å komme med noen kommentarer. Rapporten ikke lest så inngående som ønsket, men lest raskt i en travel arbeidshverdag. Innspillene er derfor delvis basert på rapporten og delvis på presentasjoner av rapporten på dialogmøte og sentermøte.

#### *Akuttarbeid og bindeledd mellom sprøyteutdeling og helsehjelp*

Som delvis henvist til i rapporten er noen av hovedmålsettingene til Smittevern å redusere smitterisiko, bedre helsesituasjonen ved å gi direkte hjelp og lette tilgangen til det eksisterende hjelpeapparat og redusere antall overdoser. Det finnes en rekke studier på effekten av utdeling av sprøyter. Studiene er av variabel kvalitet og er hovedsakelig gjort internasjonalt. P.g.a. kort frist har vi ikke tid til å gjennomgå/referere utdypende til dette her, ei heller alle aspektene ved det å dele ut

sprøyter og hvilke faktorer som kan ha betydning i den sammenheng. Samlet sett kan man likevel si noe om tendenser og hvor funnene går i retning av at sprøyteutdeling er hensiktsmessig i forhold til risikoatferd blant injiserende misbrukere ifht hiv og infeksjoner/abcesser. Hepatitt C-ratene har dog ikke gått ned, noe som er felles for samtlige land i undersøkelsene og som bør ses nærmere på.<sup>1</sup> Flere av rapportene påpeker imidlertid at det er ikke bare sprøyteutdeling i seg selv som har effekt, men hvor kontakt, tilgjengelighet og lav terskel er viktige faktorer og hvor sprøyteutdelingen ofte utgjør en viktig inngangsport til andre tjenester, f.eks. feltpleien og dermed har bedre effekt ifht. forebygging og akutt hjelp.<sup>2</sup> Dette er beskrevet av både EMCDDA (2008) og SINTEF skriver bl.a.: «Lavterskeltiltakene møter brukernes problemer med en rekke tiltak som i første rekke er: sprøyteutdeling/sprøytebytte, samtale/veiledning, (...) samt videreformidling til øvrige tjenester. (SINTEF, 2008: 61).

Tilgjengelig het og lav terskel står også sentralt for Feltpleien, i tillegg til at sprøyteutdeling ofte fungerer som en inngangsport til Feltpleien. Prindsen deler ut ca 80-90% av sprøytene som deles ut på lavterskeltilbudene i Oslo og er daglig i kontakt med 250-400 personer.<sup>3</sup> Smittevern er dermed i kontakt med svært mange personer hver dag, og hvor brukerne selv daglig påpeker, samt etter påminnelser og motivering fra ansatte på Smittevern, at de skulle vært på Feltpleien «når de først er her», i tillegg til spørsmål, henvisninger og kontaktetablering med en rekke andre tjenester (Uteseksjonen, Sykepleie på hjul, osv). Med så mange besøkende hver dag, får vi også svært mange spørsmål og hvor Feltpleien kan bidra med helsehjelp i de aller fleste tilfeller – noe som nettopp er i tråd med VELs ønsker om mer fokus på akuttarbeid. Bindeleddet mellom sprøyteutdeling og Feltpleie er altså hensiktsmessig i seg selv ifht. akutt hjelp og skadereduksjon, noe som fungerte svært godt slik det var organisert i Tollbugt.<sup>3</sup>

### *Automater*

Erfaringene med automater fra andre norske byer er varierende, men noen fellestrekk:

- Med automater mister man muligheten til informasjon, veiledning, akutt hjelp og henvisning til andre tjenester, noe som nevnt over er en viktig del av skadereduksjonen og akuttarbeidet i seg selv.
- Erfaringer tilsier at automater ikke kan erstatte annen sprøyteutdeling, men kan evt være et tillegg. Denne erfaringen er i tillegg fra mindre byer hvor det deles ut langt færre sprøyter enn på Smittevern, slik at antallet personer som bruker disse automatene ikke nødvendigvis kan sammenliknes med antallet personer som bruker Smittevern på Prindsen.
- Skal det være et tillegg, krever det også kontinuerlig tilsyn og reparasjoner fordi automatene brytes opp og ødelegges. Automater blir dermed også et lite stabilt tilbud.
- Hva med mindreårige?

---

<sup>1</sup>Kjell Skaug et.al. (2008), EMCDDA (2008): «Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og narkotikarelaterte dødsfall», Forebygging.no: «Forebyggende tiltak» (2003), NOU 2003:4, SINTEF (2003): «Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige», Amundsen, E.J. (2006). Editorial: Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among IDUs. *Addiction*, 101(7), 911-912, FMR: "Reduserer sprøyteutdeling spredning av HIV og Hepatitt C?" (2013).

<sup>2</sup> Amundsen, E.J. (2006). Editorial: Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among UDIs. *Addiction*, 101 (7), 911-912. EMCDDA (2008).

<sup>3</sup> Og deler ut ca 2500-4500 sprøyter hver dag. (Ifht andre tiltak som har ca 20-300 personer og deler ut ca 400-15000 p/mnd).

## *Økonomi*

Både på bakgrunn av økonomi og en mest mulig hensiktsmessig sprøyteutdeling, har flere faktorer vært diskutert på Smittevern i flere år og hvor både personal og ledelse har fremmet ulike forslag uten at det noen gang har blitt bestemt og gjennomført:

### *a) Leverandør av sprøyter*

Etter mye klager fra brukerne og testing fra personalet på Sprøyterommet, ble det i 2014 bytte fra typen BD til Terumo. I lys av dårlig økonomi kan det stilles spørsmåltegn ved dette valget da Terumo koster det dobbelte av BD. Et forslag er at dette ses på igjen.

Man kan også stille spørsmålstegn ved at Smittevern på Prindsen betaler for sprøytene som deles ut på en rekke andre tiltak/organisasjoner.

### *b) Antall sprøyter («pumper»).*

Ved injisering er det ikke uvanlig å bruke flere kanyler enn pumper. Dersom de ikke ber om annet, får alle likevel med seg samme antall pumper som kanyler. Det har vært et forslag å redusere antall pumper, f.eks. at de får 5 pumper og 10 kanyler/ 15 pumper og 30 kanyler.

Noen vil ha hele esker med pumper, men både brukerne selv og personal på husene sier at noen rom er fulle av pumper som bare må kastes. Vi har derfor foreslått at dette også kuttes ut.

### *c) Åpningstider*

Smittevern har svært lave besøkstall på helligdager som jul/påske og har gitt tilbakemeldinger på dette over flere år, også fordi det er lange vakter med svært få besøkende. Det kan også nevnes at antall besøk på dagtid er lavt sammenliknet med etter kl 15/16.

## *Sprøyteutdeling og Hepatitt C*

Som allerede nevnt har sprøyteutdeling hatt liten effekt ifht. Hepatitt C blant injiserende misbrukere (se tidligere ref.). Det er mulig flere årsaker til dette, bl.a. større samfunnsfokus på hiv, at Hep C smitter lettere, en holdning til Hepatitt blant brukerne om at den er mindre farlig enn hiv (ikke dødelig og at man lett kan få medisiner for det), deling av kokekar eller stoffet i seg selv.<sup>4</sup>

En mulighet som har vært diskutert i litteraturen og som det også har vært diskutert muligheten for på Smittevern i flere år, er utdeling av syre, filter og kokekar. Det ble satt i gang et prøveprosjekt på dette for et par år siden, men de ansatte på Smittevern fikk ingen oppfølgende informasjon om gjennomføring/utfall. Det kan være noe mangelfull dokumentasjon på virkningen av utdeling av en slik pakke, men det er likevel noe man bør se nærmere på, også med tanke på investeringen i Hepatitt-klinikken og hva bare én behandling av Hepatitt koster opp mot forebygging av et fåtall hvis mulig. De ansatte på Hepatitt-klinikken har nærmere økonomisk og forskningsmessig kunnskap om dette.

---

<sup>4</sup> Bl.a. Nrk nyheter 29.03.15 om hvordan narkotika kan være smittekilde til div. sykdommer, bl.a. Hep.

## Oppfølging

*«Majoriteten av brukerne av Prindsen mottakssenter oppsøker tiltaket på eget initiativ. Et unntak er deler av målgruppen til Ambulant team. I 2012 ble det utarbeidet eget mandat for Ambulant team. Dette mandatet innbefatter at Ambulant team skal arbeide på oppdrag eller ut fra meldinger om bekymring for rusmiddelmissbrukere som befinner seg i en situasjon der de har et hjelpebehov. Akuttoppdrag fører i en del tilfeller til avtaler om oppfølging, noe mandatet tilrettelegger for. Det ligger i gjeldende mandat et krav om dreining av ressursinnsatsen fra hjemmeboende brukere, til en innretning inn mot de brukergrupper som er definert som primær målgruppe for Prindsen» (Fauchald et al. 2015, s. 6).*

I følge overstående sitat er hovedmålet å intensivere arbeid med gjengangere i akuttapparatet. AT er her en viktig instans for å komme i kontakt med disse personene. Mange av AT sine oppfølgingsklienter rekrutteres ved akuttoppdrag i hjemmet (eller i det offentlige rom). Utover å håndtere den akutte situasjonen, f.eks. å bringe klienten til legevakten, er vårt hovedfokus å opprette, eller gjenopprette kontakt med bydelens hjelpetilbud. Dette er med på å holde klienten i bolig og i bydel og dermed *unngå* å bli bruker av PMS. Dette gjelder særlig gruppen med alvorlig alkoholproblematikk. AT har en unik mulighet til følge opp personer inntil egnet tiltak i bydel er igangsatt.

## Oppsummering

Slik rapporten forstås av de som leser den, er en anbefalt avvikling av AT begrunnet i tre hovedelementer. Tallmaterialet, en forestilling om at andre instanser i Oslo kan utføre AT's primær oppgaver, og en påstand om at tjenesten er lite kjent blant samarbeidspartnere. Vi mener å ha grundig tilbakevist alle utsagn. Vi registrerer at det økonomiske aspektet ikke er tatt med som argumentasjon for den nevnte avviklingen.

Vi mener videre at AT til tross for årevis nedbemanning, kutt i budsjetter, feilslått navneendring og utilgjengelighet, har vist at de i stor grad har opprettholdt en funksjon i det akutte rusarbeidet i Oslo.

AT sine primær oppgaver sammenfaller med både målgruppen som er beskrevet i Sentrumsplanen og hovedmålene som er beskrevet for PMS. Videre heter det at en dreining mot PMS sin brukergruppe er ønskelig. AT samarbeider med samtlige avdelinger på senteret, samtidig som de håndterer akuttoppdrag i det offentlige rom i de sentrumsnære områdene. Således er instansen i stor grad knyttet til den prioriterte målgruppen. Forskjellen ligger i at AT i tillegg betjener klientgrupper i det offentlige rom og i private hjem i hele Oslo, oppdrag som bestilles av eksterne samarbeidspartnere. Årsaken er at det ikke finnes et alternativ. Bydel og andre instanser innenfor rusomsorgen har ikke samme tilnærming til disse gruppene som AT.

Ved å samlokalisere AT med de andre avdelingene i 2012, ble det stilt spørsmål ved hensikten av dette, da AT også har mange av sine primær oppgaver utenfor senteret. Vi mener det ikke er noe i veien for å se på en løsning hvor avdelingen lokaliseres annet sted, da primær oppgavene ikke nødvendigvis gjør en samlokalisering.

I henhold til Nasjonal Overdosestrategi er det hensiktsmessig å se på hvorvidt AT i tillegg kan ta på seg å etablere et overdoseteam i Oslo. I en slik løsning kan mandatet endres til også å jobbe med overdoser. AT har i 2014 selv forespurt en slik oppgave, på bakgrunn av at det er gitt signaler fra

politisk hold i Oslo om at et slikt arbeid er ønskelig, samt at SIRUS rapporterer om at overdosedødsfallene fortsatt er for høye.

Vi mener AT har en berettigelse ut ifra et behov blant Oslos befolkning. Tallene viser til dette. For at det skal være forsvarlig og nyttig, må det lanseres en ledelse som ønsker å satse på AT faglig og ressursmessig. Vi ser mange faglige utfordringer som AT kan utvikle og jobbe videre med. Det være seg overdoseproblematikk i henhold til Nasjonal Handlingsplan, samt å utvide hjemmebesøktstjenesten som fanger opp den kanskje mest utsatte gruppen av rusmisbrukere, nemlig alkoholikere. Her når AT en gruppe som få andre kommer i kontakt med. Bydel er langt fra tilstrekkelig bygget ut til å ta seg av denne klientgruppen. På disse områdene har AT utviklet spesialkompetanse.

Avslutningsvis reagerer vi på forsøket på en styrt avvikling av AT allerede i januar, lenge før rapporten ble gjort kjent. Ledelsen avviste da kjennskap til hva rapporten skulle konkludere med, noe som faller på sin egen urimelighet da én av lederne, i drøftingene med de hovedtillitsvalgte, selv er en av forfatterne av rapporten. Det ble istedenfor vist til at presserende økonomiske hensyn gjorde det nødvendig å kutte i bemanningen til AT. Dette til tross for at Fagforbundet fremla et forslag til innsparing vi mener kunne la seg gjennomføre.

Ann Kirstine Kirk  
Hovedtillitsvalgt NSF

Stine Westrum  
Hovedtillitsvalgt Fagforbundet

Kristin Hanoa  
Tillitsvalgt Samfunnsviterne

Thomas Johnsen  
Hovedtillitsvalgt FO