

Oslostandard for rusfaglig arbeid - Utkast

Innhold

Forord (byråden)	3
Innledning.....	4
Målsettinger.....	5
Mål	5
Målgruppe	6
Verdimessig forankring.....	6
Begreper	7
Helhetlig tiltakskjede i rusarbeidet.....	8
Kunnskapsgrunnlag.....	8
Forskning og erfaring	8
Helhetlig russtatistikk for Oslo	12
Kommunerevisjonens rapport om oppfølging av personer med ruslidelser	12
Kartlegging og hovedløp 2 og 3.....	13
<i>Kartlegging</i>	13
<i>Hovedforløp 2 og 3</i>	13
Tiltak	14
Tiltak 1: Legge til rette for godt relasjonsarbeid.....	14
Tiltak 2: Bolig	14
Tiltak 3: Arbeid, meningsfull aktivitet, utdanning og inntektssikring	15
Tiltak 4: Fysisk og psykisk helse	16
Tiltak 5: Rusproblemer.....	17
Tiltak 6: Sosial fungering og nettverk.....	18
Tiltak 7: Kartlegging, vurdering og dokumentasjon	18

Tiltak 8: Opplysning, råd og veiledning.....	19
Tiltak 9: Undersøkelse av opplevd livskvalitet.....	19
Tiltak 10: Tilbakemeldingsverktøy.....	20
Tiltak 11: Samarbeid og overganger.....	20
Tiltak 12: Kompetanseutvikling.....	21
Tiltak 13: Trygghets- og velferdsteknologi.....	22
Tiltak 14: Etablere internkontrollsystem for systematikk og kvalitetsforbedring av rusarbeidet.....	22
Litteratur og relevante dokumenter.....	23
Litteratur.....	23
Relevante dokumenter.....	24
Lover og forskrifter.....	27
Tips til tjenester til inspirasjon.....	27
VEDLEGG.....	28
Vedlegg 1: Kvalitetskriterier for feltpleietjenester.....	28
Vedlegg 2: Informasjon om samarbeid med Sagene Lokalmedisinske Senter.....	29
Vedlegg 3: Kartlegging i Bydel Alna.....	30
Vedlegg 4: Rutinehåndbok om aldring, alkohol og legemidler, Bydel Sagene hjemmetjeneste og Korus Oslo.....	32

Forord (byråden)

Innledning

Rusfeltet er i stadig politisk og faglig utvikling. Over flere år har Oslo kommune gjennom statlige føringer fått økte oppgaver knyttet til ansvar for oppfølging av personer med rusproblemer. Oppgavefordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er endret, for eksempel ved at oppholdstiden i døgnbehandling i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB) er forkortet, mens større deler av behandlingen gis i dagtilbud og poliklinisk. Rusbehandling gis også av kommunene.

Det finnes godt faglig belegg for at tilbud til og samarbeid med personer med rusproblemer bør gis i tilknytning til eget hjem, lokalmiljø og i hverdagslige omgivelser, der både utfordringer og ressurser tas inn som en del av et individuelt tilpasset oppfølgingstilbud. Personens funksjonsnivå blir derfor et viktigere parameter enn diagnose. Erfaringsmessig kan man oppleve endringer i funksjonsnivået underveis i samarbeidet med personer med rusproblemer. Tjenestene må derfor også endres underveis som følge av dette. Tjenestene skal bidra til tidligere innsats ved rusproblemer, og hjelp til å komme ut av rusproblemer, samt til økt livskvalitet hos dem som lever med rusproblemer. Byrådet setter ikke krav til mål om rusfrihet for å kunne motta hjelp. Et slikt mål kan erfaringsmessig utvikles underveis i samarbeidet.

Byrådet ser rusproblemer i et familie- og livsløpsperspektiv. Samarbeidet med pårørende er beskrevet i Oslostandard for pårørendesamarbeid.

Innsatsen skal fremover omstilles til mer desentraliserte tjenester med vekt på helseorientert oppfølging og hjemmebaserte tiltak i lokalmiljøet, egen bolig med oppfølging, samt tiltak som understøtter folks ressurser og egeninnsats. Dette betyr at de ordinære tjenestene i Oslo kommune skal være tilgjengelige for alle innbyggere, også for personer med rusproblemer. Disse tjenestene må derfor ha den nødvendige kompetansen for å kunne tilpasse tjenestetilbudet til den enkeltes behov. Velferdsetaten og andre byomfattende etater skal understøtte bydelenes rusarbeid.

Lovkrav til brukermedvirkning og til faglig forsvarlighet og kvalitetsforbedring av tjenestene, er også viktige utviklingstrekk i rusfeltet. Dette fordrer blant annet at Oslo kommune har en systematisk tilnærming til hvordan personer med rusproblemer involveres i samarbeidet om endrings- og mestringsarbeidet, både på individ- og systemnivå. Den enkeltes muligheter, ressurser og egeninnsats skal vektlegges og styrkes. Ledere av tjenestene må med jevne mellomrom gjennomgå og dokumentere at forsvarlighet og kvalitet er ivarettatt.

Oslostandard for rusfaglig arbeid baserer seg på byrådets russtrategi fra 2018. Den tar utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget om rusproblemer slik dette er beskrevet av Helsedirektoratet (2012 og 2014), i tillegg til nyere forskningskunnskap. I kunnskapsgrunnlaget inngår også data fra Helhetlig russtatistikk (2018/2019), samt anbefalinger fra Kommunerevisjonen i forvaltningsrevisjonen av to bydelers oppfølging av personer med ruslidelser fra 2020.

Oslostandarden for rusfaglig arbeid følger de åtte levekårsområdene som kartlegges i den nasjonale BrukerPlan-kartleggingen: Bosisuasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusbruk, sosial fungering og nettverk. I tillegg skal Oslostandarden for rusfaglig arbeid tydeliggjøre oppgaver og ansvar internt i bydelene, og hvordan samarbeidet mellom ulike tjenester i bydelene kan styrkes som en del av kommunenes rusfaglige arbeid. Dette handler om tverrfaglige, tilgjengelige og fleksible

oppfølgingstjenester, som samarbeider på en måte som er nyttig for personen med rusproblemer og familien. Videre skal standarden bidra til bedre overganger mellom tjenester, inspirere til å ta i bruk trygghets- og velferdsteknologi, samt til kompetanseutvikling.

Lover, forskrift, veiledere og sentrale dokumenter

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
- Nasjonal faglig retningslinje fra Helsedirektoratet: «ROP-retningslinjen»
- Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet: «Sammen om mestring»
- Pakkeforløp Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Strategisk plan for rusfeltet i Oslo
- En psykt bra by – Strategi for psykisk helse i Oslo
- Temaplan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021 - 2030
- Kommunal boligbehovsplan 2021 - 2030
- Kommunerevisjonens rapport om oppfølging av personer med ruslidelser 2020
- Mandat for Program for rusfeltet i Oslo 2020 - 2024

Oslostandard for rusfaglig arbeid avgrenses mot følgende andre standarder og faglige dokumenter:

- Veileder for rusforebyggende arbeid i Osloskolen
- Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene
- Oslostandard for oppsøkende arbeid mot utsatte unge
- Oslostandard for bo-oppfølging (2021)
- Oslostandard for bomiljøarbeid (2021)
- Oslostandard for pårørendesamarbeid
- Overordnet standard for tjenester i hjemmet
- Kvalitetshåndbok for sosiale tjenester
- Velferdsetatens fag- og metodebok

Målsettinger

Mål

Hovedmålsettingen for Oslostandard for rusfaglig arbeid er å bidra til likeverdige tjenester av god kvalitet til personer med rusproblemer, uavhengig av hvilken bydel man bor i og hvilke medarbeidere man møter i tjenestene. I russtrategien peker Byrådet på at det er et mål at personer med rusproblemer skal kunne benytte seg av både helse- og sosiale tilbud i bydelen der de bor. Enten ved at egnede tilbud bygges opp, eller ved at den enkelte ser seg tjent med å benytte tilbudene i bydel.

Oslostandarden for rusfaglig arbeid beskriver relevante tiltak for medarbeiderne i tjenestene.

Byrådets politikk på rusfeltet handler om en omstilling fra en kriminalitetsorientert og institusjonsbasert tilnærming ved rusproblemer, til helseorientert hjelp med vekt på hjemmebaserte tiltak i lokalmiljøet med aktiviteter, mulighet for arbeid og et meningsfylt liv. Dette skal bidra til mindre særomsorg, mindre stigma og mer livskvalitet. Tiltakene i Oslostandard for rusfaglig arbeid er et bidrag til å realisere disse målsettingene.

Målgruppe

Denne standardens målgruppe og tiltak retter seg mot medarbeidere i alle tjenester som tilbys personer med rusproblemer over 18 år.

I den statlige BrukerPlan-kartleggingen kartlegges personer som mottar tjenester i kommunen på grunn av at rusproblemene har et omfang og en karakter som går alvorlig utover daglig funksjon og/eller relasjoner til andre. Personene som kartlegges knyttes an til Helsedirektoratets veileder fra 2014 «Sammen om mestring», der tiltak beskrives i tre ulike forløp, og der de som kartlegges i BrukerPlan er i hovedforløp 2 og 3. Oslostandard for rusfaglig arbeid sine målsettinger og tiltak retter seg mot personer med rusproblemer, slik de beskrives i hovedforløp 2 og 3.

- Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

På samme måte bygges denne standarden på veilederens forståelse av tiltaksoppbygning i et forløpsperspektiv. Med utgangspunkt i rusproblemers dynamiske karakter vil det være glidende overganger mellom de ulike forløpene, samt at den enkelte persons situasjon, funksjonsnivå, problemer og ressurser raskt kan endre seg.

Verdimessig forankring

Byrådet baserer sin ruspolitikk på verdiene åpenhet, respekt og medbestemmelse.

Helsedirektoratet peker på at å leve med rusproblemer medfører stigma. En verdimelessig forankring av rusfaglig arbeid er derfor viktig. Stigma kan medføre at personer med rusproblemer ikke får de tjenestene de har behov for og krav på.

En human og helhetlig forståelse av «den andre» som medmenneske er grunnleggende for rusarbeidet, der et optimistisk menneskesyn om at alle kan komme seg og leve gode liv, gis et stort fokus. Dette fordrer et samarbeid og tilbud om hjelp som ikke utføres instrumentelt, det vil si der teknikker, metoder og systemer innskrenker personers forskjeller og autonomi. Tjenestene skal være likeverdige, noe som ikke er å forstå som å tilby like tjenester, men tjenester som er tilrettelagte og gis av ansatte som har kompetanse i tråd med den enkeltes behov. Alle kommunale tjenester skal jobbe for å inkludere personer med rusproblemer i tjenesten. Hjelp skal være tilgjengelig med én dør inn. I dette ligger at den som først kommer i kontakt med (eller blir kontaktet av) en person med rusproblemer eller pårørende, skal sikre at personen følges opp og at behovet for hjelp blir vurdert.

At tilbud om hjelp ikke utføres instrumentelt krever god relasjonskompetanse hos medarbeiderne, samt høy etisk bevissthet. Martinsen (1990) hevder fra et omsorgsperspektiv at det forutsettes en forståelse for den

andres situasjon, for å kunne handle omsorgsfullt. Nærhetsetikken omhandler tillitt og forståelse i menneskers møter med hverandre. Om dette formulerte den danske filosofen K.E. Løgstrup (1956) den etiske fordring: «Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender.» I dette ligger det helt grunnleggende ansvaret vi har for våre medmennesker. Det springer ut fra den kjensgjerning at vi har makt over hverandre. Og i makten ligger en plikt til å gjøre det gode, fordi det står i vår makt.

Relasjonsarbeid er grunnlaget for et individuelt tilrettelagt rusfaglig arbeid. Hjelpen skal gis raskt og ut fra den enkeltes behov, og på en måte som fremmer personers muligheter til å ta i bruk egne ressurser. For å fremme denne typen hjelp, bør samarbeidet mellom medarbeidere og personer med rusproblemer baseres på det Skjervheim (1996) omtalte som en «deltaker»-posisjon i relasjonsarbeidet. Dette er en tre-leddet relasjon mellom «den andre», meg og saken. Der saken for eksempel kan være «rusproblemet» og utfordringer som følger av det, og som begge parter skal bidra til å løse sammen, med bakgrunn i ulik kunnskap og kompetanse.

Slik kan personens rusproblemer løftes vekk fra å være egenskaper som definerer personen. Å la samarbeidet preges av å jobbe i en deltaker-posisjon betyr å skape en kultur i tjenestene hvor arbeidet skjer mellom likeverdige subjekter. Dette kan bidra til både å frigjøre og tydeliggjøre personers egeninnsats, og skape rom for medarbeidere til å utøve faglig skjønn.

Begreper

Språk og begreper i bruk kan også virke stigmatiserende. Språk og begreper som brukes i russtrategien, i denne standarden og i tjenestene skal gjenspeile byrådens ønske om at medarbeidere i Oslo kommune skal omtale og samarbeide med personer med rusproblemer på en respektfull og likeverdig måte.

Endrings- og mestringsarbeid viser til at både endring og mestring krever egeninnsats og pågår over (lang) tid. Målsettinger, behov for hjelp og støtte og valg av tilnærminger vil variere. *Arbeid* handler om at endring og mestring skjer i et samarbeid med andre. Deltakelse fra den det gjelder settes i fokus, for å understreke aktørperspektivet, der endring og bedring ikke forstås som noe som kun skjer fra utsiden, og der medarbeidere endrer eller «reparerer» andre. Medarbeidere har ansvar for at levekårs- og omgivelsesfaktorer som tilgang til hjelp og sosiale felleskap, aktiviteter, studier, jobbstøtte og støtte til å bo trygt og godt, bygger opp under den enkeltes endrings- og mestringsarbeid. Å spørre, og lytte til svaret, om *hva er viktig for deg?* bidrar til at samarbeider dreier seg om tema som oppfattes som viktig for den det gjelder, og samsvarer med de behovene vedkommende opplever å ha. Både medarbeidere og den det gjelder må ha tro på valg av tilnærminger, og tilnærmingene som brukes må bidra til opplevelse av mestring, bedring og økt livskvalitet.

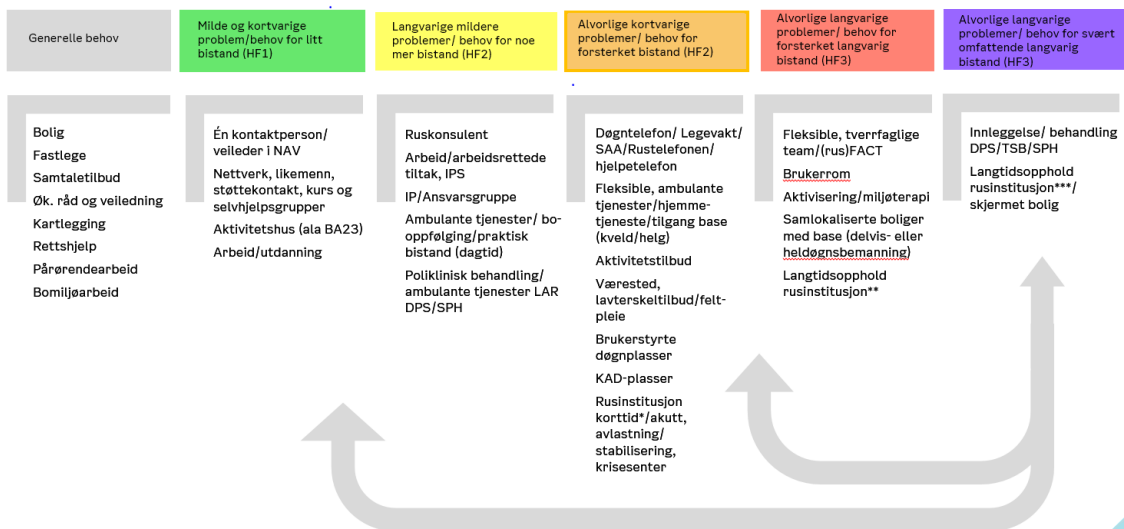
Et annet sentralt begrep er *rusproblemer*. Byrådens russtrategi og denne standarden legger til grunn en bred forståelse av rus. For å favne alle som på en eller annen måte har utfordringer knyttet til bruk av rusmidler benyttes derfor begrepet rusproblemer. Dette kan være viktig for å fremme tidligere innsats, samt mer positive holdninger til personer med rusproblemer, både i samfunnet og i tjenestene. Byrådet vil løfte fram betydningen av at rusproblemer alltid handler om unike individer, og kun er én del av innbyggerens liv. Innbyggere som har rusproblemer lever like sammensatte og hele liv som alle andre innbyggere, og har samme behov for individuell tilpasning av tjenester. Rusproblemer skal ikke stå i veien for at innbyggere skal få ordinære tjenester.

Helhetlig tiltakskjede i rusarbeidet

Som en del av Velferdsetatens Program for rusarbeid i Oslo kommune 2020 – 2024 (PRIOslo) har det blitt utarbeidet en beskrivelse av den helhetlige tiltakskjeden rusarbeidet inngår i. Byrådet legger til grunn at beskrivelsen utgjør et styringsverktøy for rusarbeidet, både i bydelene og i bydelsovergrepene etater.

Helhetlig tiltakskjede

Hver gruppe har tilgang til tjenestene under seg og til venstre i oversikten. Individets utfordringsbilde og tjenestebehov vil variere over tid. Behov, ønsker og ressurser må kartlegges.



Oslo

* utrednings- og videreformidlingsenheter **Mestringsenhet, ressurscenter, rammeavtaler, omsorgsinstitusjon, sykehjem *** forsterket bo- og behandlingstilbud, private plasser (enkelkontrakter bydel)

Kunnskapsgrunnlag

Forskning og erfaring

Kunnskapsgrunnlaget om hvilke faktorer som kan føre til rusproblemer er ikke entydig. Arbeid med mål om endring- og mestring av rusproblemer må derfor basere seg på en bred tilnærming, og ta utgangspunkt i personens egen opplevelse av medvirkende faktorer, samt om hva som kan være god hjelp.

Utviklingen av rusproblemer kan være av både biologisk, psykologisk og sosial art (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet advarer mot en ensidig forståelse av rusproblemer som knyttet utelukkende til forhold i individet. Direktoratet peker videre på at det i hovedsak er de sosiale betingelsene som påvirker helsen, og ikke omvendt. Ung i Oslo- undersøkelsen i 2018 tyder dessuten på at kulturelle forhold også kan ha betydning. Flere gutter enn i 2015 mente at det gir økt sosial status å røyke hasj.

Det er en gradvis og glidende overgang fra problemfri bruk av rusmidler til bruk som er skadelig, alvorlig eller preget av avhengighet. Rusproblemer som utvikler seg vil typisk medføre økende negative konsekvenser på ulike områder av livet, herunder relasjoner til andre, samt nedsatt kontroll over inntaket av rusmiddelet. Rusproblemer beskrives etter symptomenes art, grad og varighet. Avhengighet er derfor et deskriptivt, og ikke et absolutt, begrep. Helsedirektoratet (2014) beskriver kjernen i rusavhengighet som mer eller mindre fastlåste tanke- og atferdsmønstre. Johansen og Bramness (2018) viser hvordan de ulike rusmidlene har ulikt potensial med hensyn til å skape avhengighet.

Ofte opptrer rusproblemer og psykiske lidelser samtidig, og erfaringsvis også i kombinasjon med somatiske sykdommer og sosiale utfordringer. Landheim og medarbeidere (2002) viste at for mer enn halvparten av dem som var innlagt til rusbehandling i to norske fylker hadde de psykososiale problemene debutert med en psykisk lidelse. Dette kan styrke en selvmedisineringshypotese, ved at rusmidler anvendes som følge av psykisk stress og/eller ulike traumer, fordi de gir umiddelbar symptomlette. Samtidig kan bruk av rusmidler medføre både psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Rusarbeid må ta hensyn til disse medvirkende faktorene, og ikke kun fokusere på symptomene.

Tidlig debut av bruk av illegale rusmidler ser ut til å kunne føre til et mer langvarig og sammensatt forløp. Kontakt med rettsapparatet, straff og innsettelse i fengsel øker kompleksiteten. Til tross for symptomer på avhengighet, vil mange erfaringsmessig kunne klare seg i lengre perioder uten rusmidler. Helsedirektoratet (2014) peker på at rundt 70 % av dem i befolkningen som på et tidspunkt i livet får et rusproblem, kommer seg ut av problemene uten bistand fra hjelpeapparatet.

Landheim (2016) viser til studier av personer som har vært i rusbehandling. I denne gruppa er det færre som er rusfrie i et langtidsforløp sammenliknet med undersøkelser fra befolkningen. Dødeligheten er høy, særlig blant opiatavhengige, men også blant alkoholavhengige. Det er viktig å minne om at behandlingsgrupper utgjør en selektert gruppe, sammenliknet med studier fra befolkningen. De som har vært i behandling, har ofte mer omfattende og alvorlige rusproblemer, og også tilleggspolproblemer, noe som vanskeliggjør bedring sammenliknet med personer som ikke har vært i behandling. Med et par unntak klarer om lag en tredjedel å oppnå bedring fra opiatavhengighet i lang tid. Når det gjelder alkoholavhengighet, er bildet noe mer sammensatt, men i et langtidsforløp oppnår en forholdsvis større andel bedring fra alkoholmisbruk eller alkoholavhengighet.

Andelen eldre som drikker alkohol og bruker vanedannende legemidler er økt de siste femten årene. Eldre drikker oftere enn før, og det er særlig vinkonsumet som har økt. Tall fra Reseptregisteret viser at to av tre legemiddelbrukere over 65 år får minst fem legemidler. Interaksjonen mellom alkohol og legemidler kan gå begge veier: legemidlene kan gi endret alkoholeffekt, og alkohol kan endre effekten av legemidler. Alkohol forsterker spesielt effekten av benzodiazepiner, antidepressiva og opiater, noe som igjen kan få alvorlige konsekvenser

Fastlegen, somatiske sykehus, hjemmetjenestene og ulike former for oppsøkende helse- og omsorgstjenester i kommunen er de viktigste aktørene for å oppdage, kartlegge og behandle rusrelaterte problemer hos eldre (Korus Oslo, 2020).

I 2019 var det 36 innbyggere i Oslo som døde av overdose. Dette er det laveste antall døde på ti år (Folkehelseinstituttet, 2019). Overdoseproblematikk og overdosedødsfall er et sammensatt og komplekst problem, med mange samvirkende faktorer (Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2011). Det er en del variabler i dette utfordringsbildet, som kommunen ikke rår over, og som kan føre til svingninger fra år til år (Folkehelseinstituttet, 2019). Samtidig er dette et innsatsområde som krever kontinuerlig fokus og videreutvikle da utfordringsbildet er dynamisk, og i konstant endring. Se for øvrig Oslostandard for overdoseforebygging i bydelene.

Eksistensielle dimensjoner har en vesentlig plass i menneskers liv. Fokus på behovet for håp, tillitt, livsvilje og mening i livet, bør derfor gis oppmerksomhet i et samarbeid om endrings- og mestringsprosesser (Biong og Borg, 2016; Culliford, 2005).

De eksistensielle faktorene ved livet er også et fokusområde når det kommer til forebygging av overdoser. Forskningslitteraturen dokumenterer at noen overdosedødsfall kan være selvmord (Biong & Ravndal, 2007; Biong, 2013). Biong og Ravndal (2007) viste at livstruende overdoser hos yngre menn ikke utelukkende kan forstås som uhell, men også som rop om hjelp i kriser. I de sårbare overgangene mellom tjenester og tjenestenivåer er det også en del mennesker som mister livet ved overdose. Bukten et al. (2017) fant i sin studie av dødelighet blant personer som ble løslatt fra fengsel at overdoser utgjør hele 85% av dødsfallene som skjer innen én uke etter endt soning. Risikoen for overdosedød den første uken er mer enn fordoblet sammenlignet med den andre uken. De første dagene etter endt soning var faren for å dø av overdose høyest, men risikoen vedvarte i flere uker.

Kunnskap om endrings- og mestringsprosesser ved rusproblemer viser tydelig at relasjonen til hjelpere er av helt vesentlig betydning for bedring (Helsedirektoratet, 2012; Landheim et al., 2016). Helsedirektoratet (2014) beskriver dette som at partene i samarbeidet utvikler en felles forståelse av hva det skal arbeides med, og hvordan det skal gjøres. Personens ressurser må fokuseres under hele samarbeidet, og økt livskvalitet er et viktig utfallsmål.

Landheim og medarbeidere (2016) viser den store bredden av innholdet i endrings- og mestringsprosesser; fysisk aktivitet, kunst- og uttrykksformer, egeninnsats, tilgang til likemenn, selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner er bare noen av de faktorene som har betydning. En overordnet forståelse av erfaringene med disse prosessene er at de bidrar til at den enkelte opplever å bli en del av fellesskapet (Biong, 2016).

Forskning peker på at det å samarbeide om levekår og hverdagsliv er særlige betydningsfullt, der fokus legges på hva som kan skape mening for den enkelte (Biong og Soggiu, 2015). Det å rette fokus mot omgivelsesfaktorer, og det dynamiske forholdet mellom samfunn, person og hverdagsliv, er sentralt (Biong og Borg, 2016). Kommunalt rusarbeid bør derfor basere seg på et familie- og livsløpsperspektiv.

Lauritzen, Ravndal og Larsson (2012) fulgte 481 personer med illegalt rusbruk i en periode på ti år. Rus- og psykiske helseproblemer i familien, og store problemer i grunnskolen var omfattende. Etter ti år var 15 prosent døde. Gjennom ulike former for endrings- og mestringsarbeid var illegalt rusbruk og kriminalitet vesentlig redusert. Andelen som hadde inntekt fra eget arbeid økte til rundt en tredjedel ved avsluttet observasjon, mens en langt større andel enn ved inklusjon var uføretrygdet. Som konsekvens av dette var det en sterk nedgang i sosialhjelpsytelser. Et annet positivt funn var at boligforholdene synes å ha forbedret seg betraktelig, og etter ti år var syv av ti fornøyde med boligsituasjonen. Andelen som ble integrert i rusfrie miljøer var liten, og mange tilbrakte tiden sin alene og opplevde stor grad av ensomhet. Det var ingen markant bedring av psykiske helseproblemer i perioden.

Johansen og Bramness (2018) gir en bred og fyldig oversikt over psykososiale og medikamentelle tilnæringsmåter ved ruslidelser. Mange av disse kan også anvendes planlagt og målrettet på kommunalt nivå.

Ravndal og Vaglum (1994) observerte at kvinner i rusbehandling, og som deltok i kvinnegrupper, hadde minst frafall og at de i større grad kom tilbake hvis de droppet ut. Kvinner i en avdeling med mange menn kan lett miste egne problemer av syne, og står i fare for å gå inn i vanskelige eller voldelige relasjoner til menn. Kunnskapen styrket arbeidet med å se rusproblemer i et kjønnsperspektiv, og tilrettelegge for særlige tiltak for kvinner. På tross av at temaet lenge har stått på den politiske dagsorden, mangler det fortsatt behandlingsforskning som i større grad er opptatt av det særegne med å være kvinne eller mann med rusproblemer. Vår kunnskap er i hovedsak fortsatt basert på forskning og klinisk erfaring fra menn med rusproblemer (Lossius, 2021).

Menns rusproblemer kan være knyttet til å håndtere kulturelle krav til maskulinitet (Biong & Ravndal, 2007). Kriminalitet og rusing kan være individuelle, men uhensiktsmessige, forsøk på å leve opp til kravene. En medvirkende faktor, og et resultat av dette, kan være alvorlige sinneproblemer. Klyve (2016) ser sinneproblemene i et samfunnsperspektiv. Et samfunn som ifølge Klyve i liten grad evner å tilfredsstille unge, men heller skyver mange mot ekstreme former for utmelding. Det gjelder særlig gutter og unge menn, som lever i ytterkanten eller helt på utsiden av samfunnet.

Neset og medarbeidere (2020) fant at menn som utøvde vold, gjennom å delta enten i sinne-mestringskurs eller stress-mestringskurs, reduserte denne adferden til nærmest null. Selv om denne studien ikke ble gjennomført i gruppa menn med rusproblemer, kan den likevel indikere at slik hjelp kan være nyttig.

Faktorer som levekår, livskvalitet, sosial inkludering og fremtidshåp være viktig innhold i kommunalt rusarbeid, både for menn og kvinner. I russtrategien gir byrådet føringer om å opprettholde egne plasser i rusinstitusjon for kvinner, herunder krisesentertilbud til kvinner med rusproblemer.

Med hensyn til minoritetsgrupper viser Freng (2008) til at det er av avgjørende betydning å vise nysgjerrighet og øke medarbeidernes kunnskap om vedkommende sin kulturelle bakgrunn, før selve rusproblemene bringes opp. Spørrelyst fungerer godt som en brobygger mellom den det gjelder og hjelperen. Det utvikler tillit, og det blir enklere å enes om felles mål. Et annet viktig element er å kartlegge vedkommende sin kunnskap om endrings- og mestringsarbeid, samt holdninger og forventninger til dette. I tillegg kan vedkommende sin forståelse av situasjonen og rusproblemene ofte tilhører en annen forklaringskategori enn medarbeideren sin.

Ytrehus (2018) beskriver hvordan kommunalt rusarbeid kan organiseres og hva det kan og bør inneholde, ut fra perspektivet om helseproblemer i kontekst. Kommunalt rusarbeid må være både mangfoldig og variert, fordi rusproblemene etiologi er mangfoldig. Rådgiving, praktisk hjelp og emosjonell støtte er virksomme faktorer.

Bjerke (2010) fant i sin doktorgradsavhandling om IKT i rusbehandling at det å kommunisere ved hjelp av elektroniske medier kan gi noen pasienter i slik behandling en opplevd tilstedeværelse av en støttende person, uavhengig av tid og sted. Det synes også å være mindre psykologisk stressende og mer praktisk for en del pasienter. Bruk av elektroniske medier i rusbehandling synes å ha potensial til å påvirke interaksjonen mellom pasienter og helsearbeidere ved at det gir pasientene et annet grunnlag for å bestemme når, og hva det skal kommuniseres om. Dette bidrar til at interaksjonen mellom pasienter og helsearbeider får en annen karakter enn det som vanligvis gjenspeiler seg i en mer formell terapeutisk sammenheng. Hverdagslig prat (for eksempel meldinger) er viktig i denne sammenheng, da dette synes å kunne fremme en mer uformell

kontaktform som i neste omgang kan ha en nyttig og viktig terapeutisk funksjon. Selv om denne studien er gjennomført i et utvalg i spesialisthelsetjenesten, kan funnene vurderes som relevante også for førstelinjen.

Helsedirektoratet (2014) peker dessuten på hvordan organisatoriske forhold har betydning for endrings- og mestringsarbeidet: Tilgjengelighet, kontinuitet, individuell tilpasning, krisehåndtering og fleksibilitet i tjenestene er viktige forutsetninger fra tjenestenes side.

Helhetlig russtatistikk for Oslo

Helhetlig russtatistikk gir en regelmessig og systematisk oversikt over personer som får kommunale tjenester og/eller spesialisthelsetjenester på grunn av bruk av alkohol og/eller legemidler og/eller illegale rusmidler.

Helhetlig russtatistikk for 2018/2019 viste at 3 968 personer mottok tjenester fra bydelene på grunn av rusproblemer. Det er i snitt 7,3 kartlagte per 1 000 innbyggere over 18 år, noe som er litt høyere enn snittet for Norge. Andelen kartlagte varierte fra 3,2 per tusen i Bydel Nordre Aker til 12,7 per tusen i Bydel Sagene. Personer som ble kartlagt i Oslo var noe eldre og vurderes å ha større alvorlighetsgrad knyttet til rusproblemer sammenliknet med kartlagte i Norge. Fire av fem ble vurdert å ha både rus og psykiske helseproblemer, noe som også er høyere enn i landet forøvrig. 12 prosent hadde alvorlige fysiske helseproblemer. 37 prosent hadde betydelig eller omfattende bruk av alkohol, 25 prosent betydelig eller omfattende bruk av cannabis og ti prosent å ha betydelig eller omfattende bruk av heroin.

Helhetlig russtatistikk 2018/2019 pekte på noen viktige levekårsområder som utfordrende; arbeid/aktivitet, bolig og koordinering av tjenester. Ti prosent av de kartlagte er bostedsløse. Dette utgjør 436 personer i Oslo. Under 20 prosent av de kartlagte i BrukerPlan vurderes å ha tilstrekkelig arbeids- og/eller aktivitetstilbud. I snitt er det 12 prosent av alle kartlagte i Oslo som har Individuell plan (IP). Dette er samme andel som for hele landet. Levekårsindeksen viser at av de som har alvorlige problemer på alle levekårsområdene, er det kun to prosent som har IP. Seks prosent av de som har alvorlig problemomfang på de fleste levekårsområdene har IP.

Kommunerevisjonens rapport om oppfølging av personer med ruslidelser

Kommunerevisjonen gjennomførte i 2020 en revisjon i bydelene Alna og Nordstrand om oppfølgingen av personer med ruslidelser. Det ble særlig fokusert på hvordan bydelene systematisk sikret at personer med ruslidelser får et tilbud i tråd med sine behov.

I rapporten konkluderer Kommunerevisjonen med at det er mange eksempler på at personer med ruslidelser fikk tett oppfølging i begge bydelene. Dette kunne bidra til at brukerne fikk tjenester i tråd med hjelpebehov. De to bydelenes arbeid var ikke tilstrekkelig systematisk, og det var spesielt svakheter og mangler knyttet til:

- Kartlegging av brukernes funksjonsnivå
- Dokumentasjon av vurdering av tjenestebehovet
- Journalføring, individuell plan, kriseplan, koordinator, samtykke og internt samarbeid.
- Dette gir risiko for at brukerne ikke fikk tilbud i tråd med sine behov

Målsettinger og tiltak i denne Oslostandarden følger opp funnene i kommunerevisjonens rapport på flere områder, mer spesifikt tiltakene som knytter seg til bruk av systematisk kartlegging, vurdering og dokumentasjon, samt målinger av livskvalitet.

Kartlegging og hovedløp 2 og 3

Kartlegging

Kartlegging, utredning og vurdering er ansvar både for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen skal danne grunnlag for videre tiltak. Det anbefales at kartlegging gjennomføres på brukerens arena og at informasjon fra pårørende inkluderes. Kartleggingen bør bygge på et mestringsperspektiv, der også den enkeltes ressurser kartlegges. I alle kommuner skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy. Dessuten skal det finnes kompetanse for å kunne gjennomføre en kartlegging av funksjonsnivå og ressurser. Motiverende intervju bør tas i bruk for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte (Helsedirektoratet, 2014).

Kommunene skal sikre systematisk kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester, herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene. Personers liv endrer seg over tid. Evalueringer av endringer i gjennomførte kartlegginger bør derfor individuelt vurderes, oppdateres og dokumenteres i gjeldende fagsystemer. Se lista over relevante dokumenter for oversikt over konkrete kartleggingsverktøy.

Helsedirektoratet (2012) gir i «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse» anbefalinger for kartlegging og utredning av personer med samtidige rus og psykiske lidelser. Helsedirektoratet (2014) har dessuten gitt spesifikke føringer for kartlegging og utredning knyttet til rusproblemer i hovedforløp 2 og 3.

Helsedirektoratet (2012) tydeliggjør innholdet i kommunenes ansvar for *kartlegging* av funksjonsnivå og *vurdering* av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene hos personer med samtidige rus- og psykiske lidelser:

- Ruskartlegging og psykososial oppfølging
- Forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)
- Fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig
- Sosial eller arbeidsrettet aktivisering
- Arbeid med individuell plan
- Generell oppfølging og veiledning
- Henvising til behandling

Hovedforløp 2 og 3

Helsedirektoratet (2014) gir følgende føringer for *kartlegging* ved kortvarige, alvorlige problemer og mildere problemer over tid (Hovedløp 2, H2), samt for kartlegging av alvorlige og langvarige problemer/lidelser (Hovedløp 3, H3):

- Ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester bør kartlegge funksjonsevne og ressurser, familie og nettverk, økonomi, bosituasjon, utdanning og arbeid og eventuelt kriminalitet eller andre normbrudd.
- Den somatiske helsen bør kartlegges av fastlege.
- Det anbefales at spesialisthelsetjenesten kontaktes for å bidra i diagnostikken (*utredning*). Alvorlige lidelser som psykoser, alvorlige stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og alvorlig rusmiddelavhengighet m. fl bør diagnostiseres av spesialisthelsetjenesten.

Tiltak

Tiltak 1: Legge til rette for godt relasjonsarbeid

Det viktigste i et faglig, systematisk og planmessig ruserbeid er at medarbeiderne skaper og opprettholder en god relasjon med den som trenger hjelp, basert på en deltaker-posisjon (se avsnittet om Verdimessig forankring), og spørsmålet om *Hva er viktig for deg?* Dette er første prioritet.

Alle som mottar tjenester for rusproblemer skal ha én fast kontaktperson i bydelen, og det er ønskelig at vedkommende har hovedansvaret for å bidra til godt relasjonsarbeid, motivasjon til endring og mestring, og arbeidet med en helhetlig individuell plan.

Medarbeidernes samhandling med pårørende følger tiltakene i Oslostandarden for pårørendesamarbeid.

Ledere må støtte medarbeiderne i tjenestene, og skape en kultur og rammebetingelser, som gjør det mulig å kunne jobbe i en deltaker-posisjon og iverksette tiltak ut fra svaret på spørsmålet om hva som er viktig. Resultatene av kartlegginger inngår i dette.

Medarbeiderne må bidra med å utvikle seg selv for å kunne håndtere utfordrende relasjoner, samarbeid og etiske problemstillinger over tid.

Bydelen skal i det aktuelle fagsystemet dokumentere at brukerne har gitt samtykke til samarbeid og utveksling av informasjon, herunder innhente brukerens samtykke for å utveksle taushetsbelagt informasjon ved behov.

Samtykket må spesifikt angi hvilke opplysninger som kan deles, hvem de kan deles med og for hvor lenge samtykket gjelder, for å møte kravene til et informert samtykke.

En utfordring for godt relasjonsarbeid er vurdering av voldsrisiko. Virksomheten bør vurdere og legge til rette for hvordan dette kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte.

Tiltak 2: Bolig

Hva som er en trygg bolig/boligløsning og et godt hjem vil variere fra person til person, og det bør tas individuelle hensyn når det gjelder hva som er en egnet boligløsning. Boligen skal kunne være/bli et hjem, som en base både for rekreasjon og sosialt liv. Med gode bomiljøer og møteplasser i nærmiljøet, kan nye sosiale nettverk bygges og ensomhet reduseres. Bydelenes kunnskap om bomiljø, bomiljøutfordringer og sammensetningen av beboermassen må trekkes med i planleggingen.

Bydelene bør arbeide aktivt med fleksible og individuelt tilpassede løsninger for oppfølging i hjemmet, samt arbeide med nærmiljø og lokalsamfunn for å bygge trygge bomiljøer for alle.

Personer med rusproblemer skal ha mulighet til å bo i egen bolig/egnet boligløsning, og bydelene bør legge til rette for stor grad av medvirkning i valg av bolig. Det vises til føringer og tiltak i Kommunal boligbehovsplan 2021 – 2030 (Bystyret, våren 2021).

For personer som har benyttet seg av Velferdsetatens institusjonstilbud skal det utarbeides gode planer før innflytting i bolig, basert på medvirkning og godt relasjonsarbeid. Det vises til Felleskriv fra byrådsavdelingen (våren 2021).

Bydelen skal i forkant av innflytting i egen bolig/boligløsning ha gjennomført en kartlegging av brukers behov og tilrettelegge for og tilby tjenester deretter. Bydelene har ansvar for koordinering av prosessen. Koordineringen skal sikre et godt samarbeid med medarbeidere i Velferdsetaten for å sikre en god overgang til egen bolig.

Bydelene og Velferdsetaten skal samarbeide om overgangen fra institusjon til egen bolig. Sjekklisten, «Fra institusjon til egen bolig» skal benyttes som verktøy i arbeidet.

Bydelen anbefales å prioritere tilrettelagt, individuell oppfølging i bolig gjennom egne bo-oppfølgere som kan drive tett oppfølging av få brukere. Bo-oppfølgingen og bo-miljøarbeidet skal skje i tråd med tiltakene i de respektive oslostandardene (utarbeides 2021).

Bydelene anbefales å drive aktivt nærmiljøarbeid basert på den bosattes egeninnsats, naboskap og lokale ressurspersoner.

Bydelene bør etablere prøveordninger med tildeling av boliger på tvers av bydelsgrenser.

Housing First

I den opprinnelige modellen for Housing First anbefales åtte prinsipper som et Housing First:

Bolig er en grunnleggende rettighet

Respekt, varme og medmenneskelig ovenfor alle brukere

Man skal forplikte seg til å arbeide med brukerne så lenge de har behov

Framskaffelse av boliger i ordinære bomiljø

Skille mellom bolig og tjenester

Tjenestene skal ta utgangspunkt i brukerens behov og deres rett til selvbestemmelse

Recovery-orienterte prinsipper skal styre tjenestene

Skadereduksjon

Kilde: NAPHA

Tiltak 3: Arbeid, meningsfull aktivitet, utdanning og inntektssikring

Byrådet likestiller arbeid med andre former for metoder i endrings- og mestringsarbeidet. For at personer med rusproblemer skal få bedre livskvalitet, med flere friske leveår og for å redusere negative konsekvenser av rusproblemer både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå, er tilgang til arbeid, meningsfulle aktiviteter, sysselsetting og utdanning svært viktig. I et kommunalt perspektiv bør endrings- og mestringsarbeidet ved rusproblemer i så stor grad som mulig skje i hverdagslivet, det vil si det fyller lever og bor. Tjenestene skal derfor ha fokus på aktiviteter og arbeid, normalitet, sosial inklusjon og tilgang til sosial

støtte og integrering i nærmiljøet, for å mestre dagliglivets utfordringer, bedre funksjonsevnene, og utløse egne ressurser.

Alle medarbeidere som samarbeider med personer med rusproblemer bør uavhengig av organisatorisk tilknytning ha fokus på arbeid, aktivitet, formell utdanning og økonomisk sikring, som en del av et helhetlig oppfølgingsarbeid med et ressursfokus.

Personer med rusproblemer folk skal ha tilgang til virkemidlene hos NAV på lik linje med andre innbyggere. NAV forvalter spesifikke tiltak med hensyn til arbeid, aktivitet, formell utdanning og økonomisk sikring, men også øvrige tjenester i bydelen som yter hjelp til personer med rusproblemer bør ha fokus på disse forholdene. Som eksempel kan nevnes muligheten for å tilby arbeidstrening og arbeidsplasser i tilknytning til eget bomiljø, eller i aktivitetstiltak/aktivitetshus i bydelene, eller gjennom Individual Placement and Support (IPS).

Bydelene bør tilby tett arbeidsrettet oppfølging, der tett oppfølging impliserer at medarbeiderne følger opp et begrenset antall personer i tiltak. Bydelene bør legge til rette for å skape aktiviseringsarenaer og arbeidsplasser i tilknytning til for eksempel bo-miljø eller aktivitetshus. Dette kan inkludere lønnede oppgaver/arbeidsplasser i virksomhetene for noen.

På samme måte bør det arbeides tett med personer om aktiviteter og utdanning for personer som for tiden ikke kan ivareta et arbeidsforhold.

Flere bydeler har erfaring med å jobbe med helseavklaring, der utredning og dokumentasjon av utfordringer og arbeidsevne har stått sentralt for at personer skal kunne få en økonomisk inntektssikring gjennom for eksempel trygd. Det understrekes at det å få inntektssikring her kan ta vekk belastninger og stress ved å være avhengig av kortsiktige ytelser fra det offentlige, og kan utløse ressurser hos den enkelte.

Det vises for øvrig til eksempler fra Fix it i Bydel Stovner, Nyttig Arbeid og Fyll Dagene i Velferdsetaten, samt Kastanjen aktivitetshus som er etablert i et samarbeid mellom bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker.

Tiltak 4: Fysisk og psykisk helse

Kommunens rusarbeid bør fokusere på at rusproblemer, psykisk og somatisk helse skal sees i sammenheng. Fastlegene har en nøkkelrolle i et slikt samarbeid.

Bydelene skal alltid tilby oppfølgingssamtale for alle som henvender seg til tjenester med behov for hjelp ved rusproblemer, eller som er pårørende. For flere vil fastlegen være en vei inn i hjelpeapparatet, og bydelen bør arbeide frem gode modeller for samhandling med fastlegene omkring personer med

Individual Placement and Support, på norsk Individuell Jobbstøtte, (IPS) er en arbeidsform som er anerkjent for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer.

Det tilbys individuell oppfølging fra en jobbspesialist, og et annet viktig særtrekk er at tilbudet gis uten annen forutsetning enn at personen som mottar oppfølgingen har et ønske om å være i ordinær jobb og i behandling.

IPS kan være en god modell for arbeidsrettet virksomhet som tilbys personer med rusproblemer (nav.no).

rusproblemer. Samarbeidsavtaler og rutiner for slik samhandling bør dokumenteres i internkontrollsystemet.

Bydelene bør arbeide etter modeller som fremmer fleksibilitet og en omstilling av tjenestene til arenaer der personer med rusproblemer lever livene sine. En oppsøkende praksis kan være avgjørende for innbyggere som i perioder ikke makter å forholde seg til timeavtaler eller selv oppsøke tjenestene.

Det skal tilbys tverrfaglige, fleksible oppfølgingstjenester på tvers av ulike enheter i bydelen, og det bør jobbes for at helseforetakene inngår i et forpliktende samarbeid. Tverrfaglige og fleksible oppfølgingstjenester skal bidra til mer helhetlige tjenester for innbyggere med langvarige sammensatte utfordringer. Dette kan også bidra til at flere skal kunne bo trygt og godt i eget hjem og leve selvstendige liv.

Med utgangspunkt i resultatene fra en pilot mellom Helseetaten og bydelene Frogner og Nordre Aker (2021-2022), bør bydelene integrere et frisklivstilbud i oppfølgingen av personer med rusproblemer, med hjelp til endring av levevaner for bedre kosthold, bedre tannhelse, mer fysisk aktivitet og mindre røyking. Hjelp til endring av rusvaner kan inngå i tilbudet, for eksempel alkohol, vanedannende legemidler og cannabis.

FACT-modellen er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og med store og sammensatte problemer. Også andre modeller for samarbeid rundt personer med rusproblemer og/eller psykiske helseutfordringer har gitt gode resultater. Til felles har arbeidet at det er en helhetlig, koordinert innsats fra ulike instanser i samme team som arbeider ambulerende og fleksibelt (NKROP, 2020).

Det vises for øvrig til eksempel med erfaringer fra Bydel Sagene Lokalmedisinske Senter som inspirasjon for mulige løsninger (vedlegg 2).

Tiltak 5: Rusproblemer

Arbeidet med selve rusproblemer må adresseres. Dette må gjennomføres i tråd med relasjonsarbeidet som er beskrevet i tiltak 1. Medarbeidere skal i valg av tilnæringer følge nasjonale, faglige retningslinjer. Prosedyrer og rutiner dokumenteres i internkontrollsystemet. Tiltakene må ta hensyn til forhold som alder, kjønn og etnisitet, og baseres på et familie- og livsløpsperspektiv.

Arbeidet med rusproblemene skal være systematisk og faglig fundert.

Arbeidet med rusproblemene må være dynamisk og langsiktig, fordi rusproblemene i seg selv, forholdet til dem og konsekvensene endrer seg. Tilnærmingene som brukes må oppleves som relevante for den det gjelder, og bør som samarbeid alltid inkludere personens egeninnsats.

Aktuelle tilnæringer for å arbeide med rusproblemene er beskrevet i Helhetlige tiltakskjede på side 8.

Regelmessige og planlagte samtaler om rusbruk bør gjennomføres. Motiverende og lyttende tilnæringer må anvendes. Utgangspunktet for samtaler er vedkommende sin egen forståelse, situasjon og mål. Samtaler bør inneholde hva som kan virke avlastende og støttende for den enkelte i situasjonen.

Arbeidet med rusproblemene vil også kunne inneholde gruppebaserte og individuelle tiltak som involverer strukturelle og kulturelle forhold i lokalmiljøet, for eksempel tilgjengelighet til tjenestene (nærmiljø-tiltak), rollen og utøvelsen av nabolag, samt for eksempel muligheter for kunst- og uttrykksaktiviteter. Hvordan den enkelte kan bety noe for andre bør også undersøkes og støttes.

Bydelene, Oslo kommunale ruspoliklinikk, Uteseksjonen og ideelle aktører bør bidra med planlagte og systematiske tiltak av korte og lengre tilnærminger både i H2 og H3. Planlagte og målrettede opphold i Velferdsetatens rusinstitusjoner bør anvendes for endrings- og mestringsarbeid rettet mot rusproblemene og spesifikk livsområder.

Hvordan tiltakene fungerer oppsummeres og dokumenteres i tjenestenes fagsystem jevnlig, minst hver 3. måned.

Personer og familier med rusproblemer bør oppfordres og hjelpes til å delta i selvhjelpsgrupper og organisere seg i brukerorganisasjoner.

Ved behov for utredning, diagnostisering og behandling av alvorlige rusproblemer skal bydelen henvise vedkommende til behandling i spesialisthelsetjenesten, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR), lavterskel legemiddelassistert rehabilitering (LASSO), samt forsøksprosjektet om heroinassistert behandling (HAB, fra 2021/2022). Henvisningen skal være så utfyllende at spesialisthelsetjenesten kan vurdere retten til helsehjelp.

Prosedyrer og rutiner for henvisning til innleggelse i spesialisthelsetjenesten uten eget samtykke skal dokumenteres i internkontrollsystemet.

Tiltak 6: Sosial fungering og nettverk

Bydelene anbefales å skape og tilrettelegge for møteplasser der innbyggere kan bli kjent med naboer og nærmiljø, bygge nettverk og delta i aktiviteter. Slike møteplasser bør utformes av, og i samarbeid med, innbyggerne i bydelen og bygge på ressurser hos personer i lokalmiljøene. Frivillig sektor og ideelle organisasjoner kan være viktige støttespillere og samarbeidspartnere i slikt arbeid.

Tiltak 7: Kartlegging, vurdering og dokumentasjon

Kartlegging, vurdering og dokumentasjon har betydning for om tjenestene som ytes er forsvarlig etter helse- og omsorgstjenesteloven, sosialtjenesteloven og forvaltningsloven.

Bydelene bør organisere arbeidet slik at medarbeidere kan prioritere tid til direkte arbeid med folk.

Kartlegging og vurdering skal danne grunnlag for enkeltvedtak om individuelle tiltak etter behov. Det anbefales at kartleggingen gjennomføres på brukerens arena, og at informasjon fra pårørende

Kastanjen aktivitetshus

Kastanjen er et sosialt møtested for personer med utfordringer knyttet til rus, og som har tilhørighet til bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Tilbudet ønsker å inspirere og legge til rette for aktivitet, sosialt samvær og økt livskvalitet. På kveldstid er det rusfrie tilbud, som er åpent for alle uten krav om bydelstilhørighet.

Kastanjen er et samarbeid mellom bydelene, Blå Kors, Frelsesarméen, Ivareta og Sykepleie på Hjul.

inkluderes gjennom dokumentert samtykke. Kartleggingen bør bygge på et mestringsperspektiv, der også den enkeltes ressurser kartlegges.

Bydelene skal kartlegge brukers funksjonsnivå og vurdere behov for tjenester:

- Ansatte bør kartlegge funksjonsevne og ressurser, familie og nettverk, økonomi, bosituasjon, utdanning og arbeid og eventuelt kriminalitet eller andre normbrudd.
- Den somatiske helsen bør kartlegges av fastlege.
- Alvorlige lidelser som psykoser, alvorlige stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og rusavhengighet bør diagnostiseres av spesialisthelsetjenesten.

Bydelene bør benytte anerkjente verktøy i kartleggingen. For rusproblemer og andre levekårs-problemer finnes enkle og lett tilgjengelige standardiserte kartleggingsverktøy, se for eksempel www.snakkomrus.no.

Bydelene bør benytte kvalifiserte medarbeidere i kartleggingen av personer med rusproblemer.

Dokumentasjon av kartlegginger og vurderinger skal journalføres fortløpende og systematisk. Bydelene skal regelmessig evaluere tilbudet for å fange opp eventuelle endrede behov, minst hver 3. måned.

Det vises for øvrig til eksempelet med Bydel Alnas kartleggingsverktøy (vedlegg 3).

Tiltak 8: Opplysning, råd og veiledning

Personer med rusproblemer får ofte oppfølging av ruskonsulent over lang tid, fordi de er i en vanskelig livssituasjon og har sammensatte utfordringer.

Bydelene bør vurdere om det skal fattes vedtak om tjenesten Opplysning, råd og veiledning etter sosialtjenesteloven § 17. Opplysning, råd og veiledning skal styrke den enkeltes mulighet til å mestre egen livssituasjon, og hjelp til selvhjelp er et grunnleggende prinsipp for tjenestens innhold. Vedtaket kan da ikke inneholde mer enn det NAV-kontoret har ansvar for etter sosialtjenesteloven. I praksis må derfor vedtaket kombineres med øvrige vedtak, for eksempel hjemmesykepleie eller praktisk bistand i hjemmet etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Tiltak 9: Undersøkelse av opplevd livskvalitet

Byrådets russtrategi vektlegger økt livskvalitet for personer med rusproblemer som en hovedmålsetting for det rusfaglige arbeidet. Bydelens medarbeidere skal derfor sammen med de personene som mottar tjenester på grunn av rusproblemer systematisk undersøke deres opplevde livskvalitet. Hensikten er å utvikle samarbeidet mellom fagpersoner og de som mottar tjenester for rusproblemer på individnivå slik at det ytes hjelp som bidrar til økt livskvalitet.

Målingen gjennomføres av bydelene hvert år i perioden januar – mai ved at den som mottar tjenester for rusproblemer ved en egnet samtale inviteres til å svare på følgende spørsmål:

«Hvor fornøyd er du med livet ditt, samlet sett?» (Priebe et al., 1999).

Svaret gis i form av en fastsatt score, og skal dokumenteres i tjenestenes fagsystem.

Bydelene rapporterer inn resultatet av tellingen i anonymisert form til Velferdsetaten innen 30. juni hvert år.

Det vises til brev fra Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester i januar 2021 om gjennomføringen med brukerveiledning/rutiner for hhv Fasit og Gericca.

Tiltak 10: Tilbakemeldingsverktøy

Bydelene bør ta i bruk tilbakemeldingsverktøy som viser om samarbeidet mellom medarbeider og personen som mottar tjenester handler om det som er viktig for den det gjelder, og om samarbeidet bidrar til hjelp og oppleves som relevant og nyttig.

Tiltak 11: Samarbeid og overganger

Bydelene må sikre at informasjon om kontaktpunkt for hjelp ved rusproblemer er lett tilgjengelig og tydelig på bydelenes nettsider.

Bydelene skal organisere tjenestene slik at det blir enkelt for innbyggeren eller pårørende å få hjelp ved rusproblemer.

Feedback Informerte tjenester (FIT)

er et verktøy som sikrer systematisk tilbakemelding fra brukeren. Det består av to verktøy med totalt 8 spørsmål som har til hensikt å finne ut om hjelpen man gir nytter

Kilde: NAPHA

Den som først kommer i kontakt med, eller blir kontaktet av, en person med rusproblemer eller pårørende, skal sikre at personen følges opp og at behovet for hjelp blir vurdert. De som henvender seg skal møte medarbeidere med myndighet og kompetanse og som raskt kan avklare hvordan hjelp og tjenester kan gis.

Strukturelle forhold (tilgjengelighet, kontinuitet, fleksibilitet) som påvirker det faglige arbeidet, bør undersøkes for å vurdere mulige hindre og muligheter for forbedringer og som kan gjøre samarbeidet i og mellom tjenester bedre for dem mottar tjenester for rusproblemer.

Bydelens tjenester må koordinere egne tjenester uten at dette belaster hjelpeinnsatsen ovenfor den som mottar tjenester. Å motta hjelp fra ulike tjenester kan være krevende. Vedkommende bør derfor ha færrest mulig medarbeidere å forholde seg til.

Bydelene skal aktivt arbeide for at alle som har behov for langvarige og sammensatte tjenester ønsker å motta tilbud individuell plan og koordinator. Tilbudet om dette skal dokumenteres i fagsystemet.

Overganger mellom tjenester og nivåer (for eksempel internt i bydelen, mellom bydel og rusinstitusjoner, bydel og kriminalomsorgen og bydel og spesialisthelsetjenesten) vil på tross av god koordinering og ansvarsdeling kunne innebære et brudd i relasjoner for den som mottar tjenester. Overganger er derfor en

spesielt sårbar periode som må få stor oppmerksomhet for å forebygge negative og alvorlige konsekvenser (for eksempel overdosedødsfall).

Bydelene anbefales å utarbeide kriseplaner for personer med rusproblemer ved i forkant av overganger mellom tjenester.

Bydelene bør etablere prøveordninger med at ruskonsulent fortsetter oppfølgingen for en periode på tre-seks måneder ved flytting til ny bydel, for å sikre gode avslutninger og god etablering av nye relasjoner. En slik ordning kan også prøves ut mellom bydelene og Velferdsetaten.

Tiltak 12: Kompetanseutvikling

Byrådet peker i russtrategien på at forutsetningene for å lykkes med mål, tiltak og omstillinger på rusfeltet er at tjenestene arbeider kunnskapsbasert, fremmer tillit, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid, samt at medarbeiderne har oppdatert og god kompetanse, er kreative og tar i bruk alle ressursene i kommunen.

Kompetanseutviklingen skal bidra til økt kunnskap om rusproblemer generelt, samtidige rus-, psykisk helse- og somatiske problemer spesielt, samt tema som etikk, relasjonsarbeid, å arbeide ressursorientert og evne til å samarbeide i partnerskap.

Kompetanseutviklingen i det rusfaglige arbeidet skal møte innbyggernes behov og bidra til likeverdig samarbeid mellom medarbeidere og dem som mottar tjenester på grunn av rusproblemer. Bydelene bør styrke ferdighetene i traumeinformert arbeid.

Kompetanse om alder, kjønn og etnisitet er særlig viktig, herunder kulturelle, språklige og individuelle forhold hos innbyggere med innvandrerbakgrunn.

Velferdsetaten skal i samarbeid med bydelene utvikle sin rolle som fagetat i det rusfaglige arbeidet, og ved behov bidra til kompetanseoverføring og -utvikling (se for eksempel vedlegget om kvalitetskriterier for feltpleietjenester).

Tjenesteutviklingen i det rusfaglige arbeidet skal være kunnskapsbasert og skje i samarbeid med dem det gjelder.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

§ 7-1. Individuell plan

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

§ 7-2. Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Erfaringskompetanse er en viktig kilde til kunnskap i tjenesteutvikling. Erfaringskompetanse og erfaringskonsulenter bør tas i bruk i endrings- og mestringsarbeidet. Pårørendeerfaringer kan inngå i dette.

Bydelene må etablere rutiner for systematisk evaluering av alvorlige hendelser og dødsfall med tanke på læring og forebygging. Rutinene dokumenteres i internkontrollsystemet.

Bydelene bør legge til rette for kunnskapsdeling og tjenesteutvikling mellom bydelene når det gjelder utvikling av gode tjenester til personer med rusproblemer og deres familier.

Implementeringsarbeidet med Oslostandard for rusfaglig arbeid vil gå over to år, og innebære felles kompetanseheving på ulike områder (Kompetansesenter Rus Oslo og nettverksarbeid på tvers av bydeler). Dette er avgjørende for å sikre likeverdige tjenester. Arbeidet med kompetanseheving og implementering skal skje både lokalt og sentralt.

Tiltak 13: Trygghets- og velferdsteknologi

Det anbefales at bydelene vurderer hvordan trygghets- og velferdsteknologi kan tas i bruk i samarbeidet med den enkelte om endrings- og mestringsarbeidet.

Tiltak 14: Etablere internkontrollsystem for systematikk og kvalitetsforbedring av rusarbeidet

Virksomhetene må etablere et internkontrollsystem som dokumenterer systematikk og kvalitet i rusarbeidet, eller innarbeide prosedyrer og rutiner for rusarbeidet i et allerede eksisterende internkontrollsystem.

Bydeler anbefales å benytte Helhetlig russtatistikk som styringsdata i utviklingen av tjenestene.

De som mottar tjenestene og pårørende bør inviteres til å delta i videreutviklingen av tjenestene.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

§ 4-2

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Litteratur og relevante dokumenter

Litteratur

Biong, S. 2013. Overdoser som selvmord: en fenomenologisk case studie.

<https://doi.org/10.5617/suicidologi.2246>

Biong, S. 2016. Å bli en del av fellesskapet. I *Et bedre liv*. Landheim, A., Wiig, F.L., Brendebekken, M., Bordahl, M., & Biong, S. (red.) Oslo: Gyldendal akademiske.

Biong, S., & Borg, M. 2016. Hva handler recovery om? I *Et bedre liv*. Landheim, A., Wiig, F.L., Brendebekken, M., Bordahl, M., & Biong, S. (red.) Oslo: Gyldendal akademiske.

Biong, S., & Ravndal, E. 2007. Young men 's experiences of living with substance abuse and suicidal behavior: Between death as an escape from pain and the hope of life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 246–259. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/>

Biong, S., & Soggiu, A-S. 2015. «Her tar de tingene i henda og gjør noe med det». Om recovery orientering i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 12(1), 50-60.

Bjerke, T. N. 2010. Opplevd tilstedeværelse : potensialer ved bruk av IKT i rusbehandling.

<https://munin.uit.no/handle/10037/2933>

Bramnes, J.G. 2018. *Hva er avhengighet?* Oslo: Universitetsforlaget.

Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., & Clausen, T. 2017. High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15 year observation period. <https://doi.org/10.1111/add.13803>

Culliford, L. 2005. *Healing from Within: Spirituality and Mental Health*. London: The Royal College of Psychiatrists, Spirituality and Psychiatry Interest Group.

Freng, E. 2008. *Etnisitet og behandling. Et prosjekt med fokus på tilrettelegging og tilpasning av behandling for pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn*. Oslo: Blå Kors senter.

Johansen, A.B., & Bramness, J. 2018. Psykososial og medikamentell behandling ved rusmiddeldelser. I *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Biong, S. & Ytrehus, S. (red). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Klyve, A. 2016. *Sinte, villfarne menn. Vårt medansvar*. Bergen: Fagbokforlaget.

Korus Oslo. 2020. Aldring, alkohol og legemidler. Rapport fra seks fokusgruppeintervjuer. Oslo: Korus Oslo.

Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. 2002. Sammensatte problemer og separate systemer Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 12 (3): 309-318.

Landheim, A. 2016. Rusmiddelmissbruk-forekomst, forløp og faktorer for recovery. Hva viser forskningen? I *Et bedre liv*. Landheim, A., Wiig, F.L., Brendebekken, M., Bordahl, M., & Biong, S. (red.) Oslo: Gyldendal akademiske.

Lauritzen, G., Ravndal, E., & Larsson, J. 2012. Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Lossius, K. 2021. *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal

Løgstrup, K.E. 1956. *Den etiske fordring*. 1. utgave 2000. Oslo: Cappelen

Martinsen, K. 1990. Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I Jensen, I., & Engelsrud, G. (red.) *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.

Neset, M.,B., Lara-Cabrera, M., L., Bjørngaard, J., H., Whittington, R. & Palmstierna, T. 2020. Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02582-4>

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. 1999. Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa): <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>

Ravndal, E., & Vaglum, P. 1994. Treatment of female addicts: The importance of relationships to parents, partners and peers for the outcome. *The International Journal of the Addictions* 29 (1), 115-125.

Skjervheim, H. 1996. *Deltaker og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug Forlag.

Ytrehus, S. 2018. Kommunalt rusarbeid. I *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Biong, S. & Ytrehus, S. (red). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Relevante dokumenter

Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo

<https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2020/07/Russtrategi.pdf>

En psykt bra by – Strategi for psykisk helse i Oslo

<https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2F2019%2Fbr1%2F2019030854-2114954.pdf>

FHI. 2019. Narkotikautløste dødsfall 2019

[\(https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-2019/\)](https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-2019/).

Helhetlig russtatestikk for Oslo 2018/2019

<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/133411051568372636/Tjenester%20og%20tilbud/Helse%20og%20omsorg/Rusomsorg/Fag%20og%20kompetanse%20%20Rusomsorg/Helhetlig%20russtatistikk%20for%20Oslo%20kommune%202019.pdf>

Helsedirektoratet. 2012. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

Helsedirektoratet. 2014. Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet: Sammen om mestring

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. 2019. Nasjonal overdosestrategi 2019-2022

https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf

Kommunerevisjonens rapport om oppfølging av personer med ruslidelser, Bydel Alna og bydel Nordstrand

<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13383752-1603808809/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Budsjett%20og%20regnskap%20og%20rapportering/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen%202020/12-2020%20Oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ruslidelser%20ii.pdf>

NAPHA. Housing First.

<https://napha.no/content/13934/Housing-First>

NAPHA. Tilbakemeldingsverktøy

<https://www.napha.no/fit/>

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport

https://www.regjeringen.no/contentassets/ee468d7c978c434d9a4d85e4d2b74169/fact_sluttrapport.pdf

NAV. Individuell jobbstøtte (IPS)

<https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/psykiske-helseproblemer/individuell-jobbstotte-ips>

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>

Oslostandard for overdoseforebyggende arbeid i bydelene

<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13319176-1553606799/Tjenester%20og%20tilbud/Helse%20og%20omsorg/Rusomsorg/Fag%20og%20kompetanse%20%20Rusomsorg/Div/Oslostandard%20for%20overdoseforebyggende%20arbeid%20i%20bydelene%202019.pdf>

Oslostandard for oppsøkende arbeid

<https://korusoslo.no/2020/10/07/oslostandarden-for-oppsokende-arbeid/>

Oslostandard for pårørendesamarbeid

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/oslostandard-for-parorendesamarbeid#gref>

Overordnet standard for tjenester i hjemmet

<https://vel.intranett.oslo.kommune.no/getfile.php/132388079/%5BVEL%5D%20Velferdsetaten/5%20Rammeavtaler%20og%20anskaffelser/12%20Brukervalg%20innen%20helsetjenester%20i%20hjemmet/Kontrakttdokumenter/Overordnet%20standard%20for%20tjenester%20i%20hjemmet.pdf>

Oversikt over konkrete kartleggingsverktøy

<https://rop.no/snakkomrus/kartleggingsverktoy/>

Pakkeforløp (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling)

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/henvisning-og-start-rusbehandling-tsb-pakkeforlop>

SERAF. 2011. Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008 En helhetlig gjennomgang

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlastinger/seraf-rapport-2-2011-dodelige-overdoser-i-oslo-2006-til-2008.pdf>

Sjekkliste, fra institusjon til egen bolig

<https://vel.intranett.oslo.kommune.no/rus/fag-og-metodehandbok/rutiner/fra-institusjon-til-bolig/>

Veileder for rusforebyggende arbeid i Osloskolen

https://ude.intranett.oslo.kommune.no/getfile.php/132361468/utdanningsetaten%20%28UDE%29/Intranett%20%28UDE%29/1%20Ny%20hovedside/Oppf%C3%B8lgning%20av%20eleven/Dokumenter/Rusforebyggende_arbeid%20utfyllbar%202020.pdf

Velferdsetatens rusarbeid (Fag- og metodehåndbok)

<https://vel.intranett.oslo.kommune.no/rus/fag-og-metodehandbok/>

Lover og forskrifter

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Lov om kommune helse- og omsorgstjenester m.m.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

Tips til tjenester til inspirasjon

Sagene lokalmedisinske senter

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/sagene-lokalmedisinske-senter/#gref>

Nyttig arbeid

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/fyll-dagene-arbeidstilbud-og-aktiviteter/alle-tilbud/nyttig-arbeid/#gref>

Individuell Jobbstøtte (IPS)

<https://www.napha.no/content/20131/Individuell-jobbstotte-IPS>

Fix It i bydel Stovner; Arbeid i kommunale boliger

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/fyll-dagene-arbeidstilbud-og-aktiviteter/alle-tilbud/fixit/>

Fyll dagene

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/fyll-dagene-arbeidstilbud-og-aktiviteter/>

Kastanjen aktivitetshus

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/fyll-dagene-arbeidstilbud-og-aktiviteter/alle-tilbud/kastanjen-aktivitetshus/>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Kvalitetskriterier for feltpleietjenester

- Tid
- Relasjon
- Engasjement
- Gratis
- Uten timebestilling
- Fleksible åpningstider
- Arenafleksibelt (stedsbaserte- og ambulante tjenester)
- Tett samarbeid og koordinering av tjenester innad og mellom ulike tjenestenivåer for å sikre helhetlige og langsiktige tjenester
 - Samhandling / samskaping av tjenester mellom ulike aktører (VEL, bydel (spes.))
- Ivareta kompetansen til de ansatte
 - Tilstrekkelig pasienttilfang (mengdetrening)
 - Flere bydeler bør samarbeide om tjenesten
 - I tillegg byomfattende tjeneste med ansvar for personer uten Oslo-tilhørighet med behov for akutte tjenester
 - Noen spesialiserte funksjoner bør være byomfattende
 - Fagfellesskap på tvers av tjenestesteder - kompetanseoverføring
- Kost-nytt perspektiv:
 - Tilstrekkelig pasienttilfang (samarbeid mellom flere bydeler)
 - Samhandling / samskaping av tjenester mellom ulike aktører
 - Sikrer helhetlige og koordinerte tjenester til brukerne
 - forebygger tilbakefall og forverring av helsetilstand hos brukerne
 - reduserer behov for sykehusinnleggelse
 - Fordeler kostnader for tjenesten mellom flere aktører
 - Lokalisere tjenesten til allerede eksisterende tjenester for målgruppa

Vedlegg 2: Informasjon om samarbeid med Sagene Lokalmedisinske Senter

Bydel Sagene har et kommunalt legesenter som samarbeider tett med Enhet psykisk helse og rus. Senteret er spesielt tilrettelagt for personer som bor i Bydel Sagene og som har behov for sammensatte helsetjenester over tid. Senteret samarbeider nært med andre helse- og omsorgstjenester i bydelen. Samtidig er Sagene lokalmedisinske senter et ordinært fastlegekontor som kan velges av andre brukere.

Sagene lokalmedisinske senter er bydelens kontaktpunkt i allmennhelsetjenesten, og har ansvar utover vanlige fastlegetjenester. Legene på senteret utfører også legetjenester på helsestasjonen, skolehelsetjenesten og Møllehjulet bosenter, som har beboere med blant annet psykiske helse utfordringer og/eller rusproblemer. Sagene lokalmedisinske senter har som mål å ha et godt og nært samarbeid med bydelens øvrige helsetjenester til beste for pasienten.

Flere av pasientene i Enhet psykisk helse og rus kan ha lite kontakt med sin fastlege, og fastlegekontor lokalisert et annet sted i Oslo. Det hender derfor at enheten anbefaler pasienter å bytte fastlegekontor til Sagene lokalmedisinske senter. Legene på legesenteret er kjent med tilbudet ved Enhet for psykisk helse og rus, noe som gjør samarbeidet mer sømløst og helhetlig for pasientene. Legen på legesenteret har tilgang til helse- og omsorgstjenestens fagsystem og kan sende PLO meldinger til pasientens primærkontakt. Dette gjør at det er lett å kommunisere med fastlegen til pasienten.

Sagene lokalmedisinske senter deltar i det nasjonale pilotprosjektet «Primærhelseteam» i regi av Helsedirektoratet. Prosjektet startet 1. april 2018 og skal vare til mars 2023. Prosjektet tester ut om et primærhelseteam bestående av en fastlege, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen.

Primærhelseteamet vil ta utgangspunkt i alle pasientene på fastlegens liste, men spesielt prioritere personer med kroniske sykdommer, psykiske helseutfordringer, rusavhengighet, utviklingshemning, funksjonsnedsettelse og eldre.

Vedlegg 3: Kartlegging i Bydel Alna

Eksempelet er hentet fra arbeid i Bydel Alna der rusteamet har utarbeidet følgende kartleggings skjema for nye brukere:

Aktuell situasjon:

Familieforhold/nettverk

- Sivilstand
- Barn (mindreårig, omsorgsperson for barn, samvær)
- Nettverk
- Pårørende

Innvandrer/flyktning

- Nasjonalitet
- Ankomst Norge
- Oppholdsstatus

Bolig

- Folkeregistrert adresse
- Dagens bosituasjon (eier/leier/institusjon/UFB)
- Tidligere boforhold

Helse og sosiale forhold

- Psykisk helse
- Fysisk helse
- Ernæring
- Rusmiddelproblemer
- Seksuell helse
- Vold og vold i nære relasjoner
- Spillavhengighet

Økonomi

- Inntektskilde
- Forvaltning
- Gjeld
- BankID og gyldig legitimasjon
- Kommunalt frikort

Utdanning/arbeid/faste aktiviteter

- Hva har personen gjort tidligere og hva gjør personen nå?
- Behov for å finne arbeid/fast aktivitet/utdanning?
- Er personen registrert som arbeidssøker (oppfølgingsveileder?)

Samarbeidspartnere/tjenestetilbud

- Fastlege
- Tannhelse
- Oppfølgingstjenester
- Behandlingserfaring
- Fengsel
- Barnevern

Livskvalitet

Brukers vurdering av egen livskvalitet, vurdere livskvalitet i en skala fra 1-7

Vurdering

Vurdering av brukers livskvalitet, basert på de levekårsområdene som er i Brukerplan.

Faglig vurdering om behov og vilkår for IP er tilstede:

Vår vurdering ja/ nei:

Om ja, fått tilbud?

Hvorfor takket nei?

Vedlegg 4: Rutinehåndbok om aldring, alkohol og legemidler, Bydel Sagene hjemmetjeneste og Korus Oslo

https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/01/2021-Rutineha%CC%8Andbok_Aldring-alkohol-og-legemidler_digital_oppslag.pdf