

KORUS

Oslo

RAPPORT

Kunnskapsgrunnlag alkoholavhengighet

Anna- Sabina Soggiu og Sara Anne Warhuus, KORUS Oslo

Innholdsfortegnelse

Innledning	2
Mandat 2	
Sammensetning av arbeidsgruppe og beskrivelse av arbeidsprosessen	2
Hva kjennetegner alkoholavhengighet?	3
Forskning om alkoholbruk i Norge	4
Lover, forskrift, veiledere og andre sentrale dokumenter:	7
Lokale føringer og Oslostandarder for området:	7
Situasjonsbildet som beskrevet av arbeidsgruppen og innledere	8
Akan kompetansesenter	11
Ungdom og rus ved Legevakten	11
Forslag til tiltak for å bedre tjenestetilbudet for personer med alkoholavhengighet i Oslo.	12
1. Avdekking	12
2. Hjelpeapparatet. Når du oppsøker hjelp for alkoholavhengighet	12
3. God informasjonsflyt og sømløse overganger mellom tjenestene	13
4. Tiltak i Oslo Kommune som arbeidsplass	13
5. Språk og kulturforståelse	13
6. Alkoholfrie arenaer, aktivitets- og mestringstilbud	14
Eksisterende tiltak/eksempler på god praksis	15
VEDLEGG 1: Behandlingssteder for alkoholavhengighet	16

Innledning

Mandat

I tildelingsbrev til Velferdsetaten for 2021 ble det gitt oppdrag om å utarbeide et kunnskapsgrunnlag med forslag til tiltak for å bedre tjenestetilbudet for personer med alkoholavhengighet i Oslo. Kunnskapsgrunnlaget skulle utarbeides sammen med bydeler, Helseetaten, spesialisthelsetjenesten og ideell sektor. Målet for prosjektet har vært å utarbeide et kunnskapsgrunnlag som danner grunnlag for tiltak for å bedre tjenestetilbudet for personer med alkoholavhengighet i Oslo. Målgruppen er byrådsavdelingen for arbeid, inkludering og sosiale tjenester.

I tildelingsbrevet benyttes begrepet avhengighet, som er betegnelse på en diagnose og kan gi rett til behandling i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), noe som i drives av spesialisthelsetjenesten og ikke Oslo Kommune. Vurdering av rett på behandling i TSB er en spesialistvurdering som gjøres av vurderingsteam innenfor TSB. Dette dokumentet tar for seg tiltak som kan gjøres i kommunen og ikke det som er et ansvar i spesialisthelsetjenesten.

Oslostandard for rusfaglig arbeid ble gitt fra byråd for arbeid, integrering og sosiale tjenester i august 2021. Oslostandarden inngår i byrådets strategiske plan for rusfeltet, særlig med tanke på økt livskvalitet ved rusproblemer. Den skal være et felles faglig utgangspunkt og sikre god kvalitet og likeverdige tjenester i det rusfaglige arbeidet. Oslostandarden skiller ikke på bruk av rusmidler og tiltakene gjelder i så måte for personer med alkoholavhengighet. I forslagene til tiltak i dette dokumentet gjentas derfor ikke tiltak som allerede er regulert i Oslostandarden for dette området. Oslostandarden inneholder også et kunnskapsgrunnlag som ikke skiller mellom bruk av ulike rusmidler. Dette kunnskapsgrunnlaget bygger videre på det som foreligger i Oslostandarden, og tar kun for seg nye temaer som omhandler bruk av alkohol. Det vises derfor til kunnskapsgrunnlaget i [Oslostandard for rusfaglig arbeid](#) side 25-30.

Sammensetning av arbeidsgruppe og beskrivelse av arbeidsprosessen

KORUS Oslo har på vegne av Velferdsetaten ledet arbeidet med kunnskapsgrunnlaget. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe for å bidra i arbeidet. Gruppen har bestått av 2 representanter fra KORUS Oslo, 5 representanter fra ulike bydeler, 1 representant fra Velferdsetaten, 1 representant fra Helseetaten, 2 representanter fra Velferdsetatens brukerutvalg ved undergruppe for rus og 1 representant fra spesialisthelsetjenesten og ideell sektor.

Gruppen har bestått av følgende representanter:

- Anna-Sabina Soggiu, fagkoordinator KORUS Oslo
- Sara Anne Warhuus, spesialkonsulent, KORUS Oslo
- Gry Kornelia Skaug, ruskonsulent, bydel St.Hanshaugen
- Marit Stræte Hemming, ruskonsulent, bydel Grorud
- Matilda Hultberg Døving, ruskonsulent, bydel Ullern
- Thea Moos Opseth, prosjektmedarbeider, bydel Gamle Oslo
- Stina Stokkebryn, saksbehandler/sosialkonsulent, bydel Nordstrand
- Dorthe Pedersen Downey, institusjonssjef, Stensløkka ressurscenter, Velferdsetaten
- Edel Ragnhild Thoresen Ulstein, fagkonsulent, Helseetaten
- Tonje Jevari, brukerrådet i Velferdsetaten, undergruppe rus, Foreningen for human narkotikapolitikk
- Tommy Frantzen, brukerrådet i Velferdsetaten, undergruppe rus, A-larm
- Lars Tolpinrud, rådgiver, Blå Kors Øst

Arbeidsgruppen har møttes til 6 temabaserte møter i 2021 og 2022. Vi hentet inn innledere som kunne belyse ulike temaer som ble utfordret på å reflektere rundt mangler i tilbud og mulige tiltak for nye løsninger for arbeidet med alkoholavhengighet i Oslo. Noen temaer som har vært belyst var eldre og rus, ungdom, arbeidslivsperspektiver (ved Akan), LHBT+, uteliv og fastlege/bydelsoverleges perspektiver. Mye ble drøftet i løpet av møtene, men det som tidlig kom frem og som gikk igjen uavhengig av temaer var behovet for tidligere avdekking av begynnende problemer med bruk av alkohol, og samarbeid og kommunikasjon mellom ulike instanser i hjelpeapparatet.

Hva kjennetegner alkoholavhengighet?

I mandat for arbeidet med dette kunnskapsgrunnlaget (gitt gjennom tildelingsbrev til Velferdsetaten) benyttes begrepet avhengighet. Begrepet er å forstå som betegnelsen på en diagnose og det gjøres i det videre derfor rede for kjennetegn ved avhengighetsdiagnosen gitt gjennom det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (WHO's International Classification of Diseases).

ICD-10 skiller ikke på avhengighet mellom alkohol og illegale/legale rusmidler. Å sette diagnosen *avhengighet* kan bare gjøres hvis tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året:

Brukeren har:

- *sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen*
- *problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning og mengde*
- *fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nært beslektet) stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer*
- *utviklet toleranse, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga (for eksempel alkohol- eller opioidavhengige*

personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling)

- *føler økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer, og mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller komme seg etter bruken*
- *oppretholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskade etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer, eller substansrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå, og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang ([Helsebiblioteket, 2022](#)).*

Som omtalt i [Oslostandarden for rusfaglig arbeid](#) skal det finnes kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte [kartleggingsverktøy](#). Systematisk kartlegging, utredning, vurdering og evaluering er ansvar både for kommune- og spesialisthelsetjenesten. Et av verktøyene som kan benyttes er [AUDIT](#) (Alcohol Use Disorders Identification Test) som er et screeningverktøy som kan fylles ut av personen selv eller sammen med en fagperson. Det kartlegges mengde, hyppighet og konsekvenser av alkoholbruk. Verktøyet finnes også i en kortversjon. I en ny studie har Pape, Rossow og Bukten undersøkt om noen utvalgte AUDIT-spørsmål var nok for å kartlegge alkoholproblemer på en pålitelig måte. Åtte forkortede versjoner av AUDIT ble undersøkt. Den beste versjonen inkluderte tre spørsmål fra AUDIT om alkoholkonsum (mengde og frekvens), og ett spørsmål om hvorvidt andre mennesker hadde vært bekymret fordi man drakk for mye ([Pape, Rossow & Bukten, 2021](#)).

Forskning om alkoholbruk i Norge

I følge FHI (Folkehelseinstituttet) er alkoholbruk en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen, og årsak til sosiale problemer ([FHI, 2018a](#)). Høyt alkoholinntak per gang og over tid øker risiko for ulike helse- og sosiale problemer også for andre enn brukeren selv. Det er sammenheng mellom totalkonsumet av alkohol i befolkningen og andelen som har et risikofyllt høyt konsum og omfanget av alkoholrelaterte problemer. De mest effektive tiltakene for å begrense alkoholkonsumet og skadeomfanget er høye alkoholpriser og tilgjengelighetsbegrensninger ([FHI, 2018a](#)).

Åtte av ti har drukket alkohol siste år og halvparten har drukket 6 eller flere alkoholenheter ved samme anledning. Disse målene har vært stabile i perioden 2012-2021 ([FHI, 2018b](#)). Eldre drikker oftere enn yngre, men de har et mindre risikofyllt drikkemønster. Høyt utdanningsnivå og inntekt er forbundet med høyere drikkerefrekvens men lavere omfang av risikofyllt drikking. Tre av fire drikker kun i helgene ([FHI, 2018b](#)).

Folkehelseinstituttet har sett på alkohol og arbeidsliv. I det videre gjengis noen hovedfunn direkte fra rapporten "Alkohol og arbeidsliv 2" (FHI, 2019). De fant at det var betydelige bransjeforskjeller i jobbrelatert drikking, beruselsesdrikking og alkoholrelatert ineffektivitet, samt i holdninger til beruselse og ineffektivitet. Jobbrelatert drikking og negative konsekvenser av alkoholbruk forekom sjeldnest blant ansatte i helse- og omsorgsbransjer og hyppigst blant ansatte i bransjene forskning, bank/finans og telekommunikasjon/IT. Det var store forskjeller mellom bransjer i andelen ansatte som hadde kjennskap til bedriftens retningslinjer for alkoholbruk og om bedriften har kontaktperson for alkoholproblemer. Det var også tydelige forskjeller mellom privat og offentlig sektor. Ansatte i privat sektor rapporterer om mer drikking, mer problemer forårsaket av alkoholbruk, mer liberale holdninger til alkoholbruk, og de oppgir sjeldnere at de har kontaktperson for alkoholproblemer enn ansatte i offentlig sektor. Jobbrelatert drikking er delvis et urbant fenomen. Det er en høyere andel arbeidstakere som oppgir jobbrelatert drikking samt negative konsekvenser av alkoholbruk i store byer enn på mindre steder. Ansatte med lederansvar oppgir at de drikker oftere enn ansatte uten lederansvar, men har mer restriktive holdninger til å drikke seg beruset i jobbsammenheng, og til alkoholrelatert fravær og ineffektivitet, enn ansatte uten lederansvar.

Resultatene viste at mer enn 1 av 10 norske arbeidstakere opplever drikkepress i jobbsammenheng. Samme andeler ble funnet for å utebli fra sosiale arrangementer på grunn av alkoholbruk og for å føle seg ekskludert på grunn av alkoholbruk i jobbsammenheng. Bare 1 av 3 arbeidstakere kjenner til retningslinjer for alkoholbruk i jobbsammenheng. Samtidig er det bred enighet om at arbeidsplasser bør ha retningslinjer for alkoholbruk og ordninger for å hjelpe ansatte med alkoholproblemer. Det er bare et mindretall som ønsker å kutte ut alkoholen helt av hensyn til arbeidstakere som ikke drikker (FHI, 2019). Samfunnsøkonomisk Analyse har beregnet at alkoholrelatert fravær og ineffektivitet koster arbeidslivet 1,1 milliarder kroner årlig. I tillegg kommer kostnader som ikke kan beregnes som merarbeid for leder og andre ansatte, tid brukt på bekymring og samtaler, eventuell oppsigelse og arbeidsmiljøbelastning (Ibenholt, 2018).

I rapporten "Alkohol og arbeidsliv" beskrives hvordan mange arbeidstakere opplever negative følger av alkoholbruk. For eksempel rapporterer en av tre at kollegaer som drakk var plagsomme, og en av ti uteblir fra sosiale arrangementer og føler seg utenfor som en konsekvens av jobbrelatert alkoholbruk (FHI, 2016). "4% rapporterte å ha blitt utskjelt, 2 % fysisk skadet og 7 % hadde fått uønsket seksuell oppmerksomhet av kollegaer som hadde drukket. 1 til 2 % svarte at de hadde vært borte en hel arbeidsdag grunnet alkoholbruk, 2% svarte at de hadde vært borte deler av en arbeidsdag og 11 % svarte at de hadde vært ineffektive på jobb grunnet alkoholbruk de siste 12 månedene. Det ble beregnet at alkoholrelatert fravær utgjør 1 % av det totale sykefraværet og 3 % av korttidsfraværet." (FHI, 2016).

I en artikkel av Skogen et al. identifiseres tre drikkemønstre blant ansatte (Skogen, Bøe, Thørrisen, Riper & Aas, 2019).

1. Lavt forbruk, ingen skader
 - Kjennetegnet ved eldre, kvinner, høy utdanning
 - 38,2 % av de ansatte
2. Moderat forbruk, få skader
 - Kjennetegnet ved høy inntekt
 - 47,2 % av de ansatte
3. Relativt høyt forbruk, fare for skader
 - Kjennetegnet ved yngre, menn, lav utdanning, lav inntekt
 - 14,6 % av de ansatte

I en artikkel av [Thørrisen, Skogen og Aas \(2018\)](#) undersøkte de risikodriking og fant en forekomst av 11%. Videre at det var økt sannsynlighet for risikodriking forbundet med kjønn (mann), alder (yngre), utdanning (lav), sivilstatus (ugift), barn (uten barn). De aller fleste risikodrikerne (94,6 %) hadde kun moderat risiko og var i målgruppen for enkle forebyggende intervensjoner (sekundærforebygging). I en undersøkelse av holdninger til alkohol fant Hashemi et al. at desto mer liberale holdninger til alkoholbruk, desto mer sannsynlig risikodriking. Og at sammenhengen mellom holdninger og risikodriking var sterkere for kvinner enn for menn, men ikke forskjellig på tvers av bransjer ([Hashemi, Thørrisen, Skogen, Sagvaag, Ruiz de Porras & Aas, 2020](#)).

I KORFOR i Stavanger er de i gang med et forskningsprosjekt på utprøving av bedre strategier for diagnostikk, behandling og oppfølging av alkoholrelaterte helseproblemer i allmennpraksis. Dette prøves ut på fire legekontorer i Stavanger og Oslo. I Norge drikker de fleste alkohol, også eldre. Folkehelseinstituttet angir at 80 prosent i aldersgruppen 65–79 år har drukket alkohol siste år, og i gjennomsnitt drikker de alkohol ukentlig. Alkohol kan medvirke til og komplisere svært mange helseproblemer. Toleransen for alkohol svekkes med økende alder på grunn av normale aldersforandringer, medikamentbruk og andre helseproblemer og tilstander (hentet fra [Lid, 2020](#)).

Alkoholbrukslidelser er de hyppigste rusbrukslidelsene i Norge ([FHI, 2014](#)). Personer med rusbrukslidelser har ofte også andre psykiske lidelser og kroppslige sykdommer. Til enhver tid antas det at så mange som 200 000-300 000 som alkoholavhengige i Norge ([FHI, 2018b](#)). Menn drikker mer, oftere og mer risikofylt enn kvinner. Skadelig bruk av alkohol er høyere blant menn enn kvinner og på verdensbasis er det estimert at forekomsten av rusbrukslidelser øker ([FHI, 2014](#) & [FHI, 2018b](#)). Risikoen for skader øker jo mer man drikker. Ved å redusere totalkonsumet av alkohol, kan omfanget av alkoholrelaterte skader reduseres. I Norge er helgedriking typisk og fyll fremdeles utbredt. Dermed får vi mer skader pr. liter alkohol vi drikker, sammenlignet med søreuropeiske land hvor beruselsesdriking er mindre vanlig ([Rossow & Mäkelä, 2020](#)). I følge dødsårsaksregisteret forekom det 324 narkotikautløste og 386 alkoholutløste dødsfall i 2020.

Lover, forskrift, veiledere og andre sentrale dokumenter:

- [Lov om pasient og brukerrettigheter](#)
- [Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen](#)
- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer](#)
- [Pakkeforløp Tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser](#)
- [Veileder i salgs- og skjenkekontroll](#)
- [Fra bekymring til handling](#)
- [Sammen om mestring](#)
- [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Kommunens oppfølging av pasienter og bruker med store sammensatte behov](#)
- [Veileder for pårørendearbeid i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Barn som pårørende](#)
- [God oversikt – en forutsetning for god folkehelse](#)
- [Rusmiddelpolitisk handlingsplan](#)
- [Bolig for velferd \(2014-2020\) og tiltaksplan Bolig for velferd 2017](#)
- [Samhandlingsreformen](#)
- [Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar \(2012-2013\)](#)
- [Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet \(2014-2015\)](#)
- [Nasjonal helse- og sykehusplan \(2015-2016\)](#)
- [Opptrappingsplanen for rusfeltet \(2016-2020\)](#)
- [Prioriteringsveiledere tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)
- [Enkle spørsmål for avdekking av alkoholproblemer, SERAF](#)

Lokale føringer og Oslostandarder for området:

- [Strategisk plan for rusfeltet i Oslo](#)
- [En psykt bra by - Strategi for psykisk helse i Oslo](#)
- [Temaplan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021 - 2030](#)
- [Oslostandard for rusfaglig arbeid i kommunen](#)
- [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](#)
- [Velferdsetatens rusarbeid \(Fag- og metodehåndbok\)-sab](#)
- [Folkehelseplan for Oslo \(2017-2020\)](#)
- [Om aldring, alkohol og ledemidler \(rutinehåndbok\)](#)
- [Bosetting av personer med sikkerhetsproblemer i egne boliger \(metodehåndbok\)](#)
- [Kommunerevisjonens rapport om oppfølging av personer med ruslidelser 2020](#)
- [Program for rusfeltet i Oslo 2020-2024](#)
- [Fagressurser - Velferdsetaten](#)

Situasjonsbildet som beskrevet av arbeidsgruppen og innledere

I dette kapitlet ønsker vi å oppsummere innspill fra deltakerne i arbeidsgruppen og innlederne vi hadde på de ulike temaområdene vi tok for oss på møtene. Arbeidsgruppen hadde en bred sammensetning og det var mange ulike perspektiver som kom frem. På det første møtet fikk alle deltakerne komme med innspill om deres erfaringer og kunnskap på alkoholfeltet i Oslo. Både fra nåværende bydel og arbeidsplass, og tidligere erfaringer. Det ble gjort fortløpende notater fra møtene. Det ble også gjort notater da vi hadde innlegg fra innledere på ulike fagområder. Dette kapitlet baserer seg altså på erfaringsbasert kunnskap.

Til forskjell fra folk med rus på illegale stoffer bor ofte de med alkoholproblemer i egen bolig, har god inntekt og er ofte fortsatt i jobb. Personer med alkoholproblemer har ofte ikke behov for økonomisk sosialhjelp, og kommer derfor ikke i kontakt med NAV. I mange av Oslos bydeler er rustjenesten organisert i NAV. I følge brukerorganisasjonene får alkoholproblemene ofte lov til å bare utvikle seg og blir omfattende fordi man har jobb og bolig. De ser mange mørketall, og det oppleves som tabu å flagge at man har et alvorlig alkoholproblem. Samfunnet lar det gå mye lenger med legale rusmidler før man tar tak i det. Alkoholproblemer blir ikke tatt tak i fordi de ikke er like synlige i gatebildet. De opplever en tafatthet fra helsevesenet omkring problematikken, og de har vekslende erfaring med Akan. De ser ofte en kombinasjon av LAR-medisin (legemiddelasistert rehabilitering) og høyt alkoholforbruk.

Det framkommer i møtene at vi har et avdekkingsproblem når det kommer til alkoholavhengighet. Dette gjelder særlig tidlig avdekking. Mange som «frekventerer» NAV kan ha et skjult rusbruk i bunnen, som det ikke nødvendigvis fanges opp. Fastlegene er ofte den eneste helseinstansen den alkoholavhengige har kontakt med, og fastlegens rolle blir dermed sentral. Både når det gjelder avdekking og oppfølging. Her er det store folkehelsegevinster å hente ved at personen får hjelp tidlig. Ofte kan alkohol være en form for selvmedisinering, og problemet blir ikke nødvendigvis synlig for arbeidsgiver da vedkommende fremdeles behersker jobben.

Personer som er uføre og på AAP (Arbeidsavklaringspenger) havner ofte i en gråsoner i forhold til rusoppfølging. Videre påpekes det som en ekstra utfordring med både avdekking og behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling for personer med lave norskkunnskaper. En av bydelene i arbeidsgruppen opplevde henvisning av andre mer ressurssterke personer med alkoholproblemer etter at de ble organisert ut av NAV. Alkohol og cannabis er ofte ikke rusproblem "nok". Dette gjelder særlig blant unge. Problemet blir ikke sett på som alvorlig nok, og de kommer ikke til behandling. Selv når brukerne anerkjenner at de har et alkoholproblem. Hvordan gi personer som bruker alkohol og cannabis et godt behandlingstilbud i VEL (Velferdsetaten) og TSBs systemer? Det er mye alvorlig bekymring, men sjelden snakk om tvangssaker.

Bydelene mottar henvisninger fra spesialisthelsetjenesten, men opplever tidvis at brukeren ikke er så lett å nå. Ønsker brukeren virkelig et tilbud om hjelp? Bydelene erfarer at brukeren ofte ønsker mer hjelp med det somatiske enn til rusmestring, da de ofte har en del somatiske utfordringer. Mange brukere vil jobbe med sin psykiske helseproblematikk, snarere enn med selve rusproblemet. Samtidig får enkelte avslag fra DPS når det framkommer at de har rusproblematikk. Rus og psykisk helse er organisert i to ulike etater og to ulike Oslosstandarder: rus- og psykisk helsearbeid. Hva gjør dette med tilbudet til brukeren?

Velferdsetaten ser lite til de med kun alkoholproblemer på sine lavterskeltilbud. Dette kan ha en sammenheng med at de med alkoholavhengighet ikke kjenner seg igjen i de tilbudene som er der. Det etterlyses et egnet tilbud for de som bor hjemme og er i jobb. Altså et tilbud etter arbeidstid. Det etterlyses også alkoholfrie møteplasser. Mange av de alkoholavhengige er meget isolerte. De ønsker ikke å komme der det brukes illegale rusmidler. Det mangler aktivitetstilbud for de med kun alkoholproblematikk.

Det er behov for et standardisert system for oppfølging og samarbeid underveis i et behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten. Dette er ofte adressert i anbudsrunder, men foregår ikke alltid i praksis. Det vil være en fordel med faste kontaktpersoner i bydel som spesialisthelsetjenesten kan forholde seg til, og som kan følge opp brukeren videre etter endt behandling. Det bør også etableres kontakt med frivillige organisasjoner og ideelle virksomheter som har et tilbud til brukerne.

Somatikk og alkoholdemens er et vanskelig felt, og brukerne faller ofte mellom flere stoler. Rus, somatikk eller psykisk helse. Omsorgssentrene i VEL kan ikke ivareta dem fordi det er for mye somatikk. Bydelene bruker mye tid på disse sakene. Her har pårørende også store behov. Det er vanskelig for bydel å finne egnede akutt plasser på dagen. Det foreligger en frykt for at brukeren kan bli introdusert for andre rusmidler. Tidligere fantes Klosteret på Akershus Universitetssykehus som var gode på alkohol. Nå er behandlingstilbudene blandet.

PLO-meldinger¹ går både til fastlege og bydel, men resulterer ikke alltid i videre oppfølging og behandling. PLO er en logistikkmelding gjeldende for pasienter som allerede mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Denne meldingen gir utfører i kommunen varsel om innleggelsen. Bydelene mottar bestilling fra legevakt etter fall relatert til alkohol, men erfarer at brukeren/pasienten ikke ønsker ytterligere oppfølging. Saker med alkohol er mer komplisert nå enn før og involverer flere instanser. Brukerne er ofte uten NAV-sak. Fall rapporteres via Geric (PLO) fra sykehuset. Tilgang til Geric vil dermed kunne gi de

1

"PLO - melding om innlagt pasient", er en logistikkmelding gjeldende for pasienter som allerede mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Denne meldingen gir utfører i kommunen varsel om innleggelsen. Det er formålstjenlig at meldingen sendes fra den posten pasienten legges inn på.

ansatte en bedre oversikt på tvers av tjenestene. På den annen side kan det være at yngre mennesker legges inn på sykehus på grunn av alkoholrelaterte skader. I disse tilfellene sender ikke alltid sykehusene ut en PLO, da de ikke kjenner til at pasientene mottar kommunale tjenester.

Eldre tåler alkohol dårligere og kroppen bryter det ned saktere- kombinasjonen av legemiddeloppnopning og alkohol kan få helsemessige konsekvenser. Mange eldre kombinerer alkohol og legemidler og kjenner ikke til bivirkningene som er forbundet med dette. Man skiller mellom «overforbrukerne» og «risikobrukerne». Blant den sistnevnte gruppen kan det i høyere grad oppnås helsegevinster ved å iverksette forebyggende tiltak. Noen eldre har et skjult forbruk og underkommuniserer dette til hjelpeapparatet. Ofte oppdages alkoholoverforbruket i forbindelse med somatisk innleggelse. Veldig få eldre som oppsøker hjelp for rusproblemer. Blå Kors opplever liten pågang fra eldre, og mottar få henvisninger. Kan økt informasjon gi flere henvisninger?

Hjelpeapparatet kommer ofte inn for sent når mange helseskader har oppstått. Mange eldre med alkoholproblemer går under radaren fordi de ikke mottar andre tjenester. Disse personene har trolig kontakt med fastlegen, og det blir således opp til fastlegen å kartlegge og avdekke. Fastleger tar ofte ikke alkohol opp som tema med pasientene selv ved utskrivelse av nye medikamenter. Fra et bydelsperspektiv oppleves eldre med alkoholproblemer som en vanskelig gruppe å nå, og mange ønsker ikke noe hjelp. Vold i nære relasjoner følges opp av et eget team på legevakten- i disse tilfellene kan også alkoholoverforbruk ha en medvirkende årsak.

Hjemmetjenesten har for liten tid, kunnskap og kontinuitet. I tillegg kan det være språkutfordringer. [Kartlegging i Bydel Sagene](#) har vist at de ansatte i hjemmetjenesten ønsker mer kunnskap om eldre og alkohol på tvers av fagbakgrunn. FHN minner om at mange bruker rus som en konsekvens av noe annet. Ensomhet blir nevnt av flere som et stort problem blant eldre. Tap av funksjoner, helse, familie/venner, sorg, færre sosiale roller og mindre struktur.

Ikke alle identifiserer seg med regnbueflagget. Helseutvalget snakker heller om menn som har sex med menn (MSM) og kvinner som har sex med kvinner (KSK), da ikke alle identifiserer seg med de "vanlige" grupperingene. Utvalget anslår at 21. 800 MSM/KSK strever med rusvansker. Lesbiske kvinner drikker 4 ganger mer enn andre kvinner. Man kartlegger ikke folks seksuelle legning i tjenesteapparatet. Samtidig kan dette være en innfallspurt for å komme inn på annen tematikk, som for eksempel alkoholavhengighet. Alkoholkonsumet slutter ikke etter studietiden, og følger ikke nødvendigvis livsfaser. Oslo kommune støtter Pride, hvor mange av arrangementene er forbundet med alkohol. (jfr. sluttet å tillate sponsing fra tobakksfirmaer på festivaler). Er det fordi de fleste arenaene der man møtes er forbundet med alkohol? Helseutvalget etterlyser flere alkoholfrie møteplasser.

Akan kompetansesenter

Akan har som formål å sette hele det norske arbeidslivet i stand til å forebygge rus og avhengighet, slik at sykefraværet reduseres og livskvalitet og effektivitet økes. Akan-modellen på 1, 2, 3: At det handler om å utvikle en tydelig Policy, tryggere ledere i å gjennomføre Samtalen basert på bekymring så tidlig som mulig og tilbud om hjelp til de som trenger det. Det finnes ingen eksakt statistikk over antall personer som berøres av rus- eller spilleproblemer. Akan beregner at for hver person som har et rusproblem, regner en med at det gjennomsnittlig er tre personer innen nær familie som blir direkte berørt av situasjonen. Alkoholrelatert fravær og ineffektivitet utgjør totalt 335 000 tapte arbeidsdager i året (Akan, 2016).

Ungdom og rus ved Legevakten

Ungdom og Rus på Legevakten i Oslo er en integrert del av Sosial og ambulant akuttjeneste (SAA). SAA er en seksjon under Avdeling for Psykososiale tjenester i Helseetaten, Oslo kommune. SAA er lokalisert på Legevakten i Oslo, Storgt. 40. Tjenesten er døgnbemannet og tilbyr akutt samtale og oppfølging til alle barn og unge under 24 år etter en rushenvendelse ved Legevakten. Formålet med Ungdom og rus er å forebygge utvikling av rusavhengighet gjennom tidlig intervensjon.

I 2019 ble det registrert 793 ungdommer i aldersgruppen som nå var utvidet til å gjelde fram til fylte 24 år. Disse ungdommene genererte til sammen 853 rusrelaterte henvendelser. 31 er registrert som gjengangere som genererte til sammen 60 henvendelser. Ca. 85 % av ungdommene oppgir alkohol som rusmiddelet de har brukt. Prosjektet har fått midler fra Statsforvalteren til en styrking av arbeidet. Programmet som ble utviklet består av:

- Akuttsamtale
- Oppfølgingssamtale
- Familiesamtale
- Vurdere videre oppfølging, for eksempel henvisning egnet hjelpeapparat
- Metodene som brukes er i hovedsak, Miniintervensjon/brief intervention, motiverende intervju/MI

De fleste (noe over ca. 80 %) ankommer Legevakten med ambulanse. Ca. 12 % ankommer med politiet. Øvrige kommer med mor, far, andre pårørende, venner eller kjæreste. Noen få kommer alene og ber om hjelp. Mange av de Ungdom og rus tar kontakt med i etterkant via telefon, sier at de setter enormt pris på å bli kontaktet.

Forslag til tiltak for å bedre tjenestetilbudet for personer med alkoholavhengighet i Oslo.

1. Avdekking

- Fastleger og helsestasjoner bør spørre om alkoholvaner som en normal del av oppfølgingen. Som skissert i kunnskapsgrunnlaget, blir ofte ikke alkoholkonsum adressert verken ved sykehusinnleggelse eller hos fastlegen.
- NAV-veiledere bør spørre om alkoholvaner som en normal del av oppfølgingen
- Bruke kartleggingsverktøy for å avdekke alkoholavhengighet (for eksempel AUDIT)
- Styrke kompetansen om aldring og alkohol i tjenester
- Systematisk kartlegging og oppfølging av eldre som kommer i kontakt med ulike tjenester i Oslo Kommune hvor skader og helseproblemer kan være relatert til overforbruk av alkohol.
- Økt kontinuitet av ansatte og mer tid per pasient/bruker i hjemmetjenesten, og mer kunnskap om eldre og alkohol i hjemmetjenesten.
- Vurdere å ha en «ruskonsulent senior» som hjemmetjenesten, NAV og fastlegen kan henvise til (ala [ruskonsulent for ungdom](#))
- Systematisk tilbud om samtaler og oppfølging for personer som legges inn på sykehuset på grunn av alkoholrelaterte skader og/eller somatiske tilstander som kan ha en sammenheng med høyt alkoholkonsum (ala [ungdom og rus på Legevakten](#))
- Fastleger og arbeidsgivere bør ha en bevissthet omkring at sykefraværet til den ansatte kan være alkoholrelatert, både når det gjelder korttids- og langtidsfravær. Her kan Oslo Kommune være en veiviser som arbeidsgiver overfor andre bedrifter og virksomheter i kommunen, ved å utnytte mulighetsrommet som ligger i å være en Akan-bedrift. Ett av trinnene i Akan-modellen er at ledere snakker med medarbeideren hun/han er bekymret for så tidlig som mulig. Alternativet, å la være å ta samtalen eller vente, åpner for at problematisk bruk får utvikle seg med de ulempene dette har for den det gjelder, pårørende, arbeidsplassen og samfunnet.
- KORUS Oslo har en særskilt satsning på å øke kompetansen og bruken av kartleggingsverktøy i bydelene, og kan bidra til kvalitet og bruk av kartleggingsverktøy (som eksempelvis AUDIT) i tjenestene.

2. Hjelpeapparatet. Når du oppsøker hjelp for alkoholavhengighet

- Tilby motivasjons- og venteopphold i påvente av plass i TSB, da dette anses som en sårbar fase.
- «Rask rushjelp» ala «[Rask psykisk helsehjelp](#)». Altså et lavterskeltilbud som ikke krever henvisning, uten lang ventetid, slik at problemene ikke utvikler seg. For mange kan det å måtte gå via fastlege for henvisning etterfulgt av lang ventetid,

virke demotiverende når motivasjonen for å få hjelp for sine rusproblemer er til stede.

- Tettere samarbeid mellom fastleger og kommunale helsetjenester.
- Møte de eldre med en annen stillingstittel/hatt enn «ruskonsulent». Se eksempel fra Bydel Nordstrand under "Eksisterende tiltak/eksempler på god praksis"

3. God informasjonsflyt og sømløse overganger mellom tjenestene

- Bedre informasjon om eksisterende tilbud for mennesker med alkoholavhengighet, som oppdateres jevnlig på tvers av bydeler og tjenester. Arbeidsgruppen ser behovet for et dynamisk oppslagsverk på eksisterende tilbud, med mulighet til å spille inn det man savner. ([Eksempel](#) fra Helseetaten). Denne informasjonskanalen vil også kunne være en ressurs for pårørende og personer som sliter med alkoholavhengighet.
- Økt tilgang og kursing i Gerica. Her sendes PLO meldinger. Systemet går på tvers av spesialisthelsetjenesten, fastlege og kommunen.
- Økt fokus på å sende PLO fra sykehusene/legevakt ved akuttinnleggelsler (sendes ofte kun når det er eldre mennesker med sykehjemstjenester eller hjemmetjeneste). Dette fordrer også at bydelene har et system for mottak og prosessering av PLO-meldingene.
- Forsterke kunnskapen og fokuset på det somatiske. Dette har sammenheng med at mennesker med rusproblemer ofte også har behov for hjelp med somatiske plager. Dermed er det en fordel om rustjenestene også har mer innværende kunnskap på det somatiske slik at brukeren kan få et mer helhetlig hjelpetilbud.

4. Tiltak i Oslo Kommune som arbeidsplass

- Påse at Akan-arbeidet ivaretas på arbeidsplassen. For eksempel kan dette være en del av vernerunden og HMS-arbeidet. Ledere bør ha kjennskap og kompetanse for å kunne ivareta Akan-arbeidet, og arbeidstakerne bør være klar over at tilbudet finnes og muligheten for at dette arbeidet kan integreres.
- Ha en policy om alkoholkonsum i sosiale sammenhenger blant ansatte.
- Vurdere å gjennomføre en "[pulsmåler](#)" som er et verktøy som gir grunnlag for refleksjon rundt virksomhetens kunnskap, holdning og praktisk arbeid med rus- og avhengighetsproblematikk
- Gi et rusmestringstilbud som er tilpasset ansatte i arbeid.

5. Språk og kulturforståelse

- Sørge for at tjenestene har fokus på migrasjonshelse, språk og rusproblemer. Altså at det er fokus på å skaffe tolk, der brukeren verken snakker norsk eller engelsk. Dette gjelder også TSB. Oslo kommunale ruspoliklinikk skal ha dette som et tema framover, og arbeidsgruppen tenker at dette burde være byomfattende.

6. Alkoholfrie arenaer, aktivitets- og mestringstilbud

- Tilby alkoholfrie møteplasser både på dag- og kveldstid.
- Meningsfull aktivitet bør være i fokus hele året. <https://www.fylldagene.no/>
- Arbeidsgiver bør sørge for at alkohol ikke er en selvfølge i sosiale sammenkomster blant de ansatte, jfr. at enkelte arbeidstakere opplever at det er et press om å drikke alkohol i jobbrelevante sammenkomster.

Eksisterende tiltak/eksempler på god praksis

- Sosiale møteplasser; A-larm har et likepersoners-prosjekt hvor de skaper trygge møteplasser for eldre for å forebygge ensomhet. Opplever massiv etterspørsel. Rusavhengige gir tilbake ved å være tilstede på møteplassen. De er åpne og deler av egen erfaring. Opplevs som en win-win-situasjon. Koster lite. Skaper åpenhet om rus og det oppleves som mindre tabu å si at man er ensom.
- SAA (sosialambulans akutt-team) kan gjøre kartlegginger av eldre i hjemmet som har alkoholproblemer, og dette kan bli mer systematisert. Det må foreligge et samtykke for at SAA kan bistå og opplevelsen er at mange ikke ønsker hjelp.
- Rusteam og Psykisk helseteam i bydel Nordstrand har opprettet et team med ansatte fra begge tjenester som jobber oppsøkende med personer med rus- og/eller psykiske helseutfordringer. Mange henvendelser kommer fra legevakt/sykehus om behov for tjenester til personer med alkoholrelaterte utfordringer. De erfarer at flere eldre brukere takker ja til oppfølging fra psykisk helseteam heller enn oppfølging fra ruskonsulent i NAV. Psykisk helseteam tilbyr i tillegg drop-in-samtaler og har prosjekter som temakvelder og middager for eldre i bydelen.
- Ved NAV Ullern har de en egen 20% stilling som er dedikert til eldre og rus, da de opplever dette som en utfordring. Dette er i startgropen. De får mange henvendelser fra andre tjenester i bydel Ullern.
- Bydel Gamle Oslo arrangerer mestringskurs i rus, men opplever lite pågang fra eldre.
- KORUS Oslo har leda et nasjonal utviklingsarbeid om aldring, alkohol og legemidler. De tilbyr kartlegging, kompetanseheving og veiledning på tematikken til alle bydeler.
- [Balance](#) er et internettbasert, helsefremmende tilbud til dem som vil sjekke, og eventuelt justere, sine alkoholvaner. Programmet øker bevisstheten rundt egne alkoholvaner, og kan bidra til å endre risikofylt bruk for de som har behov for det. Balance inneholder også et stressmestringsspor som gir deg råd om hvordan du kan takle stress og ha det bedre i hverdagen. Balance er lett tilgjengelig, og kan brukes hvor som helst ved bruk av PC, nettbrett eller smarttelefon. Det kreves kun en nettleser og tilgang til internett.
- Helseutvalget: "Arena - Oppsøkende rusforebyggende lavterskeltilbud for MSM og KSK." Med 1 000 samtaleintervensjoner (mål: 2021) vil ARENA treffe ca. 5% av målgruppen. Arena benytter blant annet en livsstilstest som verktøy for å reflektere rundt egen alkoholbruk.

VEDLEGG 1: Behandlingssteder for alkoholavhengighet

Behandlingssteder for alkoholavhengighet i Oslo per 21/1/2022 med ventetider, hentet fra [www.helsenorge.no](https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlinger/ventetider-for?bid=90) (<https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlinger/ventetider-for?bid=90>)

Behandlingssted	Adresse	Ventetid
A-senteret, Døgnavdeling	Maridalsveien 176A, Oslo	10 uker
A-senteret, Poliklinikk	Maridalsveien 176A, Oslo	2 uker
A-senteret, Villa Berg	Maridalsveien 176A, Oslo	15 uker
Akershus universitetssykehus, ARA, Groruddalen poliklinikk	Bergensveien 4B, Oslo	4 uker
Blå Kors Behandlingscenter Slemdal	Tennisveien 4, Oslo	20 uker
Blå Kors Poliklinikk Oslo	Storgata 38, Oslo	Ikke oppdatert
Incognito Klinikk	Apalløkkveien 8, Oslo	2- 6 uker
Diakonhjemmet Sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling, ruspoliklinikk	Forskningsveien 7, Oslo	6 uker
Kvinnekollektivet ARKEN	Sinsenveien 54, Oslo	10 uker
Lovisenberg Diakonale Sykehus, Lovisenberg DPS - Ruspoliklinikken	Trondheimsveien 80, Oslo	6 uker
Oslo universitetssykehus, rus- og avhengighetsbehandling, seksjon ung, Gaustad	Sognsvannsveien 21, Oslo	2 uker
Oslo universitetssykehus, rus- og avhengighetsbehandling, seksjon voksen, Ullevål	Kirkeveien 166, Oslo	6 uker
Oslo universitetssykehus, seksjon rusakuttmottak og avgiftning, Aker	Trondheimsveien 235, Oslo	5 uker
Oslo universitetssykehus, seksjon ruspoliklinikker, Mortensrud	Helga Vaneks vei 6, Oslo	5 uker
Oslo universitetssykehus, seksjon ruspoliklinikker, Ullevål, Ruspoliklinikk 1 og 2	Kirkeveien 166, Oslo	5 uker
Oslo universitetssykehus, seksjon ruspoliklinikker, Ullevål, Ruspoliklinikk 3	Kirkeveien 166, Oslo	5 uker
Oslo universitetssykehus, seksjon ruspoliklinikker, Ullevål, Ruspoliklinikken	Kirkeveien 166, Oslo	5 uker
Trasoppklinikken	Trasopterrassen 25, Oslo	6-12 uker
Tyrili Arena Oslo	Jens Bjelkes gate 77, Oslo	20 uker
Tyrlisenteret Oslo	Normannsgata 47, Oslo	20 uker