

Oslo kommune - Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester
Rådhuset
0037 OSLO

Vår ref.: DnD-21/00088-1

Deres ref.: 20/1397-65

Dato: 01.03.2021

Høring - Oslostandard for rusfaglig arbeid

Det vises til høringsnotat om utkast til Oslostandard for rusfaglig arbeid. Høringsnotatet har vært på høring blant relevante virksomheter som er hel/deleid av stiftelsen Det norske Diakonhjem (heretter Diakonhjemmet). Uttalelser fra Diakonhjemmet sykehus, VID vitenskapelige høgskole og Diakonhjemmet Omsorg ligger til grunn for høringsuttalelsen.

Diakonhjemmet er en ideell, diakonal og selvstendig institusjon innenfor Den norske kirke. Diakonhjemmet tilbyr tjenester innenfor helse, omsorg og utdanning og har til sammen ca. 2700 hel- og deltidsansatte. Organisasjonsmessig er Diakonhjemmet en stiftelse hvor kjernevirksomheten er organisert som ideelle aksjeselskaper. Ideelt eierskap og virksomhetsmodell innebærer å arbeide for et sosialt formål for fellesskapets beste, og at eventuelt overskudd i drift reinvesteres i virksomhetene for nyskaping og utvikling av tilbud og tjenester som oppfyller det sosiale formålet.

Diakonhjemmet støtter hovedlinjene i utkastet til Oslostandard med enkelte kommentarer og presiseringer. Våre innspill vil bli gjennomgått tematisk i det videre.

Om behov for et godt samarbeid i helsefellesskapene

Diakonhjemmet sykehus v/voksenpsykiatrisk avdeling samarbeider i dag med Velferdsetaten og bydelene om å yte tjenester til beboere i Frogner, Ullern og Vestre Aker på områdene psykisk helse og rusbruk. I hovedsak ytes disse tjenestene ved Enhet for rus og psykiatri, ved poliklinikken og ved RusFACT-teamet. Diakonhjemmet sykehus v/voksenpsykiatrisk avdeling er også en del av «Områdeplan for TSB» som har til hensikt å klargjøre fordelingen av oppgaver på spesialisthelsetjenestenivå TSB for hele Oslo.

Innledningsvis i utkastet s. 4 står det følgende:

«Oslostandard 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 Oslostandard for rusfaglig arbeid tydeliggjøre oppgaver og ansvar internt i bydelene og hvordan samarbeidet mellom ulike tjenester i bydelene kan styrkes som en del av kommunens 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.»

I utkastet er det lite spesifikt fokus på hva det er forventet at spesialisthelsetjenesten TSB forventes å bidra med, eller om det er vesentlige endringer i forventningene i forhold til oppgavedelingen slik den er i dag. Av dokumentet kommer det frem at det skal være et samarbeid med Spesialisthelsetjenesten om utredning og diagnostisering av ulike pasienter. Dette er TSB sin oppgave, en oppgave man har og vil fortsette å ivareta fremover.

Områdene rus og psykisk helse er komplekse. Slik det beskrives i utkastet er årsaken til at noen får problemer med rus eller psykiske lidelser ofte sammensatt i sin årsak. I tillegg kan pasienter ha svært ulike behov eller ulik tilnærming til behandling. Behandling av rus- og psykiske lidelser bør derfor ta utgangspunkt i evidensbaserte metoder, men med individuelle tilpasninger slik at man bidrar til at det er «pasientens helsetjeneste». Ved siden av at rus- og psykiske problemer har en sammensatt årsak, er det i dag en lang rekke aktører, på flere nivåer, som tilbyr tjenester for behandling og oppfølging av pasienter/beboere. Innsats rettet mot de ulike levekårsområdene vil også på- og medvirke til økt livskvalitet og utsiktene til bedring. Et område med så mange aktører, øker behovet for koordinering og samhandling mellom de ulike aktørene. God kommunikasjon er av største betydning for at tjenestene skal oppleves som gode og effektive. Det er en kjent sak at det er i overgangen mellom ulike aktører og/eller nivåer at risiko for suicid eller tilbakefall til rus er størst. Det er derfor avgjørende at de ulike aktørene samarbeider tett med å utvikle sammenhengende tjenester med særlig fokus på overgangene.

Utarbeidelsen av en «Oslostandard» for rusbehandling legger opp til at beboere i Oslo med rusproblemer skal få helhetlige og likeverdige tjenester i den bydelen de bor i. Diakonhjemmet mener at forutsetningene for å etablere et godt samarbeid rundt innbyggere med rusproblemer blir bedre ved å styrke bydelenes ansvar for tjenestene. For å lykkes i dette arbeidet bør det, slik Diakonhjemmet ser det, være et betydelig fokus på å arbeide tett i helsefellesskapene. Et godt samarbeid i helsefellesskapene bidrar til god kommunikasjon mellom aktører og tjenestenivåer og øker sannsynligheten for at man kan levere sammenhengende og effektive tjenester til innbyggerne.

Diakonhjemmet vil fortsette sitt arbeid for å bedre og videreutvikle samarbeidet med bydelene i vårt opptaksområde, gjennom blant annet samarbeidsmøter, veiledning med NAV og ruskonsulenter som i dag.

Diakonhjemmet sykehus har, sammen med Velferdsetaten og bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker, etablert et samarbeidsprosjekt som er rettet mot pasienter med behov for samtidige tjenester i bydel og spesialisthelsetjenesten. Dette heter RusFACT. Diakonhjemmet tror at et tilbud som RusFACT ikke bare vil være til fordel for de pasientene som er i behov av samtidige tjenester, men vil også kunne gi positive synergier gjennom bedret samarbeid og bedre kjennskap til tjenestene på tvers av nivåene. RusFACT-samarbeidet vil også kunne være en viktig faktor i samarbeidet rundt det å utvikle nye tilbud – både sammen og på hvert vårt nivå.

Bydelene skal imidlertid i økende grad overta ansvar for tjenester Velferdsetaten tidligere har hatt. Når det skal bygges opp tilbud «lokalt» samtidig som det bygges ned «sentralt», kan det oppstå et vakuum. Et slikt vakuum kan føre til at samarbeidende tjenester i økende grad må kompensere for å tette dette «hullet». Dersom eksempelvis Diakonhjemmet sykehus v/voksenpsykiatrisk avdeling blir nødt til å kompensere for sviktende tjenester i kommune/bydel, vil dette muligens gå utover en større andel pasienter og etablert godt samarbeid.

Slik vi leser utkastet til Oslostandard for rusfaglig arbeid, er samarbeid og gode samarbeidsrutiner en avgjørende og nødvendig faktor for å etablere gode tilbud til innbyggere med rusproblemer. Fellesprosjekter slik som FACT kan gi svar på hvordan slikt samarbeid kan bygges opp og fungere til det beste for tjenestemottakere og -leverandører.

Om verdimessig forankring

I utkastet s. 6 står det følgende:

«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.

[...]

At tilbud om hjelp ikke utføres instrumentelt krever god relasjonskompetanse hos medarbeiderne, samt høy etisk bevissthet».

Etiske krav som her er hentet fra nærhetsetikken, ikke minst kravet om individuell samhandling og respekt for autonomi, kommer i konflikt med forventninger beskrevet i samme dokument om å bruke faste kartleggings- og monitoreringsskjemaer og bestemte påvirkningsteknologier som f.eks. motiverende intervju. Klientens opplevde identitet og problemdefinisjoner vil bli etablert og vedlikeholdt gjennom bruk av faste mal, formuleringer, begreper og antatte sammenhenger (Savic & Fomiatti, 2016)¹.

Vi foreslår å henvise til flere eller andre etiske prinsipper som evt. bedre kan forenes med bruk av standardiserte skjemaer og kartleggingsredskaper.

Videre ønsker vi å kommentere det som står angitt om relasjonskompetanse og individuell behandling. I utkastet s. 7 står det følgende:

Relasjonsarbeid er grunnlaget for et individuelt tilrettelagt rusfaglig arbeid.

Her fremstilles «relasjonsarbeid» indirekte som et fenomen som oppstår mellom den enkelte ansatte og klienten, hvilket også understrekes av referanse til Martinsen, Skjervheim og Løgstrup. Her mangler en tilkjenneivelse av at relasjonsbegrepet i sosialt arbeid i høy grad handler om , og er avhengige av, organisatoriske, politiske og økonomiske rammefaktorer. Arbeidsgivers ressursallokeringer, organisasjonskultur, juss, faglige vurderinger, profesjonsetikk og rammer definerer hvilke typer relasjoner som kan etableres mellom den enkelte ansatte og klienter. Det artikulerte premiss at «Relasjonsarbeid er grunnlaget for et individuelt tilrettelagt rusfaglig arbeid» oppleves som udokumentert og uklart, og legger opp

¹ Savic, M., & Fomiatti, R. (2016): *Producing "Progress" Through the Implementation of Outcome Monitoring in Alcohol and Other Drug Treatment*. Contemporary Drug Problems, 43(2), 169-187. URL: <https://doi.org/10.1177/0091450916641979>

til at rusfaglig arbeid primært realiseres gjennom profesjonelle psykologiske og pedagogiske interpersonelle forhold.

I ønsket om «likeverdighet» og henvisning til et mål om deltakerposisjon står det på samme side:

Der saken for eksempel kan være «rusproblemet» og utfordringer som følger av det, og som begge parter skal bidra til å løse sammen.

Her ønsker vi å bemerke at klienten alltid må formulere problemdefinisjonen sin til de av kommunen brukte problemkategorier, og at det kan være interessekonflikter mellom klientens og kommunens ønsker og behov.

Om begreper

I utkastet s. 7 omtales begrepet *endrings- og mestringsarbeid*, der spørsmålet *Hva er viktig for deg?* blir adressert. Vi ønsker å komme med vår kommentar til dette. Etter vårt syn vil spørsmålet være relevant når man vet hva det blir spurt etter og innenfor hvilke rammer, ellers ikke. En klient kan i prinsippet gi svar som diskvalifiserer eller vanskeliggjør videre hjelp: "å begå kriminalitet uten å bli tatt" eller "skaffe billigere amfetamin", kunne være slike svar, som uansett opplevd relevans - vel sjelden artikuleres av klienten, som i de fleste tilfeller har lært hva svaret skal være på slike spørsmål. Det kan også oppleves som viktig å bli tildelt en kommunal 4- roms leilighet i Oslo sentrum, men det vil i de fleste tilfelle være urealistisk. Psykiske og interpersonelle problemer kan også trenge seg på, men kan oppleves som grenseoverskridende å skulle utlevere til en kommunalt ansatt. Før et slikt spørsmål stilles må ansatte derfor klargjøre rammene for spørsmålet og eventuelle konsekvenser av svaret.

I tillegg til de begrepene som blir avklart i utkastet, savner vi en begrepsavklaring av hva som menes med «rusfaglig». Standarden retter seg mot «rusfaglig» arbeid. Begrepet «rusfaglig» har de senere år inkludert andre typer bruk og adferd enn det vi tradisjonelt forbinder med «rus». Begrepet «rus» er et særegent norsk begrep, og kan ikke oversettes til f.eks. engelsk. Internasjonalt, her sett i relasjon til kategoriseringen i ICD og DSM, vil man forbinde addiktive adferdsformer som spill (gaming og gambling) og ulovlig bruk og avhengighet av f. eks. anabole steroider med det vi i Norge kaller «rusfeltet».

Forbindelsen mellom disse nyere kategoriene av "avhengigheter" og det norske rusfeltet viser seg tydeligst ved at

- a) anbefalte og anvendte behandlingsteknologier går på tvers av ulike problemfelter, flere behandlingsaktører behandler derfor flere problemstillinger med samme behandlingsmetoder
- b) skadepotensialet i relasjon til borgeren selv, pårørende og samfunnet anses som identiske på tvers av nevnte problemer.

Vi etterspør hvilke standarder disse problemkategorier bør legges inn i, om ikke de rusfaglige? I VID vitenskapelige høgskoles videreutdanning innen rus- og avhengighetsproblematikk inngår både avhengighet av anabole steroider og adferdsavhengigheter.

Om kunnskapsgrunnlaget

I det omfang at det skrevne kunnskapsgrunnlaget skal ses som en bakgrunn til anbefalinger/tiltak i standarden har vi heftet oss ved at behovet for eksistensielle samtaler fremheves. I den forbindelse reiser vi spørsmålet om hvor eksistensielle samtaler kan føres i kommunal regi, når det er passende og hvem som har tilstrekkelig kompetanse. Diakoner og teologer, som har særlig utdanning innen f.eks sjelesorg ansettes sjeldent, og disse har heller ikke absolutt taushetsplikt i en kommunal organisasjon, men plikt til å dele informasjon med kolleger og skrive i en felles journal. Samtaler om dypt personlige, intime og eksistensielle tematikker fordrer tillit til absolutt taushetsplikt (derfor har nettopp presten taushetsplikt) og ikke minst kunnskap om hvordan man i slike samtaler ivaretar omsorg, trøst og veiledning.

VID vitenskapelige høgskole er bekymret for i hvilket omfang samtaler med eksistensielle tematikker overlates til frivillige og erfaringskonsulenter, hvor det ikke er sikret nødvendig kompetanse og ivaretagelse av profesjonsetikker.

Diakonhjemmet støtter for øvrig et fokus på eksistensielle samtaler. Vi har erfaring med slike tilbud i samarbeid med brukerorganisasjoner. Vår erfaring er at deltagere i slike grupper har stor nytte av åpne samtaler, og som ikke er fokusert på endring og rusmestring.

Om motiverende intervju og FIT-skjema

I utkastet s. 13 anbefales det bruk av motiverende intervju (MI) som en del av kartlegging og hovedforløp. Skaperne av MI skriver i relasjon til etiske betraktninger at MI ikke bør brukes av profesjonelle som treffer avgjørelser i, eller har innvirkning på avgjørelser i saker som har betydning for klienten, det kunne være tildeling av ressurser, økonomi, familieanliggende mm. (Miller & Rollnick, 2004)².

Det samme forbehold gjelder for det såkalte "FIT-skjema" som er omtalt i utkastet s.20. Skjemaet er utviklet i en ren psykotераpeutisk praksis og ikke dokumentert virksomt på rusfeltet (se review av internasjonale studier i Pejtersen et al., 2018)³. I skjemaet skal klienten registrere sin "tilfredshet" med behandlingen. Det må påpekes at dette skjema er utviklet i en ren privat psykotераpeutisk praksis, hvor behandler ikke treffer avgjørelser om ressurstildelinger, og ikke samhandler med andre enn klienten.

Det er dermed bekymringsverdig at tilnærminger og metoder som MI og FIT tilsynelatende ses uavhengig av en konkret maktrelasjon mellom klient og behandler. En klient vil sannsynligvis være tilfreds med behandling såfremt konkrete ønsker om ressurstildeling imøtekommes og utilfreds dersom hen ikke får ønskene sine oppfylt. FIT orienterer seg mot registrering av tilfredshet med en ren psykotераpeutisk praksis fri for materielle betingelser.

Vi mener at det bør tas hensyn til hvordan man i en velferdsstat har organisert tjenestene sine, og viser til at det skaper uakseptable dilemmaer for både ansatte og klienter når ansatte (f.eks. i NAV) må forvalte ressurstildeling og samtidig drive med potent psykologisk

² Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004): *Etiske overvejelser*. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivationsamtalen* (1. ed., pp. 209-227). Hans Reitzels Forlag.

³ Pejtersen, J. H., Jensen, M. T., & Hansen, H. (2018): *Effekten af Feedback-Informed Treatment i bostøtteindsatsen*. URL: <https://www.sfi.dk/publikationer/effekten-af-feedback-informed-treatment-i-bostotteindsatsen-17118/>

påvirkningsarbeid og irrelevante tilbakemeldingsverktøyer. På den bakgrunn må det overveies om man i anbefalingene sine om bruk av ulike metoder og tilnærminger kunne differensiere mellom ansatte som har innflytelse på materielle forhold (f.eks. NAV-ansatte) og ansatte som driver med overveiende pedagogisk eller psykoterapeutisk praksis.

Om tiltak 5: Rusproblemer

I utkastet s. 18 står det følgende:

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

Forutsetningen for å henvise, anbefale eller oppfordre utsatte borgere til brukerorganisasjoner, frivillighetssektor eller selvhjelpsgrupper må være at ansatte faktisk har kunnskap om innhold, praksis og idegrunnlag for det tiltak som anbefales eller henvises til. I motsetning til f.eks. psykisk helse er rusfeltet karakterisert av ulike sterke ideologier, som ofte står i et motsetningsforhold til hverandre. Et eksempel er AA (anonyme alkoholikere) og NA (anonyme narkomaner), som i Norge kategoriseres under "selvhjelpsgrupper" tross betydelige innholdsmessige og strukturelle forskjeller fra andre typer selvhjelpsgrupper. Ideologi og praksis i disse grupper og i flere sammenhenger som er relatert til samme ideologi, står i et motsetningsforhold til f.eks. LAR-behandling (Frank 2011, Recke 2013)^{4 5}. Deltakelse i AA og NA kan også ha en negativ effekt på ungdom (Peele 2012)⁶.

Den samme bekymring om manglende kunnskap gjelder brukerorganisasjoner. Det eksisterer nå 10+ ulike brukerorganisasjoner på rusfeltet i Norge, med hver sin ideologi, politiske dagsorden og ulike syn på hjelpeapparat og fenomenet avhengighet. Å oppfordre klienter til aktivisme eller deltakelse i gruppeaktiviteter uten å ha kunnskap om hva det reelt er man oppfordrer til - og kunne informere og veilede i forhold til - synes både etisk og faglig uforsvarlig. Det er også tvilsomt om ansatte kan skaffe seg bred kunnskap om brukerorganisasjoner og selvhjelpsgrupper, da det er forsket og formidlet lite kunnskap om disse fenomener.

Om tiltak 9: Undersøkelse av opplevd livskvalitet

Med utgangspunkt i tilgjengelig forskning på brukerundersøkelser/ tilfredshetsundersøkelser/ livskvalitet anbefaler vi at eventuelle undersøkelser gjennomføres, ikke kun rapporteres, anonymt.

Vi foreslår også å ikke fastsette tidspunktet for å gjennomføre samtalen hvor scoring skal rapporteres videre. Slik forslaget fremstår, skal det gis et enkelt svar, uten at kontekst for brukernes løp måles. Resultatet vil i liten grad gi kunnskap om tjenesters bidrag til forbedring eller forverring av brukernes livskvalitet når det kan være tilfeldig i hvilken «fase» av arbeidet brukeren er (for eksempel første møte med tjenester og nylig utviklet problematikk eller mangeårig arbeid med omfattende tjenestebruk- og erfaringer).

⁴ Frank, D. (2011): *The Trouble with Morality: The Effects of 12-Step Discourse on Addicts Decision-Making*. Journal of Psychoactive Drugs, 43(3), 245-256.

⁵ Recke, L. (2013): *Det koster ikke noget at tilhøre NA-fællesskabet. Du er medlem, hvis du siger, du er. Stof*, 21. URL:

https://psy.au.dk/fileadmin/CRF/STOF/STOF_pdf_er/STOF_nr_21/Det_koster_ikke_noget_at_tilhoere_NA-faellesskabet_Du_er_medlem_hvis_du_siger_du_er_Stof_21.pdf

⁶ Peele, S. (2012): *AA and abstinence as prevention techniques*. Drugs: Education, Prevention, and Policy, 1-7.

Det er også uklart hvordan resultater av en slik undersøkelse, som tar utgangspunkt i et stort og dypt eksistensielt spørsmål som er vanskelig å operasjonalisere og tallfeste, og har stor risiko for tilfeldige svar (og skille fra tilfredshet med tjenesten/relasjonen til den som spør/livet generelt før og nå), skal brukes av Velferdsetaten.

Om tiltak 11: Samarbeid og overganger

Diakonhjemmet Omsorg har en bred kontaktflate i Oslo, og deltar relativt ofte i situasjoner der brukere og pårørende har behov for bistand med rusproblemer. Vi ser at det er lite kunnskap om hvor befolkningen og helsepersonell skal henvende seg, og særlig for personer som ikke har erfaring eller identitet med rusmiljøer fra før. Vi vil også nevne at ved behov for et redusert forbruk, og ikke behandling av en avhengighetslidelse, er det ofte nyttig at kontakten og støtten kommer fra hjelpere som allerede er i kontakt med personen. I Diakonhjemmet Omsorg ser vi at våre ansatte i hjemmetjeneste og på sykehjem vil kunne utføre disse oppgavene, og eventuelt motta veiledning fra vårt samtalesenter Dialog.

Som største by i Norge oppstår det i Oslo undergrunnsmiljø der ulike rusmidler brukes. Dette har vært et fenomen i mange år, og er det fortsatt. Det er en krevende oppgave å observere disse, og gjøre seg tilgjengelig for bistand. Noe av dynamikken er knyttet til lukkethet og eksklusivitet. I dag er velstående miljøer med bruk av kokain velkjent, men også mer blandede miljøer med Chemsex der rus og seksualitet utforskes. Diakonhjemmet Omsorg kjenner til noen av disse miljøene gjennom samarbeidsorganisasjoner der vi har bidratt med rådgivning, og fra samtalesenteret Dialog. Vi mener at Oslostandarden bør omtale kontakt med slike miljøer, og med vekt på tiltak for å gi informasjon om hjelpetiltak.

Om tiltak 12: Kompetanseutvikling

I utkastet s. 22 står det følgende:

Erfaringskompetanse og erfaringskonsulenter bør tas i bruk i endrings- og mestringsarbeidet.

Ansettelse av erfaringskonsulenter er en nasjonal satsning. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har utgitt flere tekster og anbefalinger i den forbindelse, uten å ha forholdt seg til de særlige utfordringer som er forbundet med ansettelse av tidligere brukere av illegale stoffer eller med erfaringer innen kriminalitet. Derfor tilføyer vi her noen betraktninger når det gjelder ansettelse av erfaringskonsulenter som har bakgrunn i bruk av illegale rusmidler og/eller kriminalitet.

I 2014 publiserte det danske forskningsinstituttet LG-Insigt en undersøkelse der de hadde spurt de danske kommunene om erfaringer med det såkalte kriminalitetsforebyggende gateplanarbeidet (Insight 2014)⁷. 79 (av 98 kommuner) svarte på undersøkelsen. Nesten én av fire kommuner svarte i undersøkelsen at de for tiden hadde tidligere kriminelle ansatt som forbilder, og 34% svarte at de før hadde hatt tidligere kriminelle ansatt. Rapporten viste at 24% av kommunene hadde avskjediget en ansatt fordi han eller hun hadde begått en forbrytelse under ansettelsesforholdet, og 14% rapporterte at forbrytelsen var begått sammen med barna og de unge som vedkommende har vært ansvarlig. Samtidig rapporterte bare en veldig liten andel (3 - 6%) av kommunene at de hadde undersøkt søkerens personlige forhold og familieforhold til de lokale kriminelle miljøene før ansettelsen. 41% hadde ikke

⁷ Insight, L. (2014): *Gadeplansmedarbeidere i gråzonen*.

gjennomført en foreløpig etterforskning i det hele tatt - og de hadde heller ikke innhentet politiattest. Rapporten om det boligsosiale arbeidet som ble publisert av det danske "Center for Housing Social Development" i 2017, sier at det ikke kan betraktes som en kompetanse i seg selv å være en tidligere kriminell (Madsen 2017)⁸. Den danske erfaringen viser at bruk av tidligere kriminelle som forbilder i langsiktig sosialt boligarbeid har vært problematisk. Rapporten viser til gråsoner rundt cannabisbruk, problematisk samarbeid med andre aktører, f.eks. når den tidligere kriminelle må samarbeide med politiet. Og ikke minst, erfaringskonsulentens egne dilemmaer om lojalitet dukker opp «når venner gjør noe ulovlig, og samtidig sitter du ved bordet i det boligsosiale arbeidet» (Madsen, 2017 s.10).

På bakgrunn av de danske erfaringene anbefaler vi at kommunen undersøker politiattest og mulige tilknytninger til lokale kriminelle miljøer i forbindelse med ansettelse av erfaringskonsulenter. Vi anbefaler også at man aktivt spør den enkelte klient om tidligere relasjon til erfaringskonsulent og at klienter kan frabe seg at erfaringskonsulenter kan skrive/lese i klientens journal eller delta i behandlingsmøter, fordi enkelte klienter kan ha en forhistorie med den aktuelle erfaringskonsulent i det kriminelle eller rusrelaterte lokale miljø.

Diverse

Om ansattes nødvendige kompetanse

Standarden legger opp til at medarbeidere må ha en høy spesialisert kompetanse på mange områder. På bakgrunn av våre erfaringer med praktikere (også fra Oslo kommune) som har tatt VID vitenskapelige høgskoles *Videreutdanning i Rus- og avhengighetsproblematikk* vurderer vi at det generelt i utgangspunktet er et svært lavt kunnskapsnivå om rus og avhengighet hos sosionomer (Svendsen et al., 2018)⁹, vernepleiere og sykepleiere. Vi vil derfor oppfordre til at man i standarden tilføyer en oppfordring til å ansette personer som i utgangspunktet har kvalifisert seg via en godkjent videreutdanning innenfor rus- og avhengighetsfeltet.

Om ansattes informasjonsplikt

Alle ansatte har plikt til å informere klienter om rettigheter, muligheter og klagerett. Når det gjelder borgere som har problemer med rus/avhengighet kan ofte evnen til konsentrasjon og hukommelse være svekket, og det kan være nødvendig å gjenta informasjon ofte. Det bør også tilstrebes at klienter informeres grundig om hvilken informasjon som deles med hvem, også innad i kommunen. Herunder også informasjon om innsynsrett i egne journaler og registre.

Skrijving av journaler, registrering i databaser mm. som inneholder personfølsom informasjon og informasjon som klienten har gitt, bør gjøres umiddelbart tilgjengelige for innsyn og klienten oppfordres til å kommentere dokumenterende referater og notater. Det er viktig at klienten informeres løpende om hva som er dokumentert, hvem som har adgang til informasjonen og retten til innsyn. Bakgrunnen for dette er erfaring med at klienter både i

⁸ Madsen, M. F. (2017): *Rollemodeller i utsatte boligområder*. URL:

<https://www.cfbu.dk/udgivelser/rapport-rollemodeller/>

⁹ Svendsen, T. S., Selseng, L. B., & Galvani, S. (2018): *Developing education on problematic substance use in Norwegian social work bachelor's degree*. *Social Work Education* 38(4), 1-8. URL:

<https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1556630>

TSB og i kommuner sjeldent får lese egne journaler og heller ikke er klar over retten til innsyn.

I forhold til utarbeidelsen av Individuell Plan må klienten informeres tydelig om at kommunen etter hvert må godkjenne tiltak i planen, og at det ikke er noen automatikk mellom behov nedskrevet i plan og kommunale vedtak. Klienten må også tydelig informeres om klagemuligheter på manglende eller sene vedtak eller avslag på tiltak og informeres om klageprosess og tidsforbruk ved klagesaker. Likeledes må det gjøres klart for klienten at individuell plan ikke forplikter noen (heller ikke klienten) til annet enn nettopp samarbeid om en IP.

Klienten må også informeres om retten til koordinator og hvordan og når klienten og evt. pårørende kan komme i kontakt med koordinator, og hvem som er vikar under sykdom og ferier. Dette på bakgrunn av erfaringer med klienter og pårørende som forteller at de har brukt måneder på å komme i kontakt med koordinator i Oslo kommune.

Om fastlegeproblemet

Roller til fastlege nevnes flere steder i utkastet, herunder fastlegens rolle i ansvarsgruppemøter. I realiteten mener vi en del av de belastede rusavhengige enten ikke har en fastlege eller har opparbeidet et problematisk forhold til vedkommende evt. med bakgrunn i ubetalte regninger. I standarden kunne det etter vår oppfatning gjerne inngå forventninger til ansatte om å undersøke og evt. hjelpe med kontakt til fastlege.

Vennlig hilsen

Ingunn Moser
Administrerende direktør/forstander

Øyvind Søetorp
Spesialrådgiver
Telefon:
E-post: oyvind.soetorp@diakonhjemmet.no

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Kopimottakere:
VID vitenskapelige høgskole
Diakonhjemmet sykehus AS
Diakonhjemmet Sykehusapotek AS
Diakonhjemmet Omsorg AS

Vedlegg: