



En studie av hjelpetilbudenes tilgjengelighet basert på en sammenligning av rusmisbrukeres reisemønster og fysisk plassering av hjelpetiltak

Jan Sigurd Moy

November 2012

Master i helsevitenskap

Institutt for helsefag

Universitet i Stavanger

Veileder: Sverre Nesvåg, Forskningsleder ved KORFOR, Helse Vest

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2012

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Jan Sigurd Moy

VEILEDER: Sverre Nesvåg, Forskningsleder ved KORFOR, Helse Vest.

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

En studie av hjelpetilbudenes tilgjengelighet basert på en sammenlikning av rusmisbrukeres reisemønster og fysisk plassering av hjelpetiltak

Engelsk tittel:

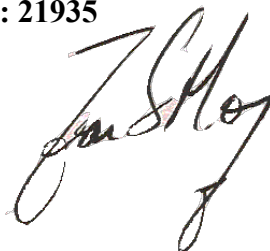
A study of the reachability of helping services based on a comparison of the addicts travelling patterns and location of helping services

EMNEORD/STIKKORD:

Tilgjengelighet, reisemønster, hjelpetjenester, TSB, LAR, rusmisbruker, hjelpetiltak, rusbehandling, livsløp, motivasjon, self-efficacy, kronisk

ANTALL SIDER: 88 ANTALL ORD: 21935

STAVANGER 15/11-2012



Forord

En masteroppgave er ferdig.

Den perioden arbeidet har pågått har vært preget av nyttig læring, kontakt med mange flotte mennesker og en opplevelse av ydmykhet.

Ydmykheten går i forhold til alt det gode arbeidet som er startet, og alle de menneskene som får hjelp gjennom forskjellige tiltak.

Det har vært interessant å treffe ansatte i kommunene, høre om deres hverdag og hvordan systemene deres er bygget opp.

Det har også vært fint å snakke med rusmisbrukere, høre deres versjon av livet og deres observasjoner omkring aktuelle situasjoner.

En stor takk går til veileder Sverre Nesvåg og KORFOR for konstruktive og gode innspill i arbeidet.

I tillegg må jeg takke Elisabeth Stangeland, Bente Ødegård, Nora Louise Bregård og Kari Synnes som har lest gjennom tekstene og kommet med gode kommentarer.

Den som har støttet meg mest mens arbeidet med oppgaven har pågått, er likevel Camilla, min kone. Hun har vært en sann pådriver når det gjelder å overholde frister, og hun har vært der med støtte og oppmuntring gjennom hele prosessen.

Stavanger

15.11.12

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jan Stoy', written in a cursive style.

Sammendrag

Avhandlingen tar for seg hvordan rusmisbrukere i Norge bruke hjelpetiltak og hvordan plassering av tiltakene påvirker bruken. Det er lagt vekt på forholdene i fire randkommuner til Stavanger. Disse kommunene er også basis for rekruttering av informanter. Teoretisk referanseramme er både retningslinjer for samfunnsplanlegging, og undersøkelser og litteratur omkring tilgjengelighet og motivasjon. Rusmisbrukere har et lite klarlagt kontakt og reisemønster og avhandlingen fokuserer på hvordan reiser, kontaktpunkter og gjøremål ved reisemål kan si noe om hvordan tilgjengeligheten til hjelpetiltak blir vurdert.

Tilgjengelighet blir sett i forhold til geografisk plassering, egne tanker om tilbudet og motivasjonsfaktorer. Undersøkelsen er lagt opp som en eksplorativ kvalitativ studie der et tematisert semistrukturert intervju er basis i datainnsamlingen. Dataene fra intervjuene er tematisert og tolket i en hermeneutisk referanseramme. Avhandlingen konkluderer med at de aller fleste av informantene brukte tilbud som lå i nærheten av bolig. Videre ble de tilbudene som ga en form for gevinst enten materielt eller relasjonelt, foretrukket. Et fåtall av informantene hadde ingen interesse av hjelpetiltak og tilgjengeligheten var derfor ikke relevant for dem.

Abstract

The thesis examines how drug addicts in Norway use helping services and how placement of the services is affecting the participation. The emphasis is on the conditions of the four local municipalities to Stavanger. These municipalities are also the basis for recruitment of informants. Theoretical frameworks are both guidelines for community planning, and research and literature dealing with availability and motivation. The contact- and traveling patterns of substance abusers have not been mapped extensively and this dissertation focuses on how travel, destination points and activities at the destination may say something about the availability of aid measures and how they are evaluated. Availability is seen in terms of geographic location, informants own thoughts about the helping services and motivational factors. The study is designed as an exploratory qualitative study with a themed semi-structured interview as basis for data collection. The data from the interviews is thematized and interpreted in a hermeneutic framework. The thesis concludes that most of the respondents used the helping services that were located near the residence. Furthermore, the services that gave some kind of gain either materially or relationally, were preferred. A few of the respondents had no interest in helping services and availability was not relevant to them.

1 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	4
1.2 Problemstilling	6
1.3 Tilknytning til aktuell forskning	8
1.4 Begrepsavklaring og avgrensing.....	8
1.5 Hensikt og formål.....	9
2 Teoretisk fundament	10
2.1 Samfunnsplanlegging.....	10
2.1.1 Allmenne velferdstiltak	11
2.1.2 Transportmidler og metoder.....	13
2.2 Betydningen av tilgjengelighet	14
2.3 Tilgjengelighet og motivasjon	17
2.4 Nyeste signaler i Norge omkring rusmisbrukeres situasjon.....	19
3 Metode	23
3.1 Intervju	24
3.2 Egen rolle og forforståelse	25
3.3 Tolkningsmetodikk	26
3.4 Utvalg.....	27
3.5 Begrensninger	28
3.6 Gyldighet.....	29
3.7 Troverdighet.....	29
4 Skjematisk gjennomgang av hjelpeapparatets oppbygging i de forskjellige randkommunene til Stavanger.....	31
4.1 Sandnes	31
4.2 Sola.....	33
4.3 Rennesøy.....	34
4.4 Randaberg	35
4.5 Helse Vest	36
4.6 Hvorfor institusjon og sentralisering.....	37
5 Fortellinger.....	39
5.1 Reisemetode.....	39
5.2 Geografiske mål	40

5.3	Aktiviteter knyttet til reisemålene.....	40
5.4	Hvordan kommuniserer du med dine omgivelser.....	40
5.5	Hvordan oppleves kontakten med hjelpeapparatet.....	41
5.6	Hvordan beskrives hindringer i kontakten med hjelpeapparatet.....	41
6	Gjennomgang av intervju.....	42
6.1	Forholdet til reiser.....	42
6.2	Forhold omkring valg av transportmidler.....	45
6.3	Og hensikten med reisene er?.....	46
6.4	Geografiske mål.....	47
6.5	Aktiviteter ved målet.....	48
6.6	Kommunikasjon med omgivelsene.....	51
6.7	Forhold til behandlingsapparatet.....	54
6.8	Problematiske forhold.....	57
7	Diskusjon.....	59
7.1	Funn.....	59
7.1.1	<i>Funn relatert til teori om lokalisering og påvirkning av tilgjengelighet.....</i>	<i>59</i>
7.1.2	<i>Funn relatert til teori om reisemønster og tilgjengelighet.....</i>	<i>59</i>
7.1.3	<i>Funn relatert til teori om tilgjengelighet og hvordan man nyttiggjør seg tjenester.....</i>	<i>60</i>
7.2	Forskningsspørsmål.....	61
7.2.1	<i>Hvordan påvirker forskjellen på brukerens bevegelsesmønster og plasseringen av hjelpetiltak, tilgjengeligheten til aktuelle tiltak.....</i>	<i>61</i>
7.2.2	<i>Dersom fysisk tilgjengelighet er begrenset, hvilke alternative tilnærminger kan rusmisbrukeren og hjelpearbeideren muligens ha bedre nytte av?.....</i>	<i>63</i>
7.2.3	<i>Er tilgjengelighet til hjelpetiltak alltid relevant sett fra rusmisbrukerens ståsted?.....</i>	<i>65</i>
8	Konklusjon.....	68
8.1	Forslag til videre studier.....	69
9	Referanser.....	70
10	Forkortelser.....	73
11	Figurer.....	74
12	Vedlegg.....	75
12.1	NSD godkjenning.....	75

12.2	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	76
12.3	Intervjuguide.....	78
12.4	Meldeskjema NSD.....	79

1 Innledning

Vi lever i et samfunn der grunnlaget for veldig mange valg i hverdagen er basert på tilgjengelighet. Vi vil ha butikken nær oss, eller i store sentra med lett adkomst til en stor, og helst gratis, parkeringsplass. Alle former for hinder eller ordninger som gjør tilgjengelighet vanskeligere, blir debattert og påklaget. Når en eiendomsmegler selger et hus, er det beliggenhet som teller. Når en arbeidsgiver lyser ut en jobb, vil søkere vurdere hvor vanskelig det er å komme seg til arbeid. Når Aker Solution flytter til Hinna og får ”bare” syv hundre parkeringsplasser til sine to tusen fem hundre ansatte, kan det tenkes at det blir vanskelig å beholde de ansatte (Eirin Larsen & Ståle Frafjord, 2012).

Spørsmålet om tilgjengelighet er like aktuelt i offentlig sektor. Når kommunen planlegger tiltak for befolkningen, enten det handler om helse eller sosiale tiltak, er tilgjengelighet et viktig element.

Hva så med rusmisbrukere? Hvor er tilbud til denne gruppen lokalisert og hvordan oppleves tilgjengelighet for dem?

For å avklare spørsmålene, har tilgjengelighet til hjelpetiltak for rusmisbrukere blitt valgt som hovedtema for denne oppgaven.

Innfallsvinkelen er litt uvanlig for en oppgave innen helsefag. Problemområdet blir her belyst ved å gå via offentlig ansvar for generell areal- og transportplanlegging, til fysisk lokalisering av hjelpetiltak for rusmisbrukere, og videre til rusmisbrukeres egen opplevelse av tilgjengelighet.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Rusmisbrukere er en gruppe mennesker i vårt samfunn som kjennetegnes ved at de bruker rusmidler i så stor grad at det har store virkninger på deres liv, både sosialt, arbeidsmessig og helsemessig.

Kontakten med denne gruppen gjennom mange år som ansatt i forskjellige behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner har fått meg til å stille spørsmål ved flere sider av systemet som behandler og følger opp rusmisbrukergruppen. Mens jeg arbeidet med behandling husker jeg at det vi var frustrert over, og det vi forsøkte å finne løsninger på, var hva som skjer etter

behandling. Det ble forsøkt forskjellige ettervernsopplegg og vi forsøkte å legge opp rutiner for hvordan kommunenes sosialtjenester kunne følge opp de utskrevne klientene.

Når jeg så i dag ser meg rundt i systemet, ca 20 år senere, ser jeg at det er blitt mer bevissthet omkring oppfølging. Det er startet tiltak på kommunalt nivå og innenfor helseforetakene som skal hjelpe mennesker med rusproblemer. Etter siste anbudsrunde i Helse Vest, der Helse Vest besluttet å kjøpe tjenester av to tilbydere i Sør Rogaland, observerte jeg for første gang spørsmålsstillinger omkring lokalisering av tilbud. Klienter som hadde brukt Blå Kors tilbudet på Sandnes ble nå henvist til poliklinikk på Tasta i Stavanger. Kritiske røster reiste seg mot denne ordningen og hevdet at dette vil føre til at mange i praksis mister tilbudet sitt. Reiseavstandene for mange av brukerne ble dramatisk endret og man fryktet at de ikke ville klar å møte opp.

Når jeg nå skriver en oppgave om temaet er det av flere grunner.

1. Gjennom lovverk er stadig flere av helsetjenestene blitt rettighetsbasert. Både den kommunale helse- og omsorgsloven (HOD, 2011b) og pasientrettighetsloven (HOD, 1999a), har klare regler om ansvar for innbyggernes helse i bred forstand. I følge den kommunale helse- og omsorgsloven påhviler det kommunene et ansvar for å ha tilgjengelige tjenester, samtidig som pasientrettighetsloven gir pasienter rettigheter i møte med helsevesenet. Statlige myndigheter har utarbeidet folkehelseavgivning og satt kriterier for hva som oppfattes som tiltak for å bevare eller forbedre folkehelsen (HOD, 2011a). Og dersom vi beveger oss fra førstelinjetjeneste i kommunene til spesialisthelsetjenesten, er også dette området dekket av eget lovverk relatert til de tjenestene som skal tilbys (HOD, 1999b).

Etter rusreformen i 2004 (HOD, 2004) har også rusmisbrukere blitt å anse som pasienter med rettigheter etter alle helselovene. Tiltak som tilbys skal følge disse lovene gi rusmisbrukere de samme rettigheter til behandling som alle andre grupper av syke.

Hovedfokus for utviklingen av hjelpetiltak for rusmisbrukere har fra 2004 og framover vært legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Tanken har da vært å øke kompetansen innenfor spesialisthelsetjenesten for å kunne gi et kvalitetsmessig godt helse- og behandlingstilbud til gruppen som sliter med rusmisbruk. Fruktene av dette arbeidet har vært målbare i LAR, der man ser at en stor gruppe mennesker får et bedre liv. Selv om det fremdeles mangler langsiktige evalueringer på dette feltet, er det oppløftende at det gir effekter.

Når det gjelder TSB rapporteres det om aktivitet ved antallet innleggelser og utskrivelser, men lite om effekten av behandling (Riksrevisjonen, 2010). Innleggelsene er av varierende lengde. De varer fra dager til år, men representerer likevel en kort periode av et liv.

Nå når samhandlingsreformen er innført for hele helsesektoren, vil neste steg være å innlemme kommunene mer i arbeidet rundt pasienten, både før og etter spesialistbehandling. På samme måte som i somatisk og psykiatrisk sektor, vil da spesialisthelsetjenesten ved TSB få ekstra ansvar for å overføre mer kunnskap til kommunene og bevilgninger vil bli rettet inn mot oppbygging av desentraliserte tjenester i kommunene.

2. Den andre grunnen er at jeg er ansatt i Rennesøy Kommune og ser hvor ressurskrevende rusmisbrukere er for små kommuner. Det er både vilje og evne til å følge rusmisbrukerne opp, men det er ikke ressurser til å gi et tilbud som gjør mer enn å vedlikeholde dagens situasjon. Jeg har også sett hva som skjer når enkeltpersoner søkes inn i behandlingsopplegg, og blir returnert til kommunen med beskjed om at personen er for problematisk til å kunne behandles i spesialisthelsetjenesten.

3. Den tredje grunnen er at jeg ble presentert for et felles nordisk prosjekt via KORFOR i Stavanger. Prosjektet ser på organisering av tjenester for rusmisbrukere i fire byer: Stavanger, Århus, Umeå og Vasa. Alle disse byene er større sentra i områder med omliggende mindre kommuner. Det var derfor interessant å få noe forskning av hva som skjer i randkommunene til bykommunene. Med Rennesøy sin situasjon i tankene, ble min oppgave å se på hvordan plasseringen av hjelpetiltak påvirket rusmisbrukernes bruk av tjenestene. Den beste måten å finne det ut på var å spørre de som bruker tilbudene.

Undersøkelsen setter derfor søkelys på rusmisbrukeres resemønster og forventer at samtaler omkring reiser i området på nord-Jæren skal gi informasjon om hvilke tiltak som brukes. Samtidig forventes det at samtalene gir økt kunnskap om relasjoner omkring informantene og hvordan sammenhengen i den enkeltes situasjon hjelper eller forvansker bruken av hjelpetjenestene.

1.2 Problemstilling

Problemfeltet i oppgaven blir da et forsøk på å se livssituasjon og hjelpetiltak fra rusmisbrukerens synsvinkel. Stortingsmelding 30 har tittelen ”Se meg!” forstått som ” Jeg

betyr noe”. I denne avhandlingen beveger vi oss mer i forhold til om hjelpetilbudene treffer målgruppen, eller om det er forskjeller på hva som er et godt tilbud til denne gruppen og hva det skal inneholde.

Problemstillingen er:

Blir hjelpetilbudene for rusmisbrukere ikke brukt fordi de er for vanskelig tilgjengelige?

Informasjonen som er nødvendig for å belyse hypotesen og senere svarer på forskningsspørsmålene, er samlet inn via to innfallsvinkler.

Første innfallsvinkel er relatert til det offentlige tilbud. Det blir tegnet et grovt bilde av organisering i kommunen og om hvilke ansatte-grupper som er satt til å utføre de aktuelle tjenestene. Specialisthelsetjenestens ansvar og organisering blir å finne i grunnlagsdokumentet for anbudskonkurranse innenfor tverrfaglig spesialisert behandling av rusproblemer.

Den andre innfallsvinkelen handler om brukere av systemet. Noen er aktive rusmisbrukere, og andre er litt av og på når det gjelder rusing. Felles for dem er at hver av dem har en måte å reise på i området, og dette individuelle reisemønstret vil kunne sammenliknes med plasseringen av hjelpetiltak. En antagelse vil da være at en finner at noen av tiltakene er mye brukt og noen mindre brukt. I tillegg vil en sitte igjen med data om hva denne gruppen bruker tiden på, hvem de reiser til, og hva de gjør der de reiser.

Disse forskningsspørsmålene er utviklet med basis i problemstillingen:

- 1. Hvordan påvirker forskjellen på brukeres bevegelsesmønster og plasseringen av hjelpetiltak, tilgjengeligheten til aktuelle hjelpetiltak?*
- 2. Dersom fysisk tilgjengelighet er begrenset, hvilke alternative tilnærminger kan rusmisbrukeren og hjelpearbeideren muligens ha bedre nytte av?*
- 3. Er tilgjengelighet til hjelpetiltak alltid relevant sett fra rusmisbrukerens ståsted?*

I prosjektplanen til oppgaven ble ordet behandlingstiltak brukt i forskningsspørsmålene. Dette har blitt justert fra den opprinnelige planen. I løpet av arbeidet ble det klart at det ikke var behandlingstiltak som var det vesentlige, men en total forståelse av hjelpetiltak i bredeste forstand. Derfor er ”behandlingstiltak” endret til ”hjelpetiltak” i forskningsspørsmål 1. I

tillegg er det føyd på en forskningsspørsmål 3, som blir aktuelt når man tar i betraktning de informantene som ga uttrykk for en mer likegyldig holdning i forhold til bruk og beliggenhet av hjelpetiltak. Dette punktet blir diskutert under punkt 7.2.3.

1.3 Tilknytning til aktuell forskning

Tilgjengelighet har tilsynelatende ikke vært noe stort tema innen forskning. Det er artikler som tar opp problemer med fram møte til forskjellige typer behandling fra England og USA (Astell-Burt, Flowerdew, Boyle, & Dillon, 2012; Schmitt, Phibbs, & Piette, 2003; Whetten et al., 2006), og den norske undersøkelsen ”Ikke møtt” (Hansen & Ramsdal, 2006).

I USA finner man forskning hovedsakelig rettet mot tunge narkoman i byområder. Et eksempel fra denne forskningen viser at det blir målt positive effekter av belønningssystemer basert på penger og systemer der villighet til å følge opplegg gjør at man får beholde metadon (Brooner et al., 2004).

En konklusjon som går igjen er at avstand til det aktuelle hjelpetilbudet er en av de avgjørende forutsetningene for at klienten møter fram.

De senere årene er det kommet flere rapporter i Norge som henviser til rusmisbrukere som en kronikergruppe, og en del av disse tankene er tatt inn i stortingsmelding 30 med undertittel ”Se meg” (Beyer, Enoksen, Lie, & Nesvåg, 2011; HOD, 2011c; Lie, Nesvåg, & Allred, 2006) Et annet trekk ved disse siste norske innspillene er fokus på nærhet til tjenester og desentraliserte tilbud til rusmisbrukere.

1.4 Begrepsavklaring og avgrensing

I forholdet mellom reisevirksomhet og beliggenhet av de forskjellige tilbudene, vil tilbudene bli satt opp mot begrepet ”tilgjengelighet”. I denne sammenhengen blir tilgjengelighet forstått som fysisk tilgjengelighet, det vil si beliggenhet og hvor enkelt det er å komme dit.

Tilgjengelighet blir også tolket som kognitive funksjoner: har jeg noe der å gjøre?; kan de gjøre noe for meg? Begrepet tilgjengelighet blir vurdert opp mot motivasjonsfaktorer som nytteverdi, personlige kontakter og positive sosial elementer.

En stor del av forskningen på tilgjengelighet er basert på forskning omkring rusmisbrukeres første kontakt med hjelpeapparatet. I denne avhandlingen trekkes det mer generelle konklusjoner fra denne forskningen. Konklusjoner som vil gjelde over en lang tidsperiode og en situasjon der rusmisbrukeren har erfaringer i forhold til kontakt med hjelpeapparatet.

Når denne avhandlingen opererer med begrepet ”hjelpetilbud” er det ut fra erkjennelsen av at ”behandling” har fått en betydning som omhandler TSB intervensjoner. Ansatte i tilbud utenfor TSB kjenner seg ikke igjen i ”behandlerrollen”, men er godt kjent med ”hjelperrollen”. Om hjelpetiltak faktisk er behandlende, tas ikke opp på bredt grunnlag i denne avhandlingen, men det reises spørsmål om ikke tiltak som hjelper til en endring til det bedre, også burde ha sin plass i ”behandlingskjeden”.

Omfanget av oppgaven er begrenset til å gjelde fire kommuner rundt Stavanger. Opprinnelig var tanken å ha med informanter som fikk poliklinisk behandling, men poliklinikken klarte ikke å løse de praktiske utfordringene ved rekrutteringen. Oppgaven er derfor begrenset til informanter som blir rekruttert via NAV sine kontor i de fire kommunene.

Når det gjelder diskusjoner og forklaringer av endring, vil begrepet ”commitment” bli brukt. Dette engelske ordet oversettes ikke godt til norsk. Det kan bety ”forplikte seg til”, eller ”satse på”, eller mer moderne ”gi seg til”. Jeg velger derfor å bruke commitment som begrep, og lar det inneholde ” det å velge en atferd og følge den opp i faktisk handling”

Det er brukt litt forskjellige begreper på rusmisbrukerne i denne avhandlingen. Når det er snakk om helsevesenets tjenester kalles de pasienter. Når det er NAV eller kommunal tjenester kalles de brukere eller rusmisbrukere, og når det er gjelder intervju situasjonen kalles de informanter.

1.5 Hensikt og formål

Hensikten med studien er å se etter elementer som forklarer dagens situasjon i forhold til hvordan hjelpetiltak brukes. Dersom denne innsikten viser at problemstillingen er sannsynlig, vil neste trinn være å se om ny kunnskap kan brukes til å forstå brukerne, og se hvorvidt organiseringen av tjenestene kan gjøres på en måte som tjener brukerne bedre.

2 Teoretisk fundament

I denne delen redegjøres det for de forskjellige teoriene fra transportplanlegging, samfunnsplanlegging, oppbyggingen av hjelpeapparatet for rusmiddelmissbrukere, forskning omkring hvordan rusmiddelmissbrukere ser på tilbudene og hvor tilgjengelige tilbudene er. Avhandlingen tar dermed ikke bare for seg helserelaterte emner og dette gjør det nødvendig å vise noe av grunnlaget for planleggingen og lokalisering av offentlige tilbud, samt planlegging av transport, vei og boligområder.

Det betyr at den teoretiske gjennomgangen er delt i tre deler. Med denne oppbyggingen går vi inn i et rammeverk for en sammenligning av forskjellige teoretiske tilnærminger og deres effekt på rusmiddelbrukernes situasjon. Fokus for presentasjonen av de spesifikke områdene er, som ellers i oppgaven hva den teorien kan fortelle om tilgjengelighet i bredest forstand.

Når det handler om reise, kollektivtransport og valg av ruter, vil det bli trukket inn planlegging på lokalt plan. Selv om det blir altfor omfattende å redegjøre for planlegging i noe bredde, blir teoridelen av planleggingsmetodikken viktig, både innen by og samfunnsplanlegging og innen transportplanlegging. Disse områder vil bli beskrevet i 2.1. I avsnitt 2.2, gjennomgås en del av forskningen som foreligger omkring tilgjengelighet og i avsnitt 2.3 redegjøres det for motivasjonens basis og betydning for opplevd tilgjengelighet. Det siste avsnittet 2.4. tar for seg noen av de nyeste signalene som finnes i offentlige dokumenter omkring hjelpetilbud, lokalisering og tilgjengelighet.

2.1 Samfunnsplanlegging

I tillegg til lokalplanet i planlegging er det blitt mer og mer bevissthet omkring regional eller områdeplanlegging. Pierre & Peters (2000) benytter i sin teori begrepet "Governance". Begrepet er ikke direkte oversettbart, men kan lettest forstås som en prosess som brukes til å definere og implementere de kollektive målene. Governance omfatter den brede samarbeidsprosessen mellom ulike aktører i offentlig og privat virksomhet. Mens det tidligere ble brukt begreper som governing, i betydningen styresett, er governance kommet ut av erkjennelsen av at styresmakter i våre dager spiller en begrenset rolle, og at samhandling med andre aktører er helt nødvendig for å oppnå de mål man setter seg. Giersig (2008) mener at hensikten med konseptet *governance* er å forklare og utrede komplekse relasjoner og så sette alt i sammenheng.

Med tanke på den aktuelle debatten om felles samferdselssatsing på nord-Jæren, er det en stor utfordring å koble sammen alle interesser, både private og offentlige, og så få alt inn i store variabler som mengde areal, antall arbeidsplasser og befolkningens boliger fordelt i området. Denne formen for planlegging gjør det vesentlig å samle informasjon som kan brukes i en regional samordnet planlegging. I fortsettelsen vises det noen av de metoder som brukes i dag.

2.1.1 Allmenne velferdstiltak

For å møte de ekstra behovene, i form av for eksempel krav til koordinering, som oppstår i kjølvannet av en felles samferdselssatsing i regionen, har kommunene Stavanger, Sandnes, Sola og Klepp gått sammen om en felles kommuneplanlegging. De fire ordførerne har møttes med hovedfokus på boligplanlegging, næringsområder og transport i regionen (Ueland, 2012). I regional plan for samferdsel blir vanlige argumenter omkring passasjertilfang, boligområder og arbeidsplasser behandlet. Men i tillegg til dette behandles satsing på byområder som skal ha høy konsentrasjon av boliger eller arbeidsplasser (Gundersen, Sørfossmo, & Lien, 2010). Disse høykonsentrasjonsområdene blir planlagt i områder nært til, og langs traséen for en eventuell hovedtransporttrassé i regionen.

Gjennom rundskriv om areal og transportplanlegging er byplanleggerne bedt om å sikre tettere boliger, for blant annet å bedre kommunikasjon og for å lette tilgjengeligheten til tjenester i nærområdet (Miljøverndepartementet, 2008, 2011). Dette skulle i det opprinnelige rundskrivet føre til kortere reisetid, bedre arealutnyttelse og samtidig ta vare på miljøet. I tiden etter har governance begrepet kommet inn og utvidet området for fellesplanlegging og regional tenkning. Det tenkes da mer i form av knutepunkt eller HUBer (Wikipedia, 2009, 2012). De sentrale samlingspunktene for kollektivtrafikk kan da også bli utgangspunkt for ny planlegging av større interkommunale eller statlige bygninger og institusjoner.

Lokalt på Nord-Jæren legger kommunedelplanen opp til bysentra, konsentrert til områdene som ligger i traseen for bybane/samferdselsnett. På den måten oppnås både at nettverksknutepunktene blir mer effektive og at reisende får en grei avstand til hovedsamferdselsåren som planlegges (Gundersen et al., 2010).

Etter de samme retningslinjer, tett boligmasse og kort reisevei, blir også byer over en viss størrelse, som Stavanger og Sandnes, innbyrdes delt inn i soner. I hver sone sikres alle generelle velferdstiltak som skole, barnehager, butikker, et trafikkknutepunkt. Velferdstiltak blir i første rekke lagt til områder der de er nyttige og tilgjengelige for lokalbefolkningen.

Derfor legges helsestasjon, lege og NAV-kontor i områder som er sentrale for den gruppen mennesker de skal betjene. Det samme vil gjelde kommunale tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp og psykisk helsetilbud. På denne måten øker man tilgjengeligheten av tjenester for de som bor i nærområdet og tilpasningen gir mennesker med spesielle behov en lettere hverdag.

Kommunene har også et ansvar for boligplanlegging og det påhviler kommunene et spesielt ansvar for å skaffe bolig til vanskeligstilte. Gjennom helse og omsorgstjenesteloven (HOD, 2011b) er kommunen pålagt å sørge for boliger til de som ikke er i stand til selv å sørge for bolig. Disse boligene blir ofte bygget i serier og har lett for å føre med seg at området der de ligger blir stigmatisert. Lokalt i Stavanger har både Kvernevik, Hundvåg og Gausel slike områder. Fordelen med denne typen planlegging er at det faktisk sikres boliger til utsatte grupper, ulempen er at det lett kan utvikle seg en økt konsentrasjon av problematisk atferd fra beboerne i området der boligene ligger.

Når flere mennesker med felles livssituasjon bor i samme område har det en tendens til å trekke til seg andre med liknende livssituasjon. Etter hvert endrer strøket karakter og færre ”normalt fungerende” blir boende der (Gross, 1972).

I Norge har behandlingsplasser for rusmisbrukere i stor grad vært lokalisert utenfor tettbygde strøk. Veksten i byene har så ført til at boligområder etter hvert har omsluttet tiltakene. Eksempler er Rogaland A-senter og FAB (Frelsesarmeens behandlingssenter).

Gullspennetunet med Gauselskogen behandlingssenter for unge blir slik et unntak. Med byutviklingen har behandlingstilbudene i større grad blitt tilgjengelige via kollektivtransport basert på behov for transport til og fra arbeid for innbyggerne i bydelene.

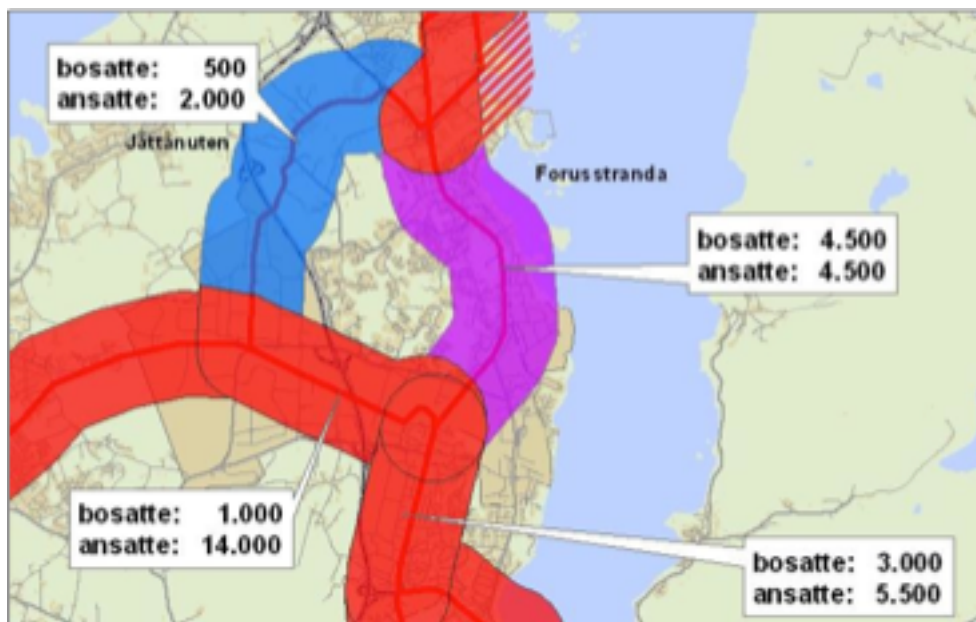
De kommunale tilbudene er i større grad plassert i sentrumsnære lokaler. Her har Randaberg, Sola, Sandes, Stavanger og Rennesøy lagt sine NAV-kontor, kontorene for psykisk helse, legekontor og utdelingsplasser for LAR-pasienter, nært sentrum. I og med at rusmisbruk regnes som et helseproblem etter rusreformen (2004), ville det muligens vært naturlig at denne gruppen også fikk sine tjenester ved helsesentrene, men dette er i liten grad tilfelle. De fleste tilbudene gis på NAV-kontoret eller de er skilt ut som egne tilbud med andre lokaliseringer enn helsesentrene. I henhold til Stian Beyer et al. (2011) er også Nord Jæren, som resten av landet, preget av forskjellige løsninger for gruppen rusmisbrukere (Beyer et al., 2011).

2.1.2 Transportmidler og metoder

Transportplanleggingen i Jær-regionen er etter hvert blitt preget av samarbeidsklimaet som har bestått i regionen over mange år. Det siste skuddet på stammen er felles planlegging og utførelse av ny flybussrute fra sør på Jæren til Sola flyplass. Det som er verdt å merke seg er at dette tilbudet ikke har kunnet realiseres tidligere fordi det er en økonomisk risiko i driften, og fordi det ikke har vært stort nok passasjergrunnlag til at ruten kunne bli opprettet (Munkvik, 2012).

I Stavanger – Sandnes-regionen har det vært under planlegging en bybane som skal dekke behovet for forbindelse mellom boligområdene i Sandnes og Stavanger, og arbeidsplassene i området Hillevåg – Forus – Lura.

Grunnlaget for denne planleggingen, og samme grunnlag brukes i planlegging av bussruter, handler om hvor mange passasjerer som naturlig vil bruke tilbudet og om dette antallet er høyt nok til at tilbudet blir drivverdig. Så langt er bare noen få områder klassifisert som økonomisk drivverdige. Dette gjelder først og fremst områdene fra sentrum av Stavanger via Hillevåg til Gausel, og Sandnes sentrum. De andre områdene vil ha for lav reisetetthet, men blir tatt med fordi de forventes å øke både i antall arbeidsplasser, boliger og faktisk reisende med kollektivtrafikk.



Figur 1 Eksempel på tettheitsberegning omkring transport traseer på nord Jæren

Mønsteret for kollektivtrafikken er at den fungerer som tilbringertjeneste til bysentrum med sentrale knutepunkter mellom forskjellige bussruter og tog. Fra de sentrale hub-ene er det så mulig å reise til arbeidsområder eller boområder.

IRIS (International Research Institute of Stavanger AS) transportundersøkelse (2008) gir et bilde av en region med økende bruk av privatbiler, litt økning i sykkelbruk, omtrent ingen utvikling i tallene for brukere av kollektivtilbud og en reduksjon i bruk av fotturer. Tallene knyttes også opp mot inntekt, og viser at bil som transportmiddel er knyttet til menn med god inntekt, mens kollektivtransport brukes mer av kvinner og personer i lavere inntektsgrupper.

Det blir stadig større krav til effektivitet og tidsbruk i kollektivtrafikken. TØI (Transportøkonomisk Institutt) har i sin rapport 1178/2011 gått gjennom reisevaner og prioriteringer og sett på elementer som: hvor lang tid reise tar, hvor lenge en må vente og hvor langt det er til nærmeste stoppested. Resultatene viser også at de reisende setter stor pris på punktlighet og reisetid. Mest verdsatt blir kortest mulig ventetid mellom forskjellige ruter. Denne undersøkelsen er gjort i Oslo og handler derfor om bruk av både bane, trikk og lokaltog. Det er også gjort en kartlegging av reisevaner til de som ikke bruker kollektivtransport, men i stedet bruker privat bil fordi de skal innom flere steder på veien til jobb for eksempel i forbindelse med barn som skal i barnehage og skole (Engebretsen Ø & Christiansen P, 2011). Det viser seg at dersom det er flere reisebehov i en familie, vil kollektivtransport ha en begrenset verdi. Det blir for tungvint å reise med flere busser eller tog og man må som oftest ty til privat bil for å nå over leveringer og henting i løpet av en vanlig dag.

2.2 Betydningen av tilgjengelighet

I de to foregående kapitlene har man gjennomgått planleggingsteorier. I dette kapitlet går vi nærmere inn på teorier som kan belyse individenes forhold til tilgjengelighet av tilbud.

De vanlige og til nå brukte metodene for kontakt mellom hjelpere og rusmisbrukere er samtaler og møter i institusjon eller et offentlig kontor.

Hva som skjer når klienter har fått en avtale med behandlingstilbud og så skal møte opp, er kjent som en usikker situasjon. Mange behandlere opplever at det er flere klienter som ikke stiller til avtale. Det er ikke gjort mange slike tellinger, men i undersøkelsen Ikke Møtt (2006)

vises det til ca. 30% andel av avtaler der brukeren ikke møter. Undersøkelse er gjort i Østfold og omfatter klienter som har avtale i TSB (Tverrfaglig Spesialisert Behandling (Hansen & Ramsdal, 2006). En forbedring i dette vil helt klart både gi mer effektiv behandling for brukeren og enklere planlegging for behandlere.

Forskning på effekten av lokalisering av tiltak og hvordan brukeren nyttiggjør seg tiltakene, har vært kartlagt ved andre lidelser enn rusavhengighet. Undersøkelsen ble gjort i et forskningsprogram som omhandlet diagnostisering av HCV (Hepatitt C Virus) i Skottland og konkluderte med at pasienter som bodde lenger bort fra spesialistsentre har mindre sannsynlighet for å bli henvist til behandling som kunne hindre at levercirrhose og kreft oppstår (Astell-Burt et al., 2012). Annen forskning konkluderer med at ettervern etter behandling for alkoholmisbruk ble vanskeliggjort av transportbarrierer (Fortney, Booth, Blow, Bunn, & Loveland Cook, 1995).

I en artikkel i AIDS Care skriver R. Whetten et.al. om effekten av tilrettelagt transport for de som bor langt borte fra institusjon (Whetten et al., 2006). Konklusjonen hans er at de ved å tilby gratis tilrettelagt reise til og fra behandling, oppnådde en 74% bruk av tilbudet. Det kunne ikke vises noe signifikant reduksjon i nytteverdien av programmet dersom det var mulig å reise gratis eller få godtgjørelse for privat bilbruk til og fra senteret.

Virkeligheten tilsier at det blir vanskelig å følge opp alle de som har vært i et behandlingstilbud. Kanskje muligheten er større ved hjelp av teknisk utstyr. I sin doktorgradsavhandling har Trond Nergaard Bjerke testet hvordan opplevelsen av nærhet er når det brukes SMS-kontakt etter et opphold i behandling. Prosedyren er enkel. Hver klient får en mobil med kontantkort. De har tillatelse til å sende tekstmeldinger til et bestemt telefonnummer så ofte og så mye de har behov for. I praksis viser det seg at tekstmeldingene blir brukt ganske sjeldent og når de kommer, er det lite problemfokusert innhold (Bjerke, 2010). I telling som ble gjennomført etter utskrivning, viste det seg at responsen fra brukerne handlet om at de følte seg ivaretatt og at noen brydde seg om dem. Den utløsende årsaken til denne opplevelsen var at de hadde muligheten til å sende SMS. De fleste av deltakerne i undersøkelsen brukte ikke SMS i det hele tatt, men hadde likevel opplevelsen av å være tatt vare på.

Selv om Bjerkes fokus handler om SMS spesielt og forholdet til ansikt-til-ansikt samtaler sammenlignet med kontakt via et elektronisk medier, er en del av basis for hans vurderinger interessante sett opp mot lokalisering og kontakt som rusmisbrukere har med sine

hjelpepersoner. Hans avhandling fra 2009 undersøker blant annet om det er nødvendig med ansikt-til-ansikt samtaler, eller om nettbasert behandling og epostintervjuer kan gi samme resultat. I sin diskusjon om AA-grupper på nettet og asynkrone epostintervjuer, reflekterer han over disse intervjuemetodene og eventuelle betydninger de kunne ha for forskning.

Et annet eksempel på dette er fra USA der programvaren Skype brukes til terapeutiske samtaler.

Skype fungerer som en telefon med bilde, og kjøres i en datamaskin koblet til internett. (Goetter, Herbert, & Forman, 2012) I studien ble det brukt videokonferanse ved hjelp av Skype for å bearbeide tvangshandlinger hos klienter. I løpet av behandlingsforløpet ble pasientene intervjuet om selve terapisamtalen. Data fra disse intervjuene ble så sammenliknet med vanlige terapisamtaler ansikt til ansikt omkring det samme temaet. Resultatet var at man ikke fant forskjeller i effekten mellom de to intervensjonsformene.

I USA er det gjennomført en undersøkelse der pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse fikk utdelt en smarttelefon som inneholdt en DBT (Dialectical Behavioral Therapy) app. Appen var programmert basert på teorien fra Dialectical Behavioral Therapy. Ved behov kunne pasienten anvende terapisesjoner i DBT-appen.

Resultatet fra denne undersøkelsen viser at brukeren startet appen gjennomsnittlig 15 ganger i løpet av ti til fjorten dager og at både følelsesintensitet og lysten til å ta stoff ble redusert av de automatiserte terapisesjonene i appen. I tillegg rapporterte deltakerne at de i løpet av forsøksperioden hadde mindre depresjon og generell håpløshetsfølelse (Rizvi, Dimeff, Skutch, Carroll, & Linehan, 2011).

Spørsmålet blir da om mange nok kan nyttiggjøre seg en slik app. Så langt ser det i alle fall ut for at det ikke er noen spesielle personlighetstrekk som favoriserer ”ikke-bruk” av mobil. Men man finner klare forskjeller i hvordan man bruker mobilen på basis av personlighetstrekk. Introverte ser ut til å bruke mest tekstmeldinger mens ekstroverte snakker i telefonen (Butt & Phillips, 2008).

Som oppsummering kan en si at geografisk avstand til hjelpetilbud er et vesentlig hinder i forhold til opplevd tilgjengelighet, og at forsøk viser at gratis transport, bruk av internett og programmer til smarttelefoner kan være med å avhjelpe geografisk avstand.

2.3 Tilgjengelighet og motivasjon

Det blir nødvendig å bruke litt plass i denne framstillingen på motivasjon. Ikke fordi oppgaven skal handle om det spesielt, men fordi motivasjon er en sentral del av det å komme seg til et tilbud og på den måten få del i det som kan være positivt endrende for rusmisbrukeren. Dette blir også et spørsmål om tilgjengelighet.

Ingen er uten motivasjon, spørsmålet er hva man er motivert for. Målet på motivasjon blir da ikke om man er motivert, men hvilke handlinger motivasjonen fører til.

Det er ikke vitenskapelig grunnlag for å fastslå at avhengige har en spesiell avhengighets-skapende personlighetstype. Personer med avhengighet varierer like mye i personlig karakteristikk som resten av befolkningen (Miller & Carroll, 2006).

Med en moraliserende historisk tradisjon på denne gruppen, vil en antagelig kunne finne oppfatninger som sier noe om svakhet og unnfalighet. Andre vil relatere til psykologiske tenkemåter og si at det kan handle om menneskers varierende evne til å takle stress og vanskelige situasjoner, noe som har ledet både psykologer og sosiologer til å utforme teorier omkring dette tema (Lazarus, 2009). Noen ser på dette som skapt av de sosiale rammene og at mennesker former miljøet rundt seg og blir formet av miljøet rundt seg (Vygotsky, 1978).

Albert Bandura (2004) har formulert begrepet self-efficacy, forstått som menneskers evne til å gjennomføre det de har tro på at de mestrer. Self-efficacy har betydning i flere forhold. Bandura viser at høy self-efficacy kan gjøre at oppgaver lettere blir gjennomført og en persons motivasjon henger sammen med hans grad av self-efficacy. Han fant at han gjennom trening kunne hjelpe mennesker til økt mestring (Bandura, 2004).

Til tross for stereotyper om rusmisbrukere, har de både familie og venner. Nettverkene deres er ofte store og meget komplekse. Kompleksiteten kommer mest til syne når det observeres forskjellighet i relasjoner. De har noen som er festebrødre og som oppmuntrer til videre rusing, som sikrer at penger som kan brukes til felles beste faktisk blir brukt opp. Samholdet og fellesskapsfølelsen i gjengen som ruser seg sammen kan kanskje lettest komme til uttrykk dersom man er til stede ved en begravelse der en av ”gutta” skal begraves. Da finner man at en stor del av de personene som kan luktes, ses og høres i begravelsesseremonien, er folk fra rusmiljøet, og personlig erfaring tilsier at de er mange.

Samtidig er det familier som forsøker å ha kontakt og som representerer forhold som skal gi stabilitet, mestring og fellesskap (Miller & Carroll, 2006). Noen familier gir opp og velger å ta avstand til rusmisbrukeren. Uansett hvordan livet er for den rusmisbrukende, så er det en tilknytning mot familien.

Motivasjon er et sentralt begrep i rusbehandling. Miller & Carroll (2006) viser at en stor del av rusmisbrukere får motivasjon til behandling eller til selv å endre sine rusvaner gjennom nær familie, ved at de oppfatter sitt liv som vanskelig eller at de på kognitiv basis resonnerer seg fram til hvordan de kan skape seg en bedre tilværelse. Miller & Carroll beskriver motivasjon som flerdimensjonal.

En del av motivasjonen omhandler personens indre motivasjon, personens egen persepsjon av egen kropp og egen virkelighetsforståelse. De forholdene som det finnes vitenskapelig støtte for er 1. Sug, lyster og fristelser; 2. Balanse i avgjørelser, for og mot; 3. ønske og villighet; 4. Forventninger av de positive effektene av rusing; 5. Lyst og forberedthet på endring; 6. Oppfattet behov eller hvor viktig det er med endring; 7. Anerkjennelse av problemer; 8. Oppfattet evne eller "self-efficacy" til endring; og 9. Stadier i endring (.ibid).

Selv om disse områdene dekker mange av de områder vi kan gjenkjenne hos rusmisbrukere, vil ikke kunnskap om en av variablene kunne si noe om personens totale motivasjon. I stedet kan vi si at det vi forstår som motivasjon er sammensatt av mange løst forbundne subjektive fenomener, og de er i all hovedsak målt via selvrapporing.

Vi vet noe om at motivasjon også kan måles opp imot atferdsendringer. Vi sier at personer som handler på spesielle måter, for eksempel ved å være enige, deltakende og utholdende, er høyt motivert. De bokstavelig talt viser at de "walk the talk".

I tillegg er motivasjon noe vi måler i ettertid, når drikkingen har stoppet, eller når rusingen har avtatt. I praksis betyr det ofte at den motiverte rusmisbrukeren allerede er på vei ut av rusingen, og i liten grad trenger behandling.

Men motivasjon har et formål. Den definerer det som er målet for handlinger og relasjoner. Så det handler ikke om å være uten motivasjon, men heller hva motivasjonen er rettet mot.

Motivasjon måles derfor når det observeres spesifikke handlinger eller situasjoner. En persons handlinger er et uttrykk for hva som er viktig nok til å tro på og som gir vilje til å gjennomføre handlingen, det vil si hans ønsker, self-efficacy, hvor klar han er, og anerkjennelse av problem.

Når det gjelder forhold til andre, vil man se at forskjellige mennesker har stor innflytelse på graden av motivasjon. Dersom pasienter blir tilfeldig plassert hos terapeuter som gjennomfører samme behandlingsprogram, er ofte den sterkeste indikatoren på hvordan deres motivasjon slå ut, hvilken terapeut de har fått tildelt. Det ser ut som at en av vesentligste elementene i denne variasjonen er terapeutens evne og ferdigheter til empati (Miller & Carroll, 2006).

Det virker som om motivasjon som fører til endring i for eksempel rusmønster, blir forsterket av en empatisk, aksepterende terapeut, og at motivasjonen reduseres dersom krav og konfrontasjoner blir for kraftig (.ibid).

Motivasjon handler også om sammenhenger. Samfunnsnormer spiller en viktig rolle. De avgjør for eksempel i hvor stor grad en blir godtatt i samfunnet, hva som er akseptert atferd. Ganske enkle praktiske hindringer kan være avgjørende for motivasjon. Et av de klareste eksempler er at avstanden fra bolig til behandler er en av de sterkeste indikatorene på om klienten kommer til å møte til avtale (Astell-Burt et al., 2012; Miller & Carroll, 2006).

I og med at terapeutens empatiske evner er så avgjørende for rusmisbrukerens endring, kan det refereres fra en undersøkelse der man fant at det å avtale ny time mens klienten var på kontoret og så ta en telefonsamtale for å påminne om avtalen, førte til at sannsynligheten for at klienten kom til neste time, ble fordoblet (Miller & Carroll, 2006).

Commitment som en base for motivasjon er ofte virksomt i form av planer som blir forpliktende for brukeren gjennom forhandlinger med en viktig person, og som blir til ved en balanse mellom kravsnivå og graden av endring. Dersom disse variablene ligger innenfor brukers rekkevidde, kan grunnlaget for endring være godt (.ibid). Vilje til endring skjer ofte når personen oppfatter en markert forskjell på dagens situasjon og forholdene slik de skulle være etter personens mål og verdier.

2.4 Nyeste signaler i Norge omkring rusmisbrukeres situasjon

De siste årene har det vært arbeidet mye omkring behandling av rusmisbrukere og deres situasjon i behandling og etter endt spesialisert behandling. Erkjennelsen av at det ikke er nok å tenke behandling i kortere eller noe lenger periode for så å tilbakeføre til samfunnet, er økende men ser ennå ikke til å ha gjennomslag i bevilgningsaker. Virkeligheten omkring

egen bolig, sosiale nettverk og utfordringer både i nærmiljøet og arbeidssituasjon, krever nye tiltak og ny forståelse for hva som må gjøres.

Stortingsmelding 30 (2011-2012) har som sitt hovedtrekk at den i tillegg til å se de som trenger behandling i større og mindre grad, gjennomgår de fleste kjente kilder til bedring av situasjonen. Tiltakene som nevnes på generelt plan handler om kommunenes kontroll med omsetning og skjenketider. Det handler om informasjonskampanjer og holdningskampanjer og det handler om statens kontroll gjennom vinmonopolet og prismetanismer.

Stortingsmeldingen ”Se meg”, handler rusmisbrukere og oppfordrer til å se de som vanligvis ikke blir sett. Stortingsmeldingen foreslår tiltak som kan bedre rusmisbrukernes situasjon. I framstillingen i stortingsmelding 30 brukes det mye plass på behandlingsapparatet forstått som hjelpetiltakene for rusmisbrukeren gjennom hele hans karriere eller også gjennom hele hans liv, dersom det er nødvendig.

Ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er det antagelig best og billigst dersom man treffer den intensiteten i behandling og det nivået på behandling som tjener den enkelte best. En slik form for tilpasset behandling beskrives av både McKay og Miller/Carroll i deres bøker om nyere tenkning angående behandling av rusproblemer.

På slutten av 1970 årene var det ekstremt viktig å sikre best mulig tilpasset behandling gjennom LEON prinsippet (Lavest Effektive Omsorgsnivå). Etter hvert som årene har gått har spesialiseringen økt også innen behandling av rusmisbrukere og resultatet har vært at kommunene har sett seg nødt til å bruke Høyest Effektive Nivå, for å få noe hjelp til sine rusmisbrukere.

Utgiftene til behandling for rusmisbrukere har vært store i mange kommuner. Når da behandlingsinstitusjoner ble fylkeskommunale og dermed gratis for kommunene, og omsorgsinstitusjoner fortsatt ble finansiert over kommunebudsjettene, ble det naturlig at kommunene prioriterte bruk av behandlingsplasser. Det kan se ut som om denne praksisen har ført til minst to uønskede effekter.

Den første er at den del av de små institusjonene som sørget for arbeid, omsorg og i alle fall en periode med rusfrihet, ikke lenger hadde levelige økonomiske vilkår. I kjølvannet av den endrede klassifiseringen av institusjoner og finansieringsordningene rundt dette, ble flere av

de private tilbudene i kommunene nedlagt. Dermed ble det en utarming av tilbudet til rusmisbrukere.

Den andre effekten var at det samtidig ble sendt et sterkt signal om at det som ble gjort i kommunal sektor var av en lavere kvalitet enn det som skjedde i fylkeskommunal behandling. Denne effekten ser ut til å sitte ennå og fører til at kommunene ikke setter ord på sine egne tiltak som behandling eller endringsarbeid, men bruker ord som botilbud eller samtaletilbud eller andre ufarlige ikke-forpliktende ord.

Stortingsmelding 30 peker i kapittel 9 på at hensikten med de økonomiske tilskuddene er at de skal :

Understøtte målene om økt forebygging, gode pasientforløp, arbeidsfordeling og løsninger på beste effektive omsorgsnivå (HOD, 2011c, s.133)

Bevissthet om dette og en overføring av midler etter samhandlingsreformens mønster, betyr at kommunene i en helt annen grad må arbeide for å skape og sette i verk tiltak som retter seg mot rusproblemer og at spesialisthelsetjenesten på en helt annen måte må være mobil og dele av sin informasjon og kunnskap for å dyktiggjøre kommunene i den nye situasjonen.

Etter stortingsmelding 30 skal også rusmisbrukeren forstås utover det perspektivet at de er pasienter. Pasientbegrepet blir for snevert.

Både helsefaglige, samfunnsfaglige og sosialfaglige bidrag og perspektiver er viktige og nødvendige for å forebygge, redusere skade og behandle rusproblemene (HOD, 2011c, s. 14).

Signalene fra stortingsmeldingen om at det skal skapes et så fleksibelt og tilpasningsdyktig hjelpeapparat som mulig, er allerede oppfatte av helseforetaket i vest. Likevel ser en etter at ett år ut i avtaleperioden er det fremdeles ikke skjedd noen vesentlige endringer av den utadrettede virksomhet fra TSB institusjonene i regionen. Utfordringene som skisseres i meldingen tar for seg dette feltet. Stortingsmeldingen viser til rapporter om dårlig samhandling og problemer med å lage sammenhengende behandlingsforløp. Videre sies det at:

Behovet for å innrette tjenester og hjelpetiltak slik at den enkelte møter et sammenhengende, helhetlig tilgjengelig til hjelpetilbud, er påpekt i flere dokumenter og rapporter, bland annet av Stoltenberg utvalget. (HOD, 2011c, s. 22)

Riksrevisjonen påpeker i sin rapport at i tillegg til at man finner lite bruk av evidensbasert behandling i TSB, så er det store problemer omkring utskrivning av pasienter og det er lite bruk av individuell plan. Dette skaper problemer med å sikre oppfølging og behandling når det gjelder langsiktige og varierte livsproblemer. Også regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR) har i sin evaluering av rusreformen påpekt at samarbeidet mellom de forskjellige tjenestenivåene ikke fungerer godt nok (Beyer et al., 2011). Med en økende erkjennelse at rusmisbrukerne er like varierte og forskjellige som normalbefolkningen, vokser det fram en erkjennelse av at behandlingstilbudet må henvende seg til den enkelte og den enkeltes spesielle situasjon for å kunne gi en effektiv og langtidsvirkende livsendring for rusmiddelmissbrukeren.

For å oppnå dette må man lære seg å utvikle samarbeidet med fokus på brukeren og ikke på de praktiske eller fagmiljøbaserte grunnene som synes å ha vært brukt til nå. Det kan for eksempel være en annen form for lokalisering enn den som brukes i dag. De lokalmedisinske sentrene som er bygget opp omkring helsetjenester, vil i mye større grad enn nå kunne brukes også til å ta imot rusmisbrukere som trenger behandling. Med fokuseringen på lokalmiljøet, lokal organisering og individets behov, ville integrering av rusbehandling i helsesenter være en helt naturlig tanke. Prevalensen av medisinske sykdommer er høy blant rusmisbrukere. Til tross for dette er ikke hjelpetiltak for gruppen ”avhengige” samlokalisert med andre medisinske tjenester (Weisner C, 2001).

3 Metode

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for det metodiske perspektivet jeg har valgt, min egen rolle og forforståelse, rekruttering, utvalg og hvordan studien er gjennomført.

Formålet med oppgaven er å se på hvordan rusmisbrukeres måte å reise på, deres veivalg og reisemål, samsvarer med plasseringen av hjelpetiltak. I tillegg er det interessant å få vite noe om hva som ligger bak informantenes valg når de velger hvor de beveger seg.

Jeg valgte det kvalitative forskningsintervjuet som metode, fordi jeg ønsket å høre direkte fra rusmisbrukere hvordan de opplevde og vurderte sin egen situasjon. Metoden ble altså brukt i et fenomenologisk perspektiv, da hensikten med intervjuet var å forstå informantenes livsverden og tolke denne. Videre er det utført analyser og funn fra undersøkelsen som er tolket, hvilket er sentralt i en hermeneutisk forståelse. Forskerens forforståelse er også sentral og må klarlegges. I kvalitativ metode analyseres datamaterialet for å forstå eller beskrive informantenes mening og opplevelse. Kvalitativ metode er bygget på et subjekt – subjekt forhold mellom informant og forsker der begge er påvirket av forskningsprosessen (Thagaard, 2002).

Med utgangspunkt i problemstillingen og mine forskningsspørsmål, endte jeg opp med to sett informasjon som ble nødvendige for å belyse temaet. Det ene handlet om offentlig planlegging av busser og boliger, om kommunenes organisering av tjenester, og spesialisthelsetjenestene innenfor TSB og LAR. Dette har jeg redegjort for i de foregående avsnittene.

Den andre er den empirisk datasamling fra de individene som ble informantgruppen og som var interessant å undersøke i den gitte konteksten.

Oppgaven setter fokus på reisemønster, og det naturlige ble da å spørre representanter fra gruppen om deres syn på og opplevelse av sin egen reisevirksomhet. Forskeren erfarer tilsier at menneskene i rusmiljøet er meget bevegelige og at de i hovedsak tar taxi. Disse holdningene har formet seg gjennom den kontakten som har vært med rusmisbrukere gjennom yrkesaktivitet. Informanten hadde sin egen oppfatning av det samme fenomenet som forskeren satt med en oppfatning av, og det viktige var å få fram informantens synspunkter, opplevelser og refleksjoner. Intervju ble derfor et naturlig valg

3.1 Intervju

Intervju som metode er spennende og utfordrende. Spennende fordi man settes overfor et annet menneske og får del i det som oppleves og erfares hos en annen. Intensjonen med prosessen er at man skal få innsikt i en annen persons erfaringer, og i etterkant kunne sette ord på fenomenologien denne personen bærer på. Videre skal informasjonen fra intervjuet tas inn i en analytisk prosess der man både tilnærmer seg dataene med en hermeneutisk fortolkning i et forsøk på å lese en underliggende mening og der det også skal være rom for dobbel hermeneutikk (Thagaard, 2010).

Som del av den postmoderne tradisjon vil også forskeren være en del av hele informasjonsinnsamlingen og dermed være med å forme de svarene som kommer ut. For forskeren blir det viktig å være klar over sine egne tanker, holdninger og motiver, slik at hensynet til egen forforståelse tas med i tolkningen av dataene fra intervjuene (Malterud, 2002).

Målsettingen med intervjuet var å skape en så hverdagslig situasjon som mulig. Dersom en slik situasjon kunne skapes, var forventningen at informanten fortalte om det som rørte seg i deres verden, uansett hva de da måtte finne på å snakke om. Intervjuers oppgave var da å lede samtalen i retning av temaene i intervjuguiden og så i ettertid hente ut elementer av samtalen som fortalte noe om aktuelle problemstillinger.

På det personlige plan er det å få adgang til denne typen informasjon en unik opplevelse også for intervjueren. Man går fra å være en fremmed til å være en som blir tatt med inn i en persons indre verden i løpet av noen få øyeblikk. Dette er utfordrende nettopp fordi det er et annet menneske og fordi dette mennesket har sin helt unike basis og livssituasjon. Det er også en utfordring å ikke sette informanten inn i en, for intervjueren, kjent ramme og ikke begrense informanten til intervjuerens egne forventninger.

I denne undersøkelsen foregikk intervjuene som semistrukturerte intervjuer. Det var laget en liste over tema og gjennom samtalen sørget forskeren for at de forskjellige temaene ble berørt. Dermed kunne intervjuer være åpen for innspill fra informant og for tema som ikke intervjuer tidligere hadde tenkt på (Thagaard, 2010).

Thagaard (.ibid) legger vekt på at det er viktig å sette seg grundig inn i informantens situasjon, og bruke dette som grunnlag for utforming av spørsmål. Spørsmålstillingene bør

være åpne og gi mulighet for utdypning. For eksempel : Hvordan opplever ..., Hva tenker du om...

Det vil være en rimelig antagelse å si at en del av de menneskene som befinner seg i ruslandskapet har problemer som gir dem begrensninger. Likevel er det helt nødvendig å ta informantene i et intervju på alvor og våge å la deres måte å snakke på, argumentere på eller begrunne, få lov til å utfolde seg. Intervjuers oppgave blir å sortere relevante fra ikke-relevante data i ettertid, men i selve intervjusituasjonen må man bare være til stede.

Det første møtet er ofte betydningsfullt. Da formes en oppfatning av den andre personen og der legges grunnlag for tillit. I denne settingen blir det ekstra avgjørende, fordi informanten er en person som har levd store deler av sitt liv fordekt på flere områder. Det kan være forhold som handler om rus, og det kan være kriminelle forhold.

3.2 Egen rolle og forforståelse

Forforståelse kan betraktes som nødvendighet for å forstå verden. Mistolkninger oppstår når vi forstår for raskt fordi vi gjennom vår forforståelse tar noe for gitt. Ettersom min bakgrunn er at jeg har jobbet i rusfeltet i mange år, vil min erfaring prege min forforståelse og dermed prege forskningsprosessen. Dersom en beskriver forforståelse som en ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, vil innholdet i denne sekken påvirke måten vi samler og leser våre data (Malterud, 2002).

I denne situasjonen var det viktig å legge opp til en eksplorativ design. I tillegg ble det viktig å ta rusmisbrukerne som ville stille opp til intervju på alvor. Intervjuene ble derfor avtalt og utført samme dag. Dette for å unngå at det ble brudd på avtalene. De fleste intervjuene ble gjennomført innen en time etter at avtalen var gjort pr. telefon.

I intervjusituasjonen ble det lagt vekt på at intervjuer satt på en fysisk lavere stol enn informanten, slik at informanten snakket ned til intervjueren.

For å gi informantene frihet til å snakke om det som angikk dem, ble intervjuguiden satt sammen av tema. Hvert tema søker å få ut informasjon som går inn i problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Tema en: Hvordan man vanligvis reiser i regionen: sitater her viser hvordan reise eller forflytning i området skjer. Målet er å få kartlagt hvilket transportmiddel som brukes og i

hvor stor grad de forskjellige alternativene brukes. Eks. er buss, taxi, privatbil, andre hjelpeinstansers biler, sykkel, moped, motorsykkel eller egne ben.

Tema to: Noen spesifikke geografiske områder som brukes mer enn andre: Sitater som sier noe om hvor målet for reisen er lokalisert. Målet kan da være en institusjon, et kontor, en møteplass eller lignende.

Tema tre: Hvilke aktiviteter som knyttes til de forskjellige områdene: Sitater som tar opp hensikten med reisen. Hvem er det man besøker eller møter og hvilken tilknytning det er mellom informant og den man møter. Det vil også inneholde aktiviteter knyttet til dette spesielle stedet.

Tema fire: Hvilke kommunikasjonsmetoder som brukes: Sitater som tar opp bruken av andre kommunikasjonsmidler. Kommunikasjonsmidlene vil da omfatte telefonisk kontakt, SMS-kontakt, internett og sosiale medier. Videre tas det med hvem som er mål for kontakten, frekvens og hensikt med slik kontakt.

Tema fem: Hvordan oppleves kontakten med hjelpetiltaket: Sitater om erfaringer med hjelpeapparatet. Hvilke instanser og eventuelle personer har vært positive/negative elementer i kontakten.

Tema seks: Hvordan beskrives hindringer eller vanskeligheter med kontakten med hjelpetiltaket: Sitater om situasjoner som har vært problematiske eller ikke har oppfylt forventninger.

3.3 Tolkningsmetodikk

Jeg brukte en temasentrert analytisk stil ved hjelp av dataprogram. Ettersom intervjuene ble utført etter en intervjuguide som var organisert via tema, ble de transkriberte intervjuene lagt inn i dataprogrammet NVivo 10 for videre analyse.

I NVivo ble det organisert noder (grupper) som inneholdt tekst fra de forskjellige temaene i intervjuguiden. Nodene ble så delt i underkategorier (sub-noder) etter samme mønster som man ville finne i en matriseinndeling av tema og meningsbærende enheter (Malterud, 2002). På et nivå i analysen vil sammenhengene bli tatt ut av programmet og videreført i drøfting. Data fra intervjuene blir sammenliknet med gjeldende praksis, litteratur og politiske signaler, og der det blir forsøkt trukket konklusjoner som kan være i overensstemmelse med det forskeren oppfatter som informantens ønske eller mening.

For å gjøre noe av intervjusituasjonen mer billedlig, begynner gjennomgangen av intervjudata med en fortelling som beskriver mer av omgivelser, inventar og oppførsel ved hjelp av en narrativ stil. Fortellingen er et sammendrag av de vanligste svarene i intervjuene, og inneholder elementer fra flere intervju. Et gjennomgående utsagn blir da referert som det som vanligvis skjer, og svar som skiller seg ut vil bli referert som unntaksvis valg i fortellingen. Det vil ikke bli gjort noen analyser i denne delen, bare gitt et bilde av person og omgivelser gjennom fortelling.

3.4 Utvalg

Utvalget er gjort som et strategisk utvalg. Det var ønskelig å finne informanter som er i aktiv rus eller som klassifiseres av offentlig myndighet som rusmisbrukere. I tillegg er det viktig at utvalget utgjør personer som er typiske for variasjonsbredden i populasjonen.

Variasjonsbredden vil i dette tilfellet er at informantene sprer seg i alder fra 34 til 62 år, med flest rundt 40 år. Når det gjelder rusbruk er det både de som er av rusen, de som er jevnt ruset, og midtsjiktet som ruser seg innimellom. Informantene har ulik behandlingserfaring: noen har hatt lite kontakt med hjelpeapparatet, mens andre har vært i behandling i flere år. Og midt i denne gruppen er de som har gått til noen behandlingstimer, men ikke kontinuerlig og ikke over særlig lang tid.

Gruppen har alle en kontakt og en type tjeneste via NAV. Dette skulle bety at utvalget har som felleskriterier 1.: tiltak via NAV.

Et utvalg av denne gruppen vil være en utfordring av flere grunner. Først fordi det er vanskelig å få dem i tale, de har mer eller mindre regelmessig kontakt med et offentlig kontor, og forskeren må ivareta en etisk forsvarlig utvelgelse av informanter. Man ønsket derfor at fastleger og NAV skulle rekruttere informanter. Dette ville innebære at legen eller NAV-kontoret tenkte ut hvem de kunne spørre. Så måtte de presentere en orientering for brukeren, og sørge for at en samtykkeerklæring ble signert (se vedlegg 12.2).

Proseduren var lagt opp så enkelt som mulig, med tanke på at det ville oppfattes som ekstraarbeid for dem som skulle rekruttere.

Det ble tidlig klart at det ikke var mulig å bruke fastleger, og dermed falt valget på NAV-kontor. I løpet av våren 2012 ble NAV-kontor i alle gjeldende kommuner kontaktet.

Kontoret fikk presentert et sett utvalgs-kriterier: kjent rusbruk, ikke i arbeid/sysselsatt på annen måte, ikke i poliklinisk behandling. Etter hvert som kontorene begynte å rekruttere på

utvalget, ble det lagt til at utdeling av LAR-medisin ikke ble å oppfatte som poliklinisk kontakt.

Forespørsel om deltakelse ble sent til Randaberg, Sola, Rennesøy og Sandnes.

Noen av kontorene svarte positivt på henvendelse, men først etter at vanlig brev adressert til lederen for NAV-kontoret var fulgt opp av epost og flere epostpurringer. Andre kontorer reagerte ikke i det hele tatt. Da ble det hentet ut direkte nummer til lederne som det ikke hadde vært noen reaksjon fra, og disse ble kontaktet på telefon direkte. I juni 2012 var det gjennomført ett intervju.

Forskeren måtte da angripe saken fra en annen vinkel. I løpet av tiden fra 11. til 21.06.12 ble det gjennomført 7 intervjuer. De kom i stand ved at forskeren møtte opp på kontoret som hadde fått forespørselen og satt der til det kom en brukere som kunne spørres. Dermed kunne de ansatte i kontoret finne fram aktuelle kandidater for den dagen og spørre dem mens forskeren var på kontoret. Selve intervjuet ble da gjort omgående i de nærmeste ledige lokalene. For tre av brukerne var dette henholdsvis sosiale tjenester for en og botilbud for to andre.

De fire siste ble kontaktet pr. telefon etter at kontoret hadde funnet fram til kandidaten og spurt om tillatelse til at forskeren kunne ringe og avtale tid for intervju. For å sikre at intervjuene kunne gjennomføres ble avtalene om møte lagt så tett opp til telefonsamtalen som mulig. For tre av de fire var dette innen en time, for den siste ble intervjuet gjennomført tre timer etter telefonsamtale.

I denne oppgavens prosjektplan var det også planlagt at tre rusmisbrukere skulle rekrutteres fra Rogaland A-senters poliklinikk. Dette fordi det ville være interessant å sammenlikne personer som bor i kommunene og ikke har spesielle tiltak og de som har behandlingstilbud i poliklinikk og også bor ute i kommunene.

Denne delen av utvalget ble skrinlagt etter avslag på forespørselen om hjelp til å finne informanter fra Rogaland A-senter. Prosjektet ble dermed noe avkortet og analyser og konklusjoner blir bygget på det materialet som er innsamlet.

3.5 Begrensninger

Etnometodologiske forhold setter forskeren i en veldig annerledes stilling enn informanten.

Det vil derfor alltid være en mulighet for at de har svart slik informanten tror ønsket svar skal

være. I intervjusettingen står intervjuerne og informanten i utgangspunktet veldig forskjellige nivåmessig. Forskeren er en person som er godt voksen, som har klart sitt liv på en god måte, og som i tillegg har hatt lederposisjoner i rusbehandling. Informanten vil da lett kunne oppleve seg selv som mindre verdig eller som en som er i et slags forhør. Det ble derfor veldig viktig å sørge for at det ikke var noen observerbar nivåforskjell mellom intervjuer og informant.

Det kan også være viktig å være oppmerksom på forskjellig språkbruk og forskjellig meningsinnhold. Noen av ordene som høres greie ut for forskeren, kan bety andre ting for informanten. Eks. er ”reiser” Dette ordet kan bety reiser langt bort og handle om ferie eller flyturer, eller det kan bety å reise til byen, eller til sentrum. I samtalen blir det viktig å avklare meningen bak ordene som brukes, og være obs på at de kan misforstås eller tolkes annerledes. I og med at utvalget er kommet til gjennom NAV-kontor, er det en fare for at utvalget blir for snevert sett opp mot den totale mengden av rusmisbrukere. Men samtidig er det vist gjennom tallene fra Brukerplan at det er en stor del av rusmisbrukergruppen som har samme kriterier som det utvalget som er brukt i denne oppgaven.

3.6 Gyldighet

Gruppen i utvalget har til tross for veldig forskjellig alder og karriere i rus, gitt bemerkelsesverdig like informasjon på de områdene som det fokuseres på her. Det er nesten som om det bare er én historie. Dette gjenspeiler seg også i presentasjonen av empiri senere i oppgaven.

Tall fra Brukerplan (KORFOR, 2011) viser at av 4408 brukere som ble kartlagt i 2011, var det 38% som ikke hadde noen form for spesialisthelsetjeneste i rus/psykiatri, men som hadde NAV-tjenester. Utvalget er hentet fra denne populasjonen. Dette skulle sikre at utvalgets resultater til en viss grad er generaliserbare for brukere uten tilbud fra spesialisthelsetjenesten, selv med så lite utvalg som åtte personer.

3.7 Troverdighet

Samtalene som ble ført var uten noen form for gevinst for informanten. Selv om oppmerksomheten kan regnes som en gevinst, hevder Jones (1992) at den såkalte Hawthorneffekten ikke er påvisbar. I denne studien ser en ikke at den ekstra oppmerksomheten påvirker informantene i noen spesifikk retning.

Informantene fikk klare forsikringer om at det ikke var interessant å finne ulovlige eller problematiske ting i deres liv. Forskeren oppfattet at informantene slo seg til ro med dette og at temaene som ble berørt var ufarlige nok til at utsagnene var reelle.

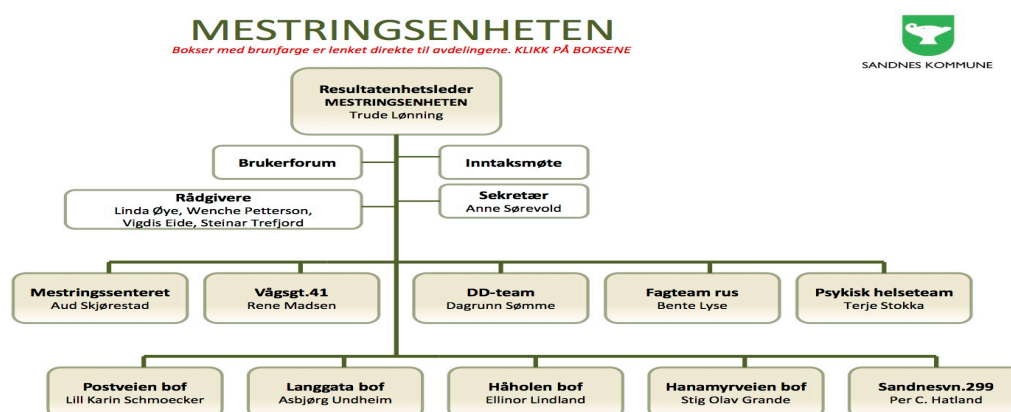
Den store graden av sammenfall i datamengden fra intervjuene, tolkes til at informasjonen er troverdig.

4 Skjematisk gjennomgang av hjelpeapparatets oppbygging i de forskjellige randkommunene til Stavanger

Det er gjennomgående at kommunene ikke har mye materiell til utdeling som omhandler hva de enkelte delene av kommunens virksomhet gjør og står for. Brukerne vil i stor utstrekning få informasjon de trenger gjennom møte med for eksempel NAV-kontoret, men samtidig oppfatter forskeren at manglende skriftlig informasjon blir et hinder fordi det blir vanskelig å få oversikt på tjenester, lokaliseringer og ressursbruk. For å bøte på dette ble det startet en serie med intervjuer blant ansatte i kommunene. Det ble forsøkt funnet personer som hadde kunnskap om kommunens virke og samtidig kunne være kontaktpersoner og hjelpe til å finne informanter blant brukerne av kommunens tjenester. Resultatene av samtaler, nettsider og skriftlig materiale er satt opp i kortversjon nedenfor.

4.1 Sandnes

Sandnes har delt sitt opplegg i en statlig og en kommunal del av NAV. Den kommunale delen kalles Mestringsenheten og omfatter samarbeid og overganger fra barnevernet, LAR-tildeling, fagteam rus og psykisk helseteam.



17.07.2012

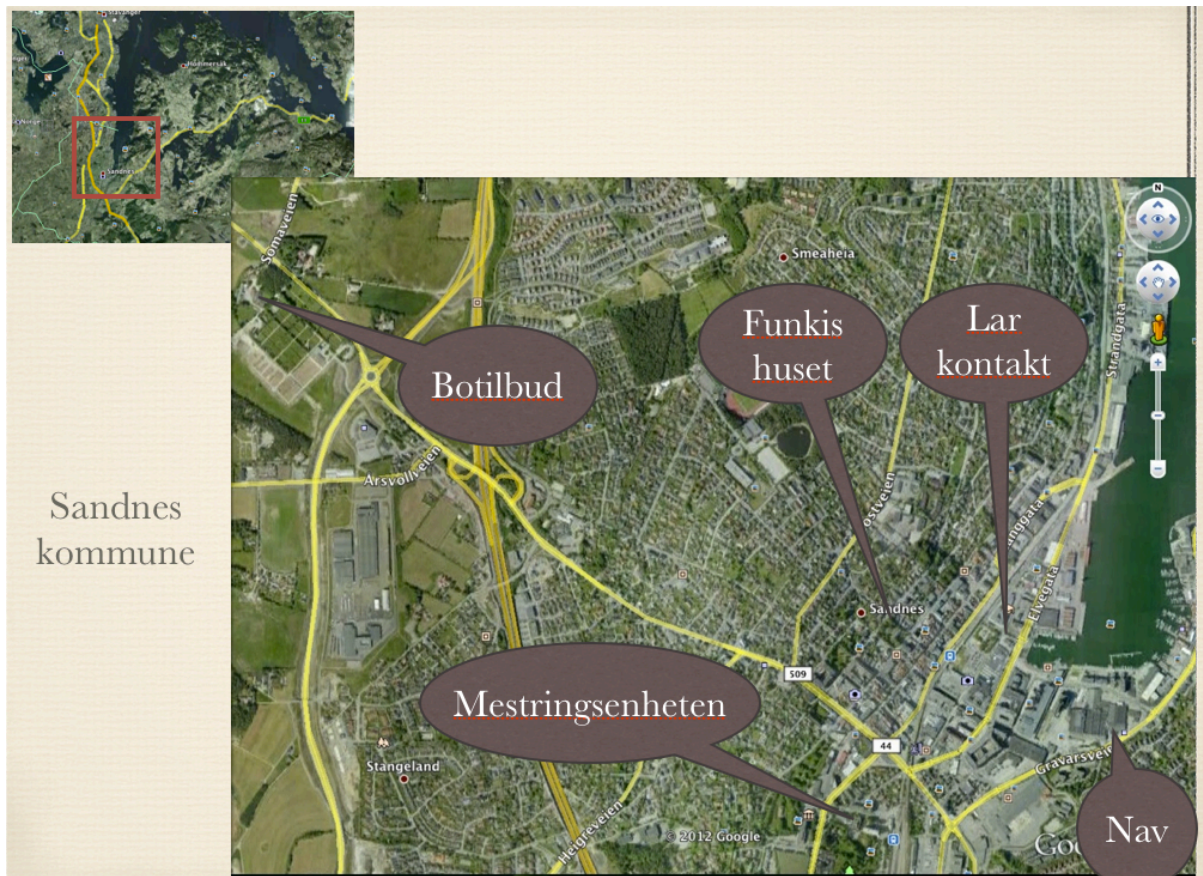
Figur 2 Hentet fra Sandnes kommunes hjemmeside. 05.09.12

For mitt formål ble Vågsgt. 41, som er Sandnes kommunes LAR-kontakt og Sandnesveien 299, som er boligtilbud, de viktigste kontaktene. I Vågsgt. 41 møtte rusmisbrukere opp

og hadde kontakt med helsepersonell og sosialarbeidere. Her har også Sandnes lagt sin lokale LAR-kontakt og administrasjon av medikamenter foreskrevet via LAR.

Sandnesveien 299 har boliger på kort og lang sikt for rusmisbrukere.

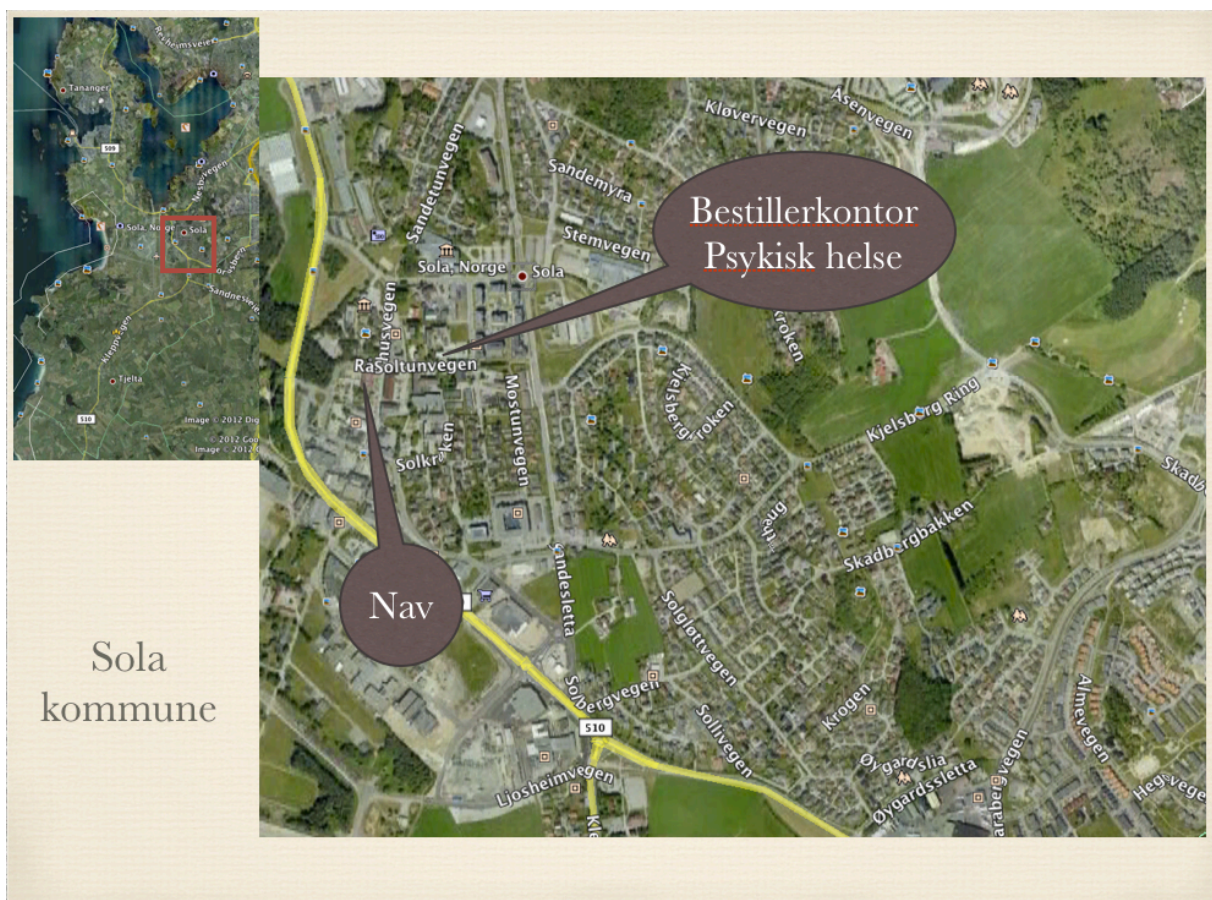
Sandnes har i tillegg til de få som er nevnt her, flere botilbud og et mestringssenter som har spesialisert seg i å ta seg av barn i overgangen mellom barnevern og voksenliv.



Figur 3 Sandes kommune sine hjelpetiltak

4.2 Sola

Sola har en felles lokalisering av sine NAV-tjenester og deler mellom NAV kommune og stat, med egne saksbehandlere for sosiale saker i kommunedelen. Også her er det nær kontakt mellom NAV og den kommunale tjenesten for psykisk helse. Sola utmerket seg med et veldig aktivt SLT-arbeid mot unge i faresonen. De hadde etablert et nært samarbeid mellom politi og skole, og fulgte opp 80 til 100 ungdommer som hadde vært i kontakt med politi eller fått reaksjoner fra politiet på rusmiddelbruk. En stor del av dette arbeidet handlet om kontakt med ungdommene gjennom SMS og samtaler på sosiale medier.



Figur 4 Sola kommunes tilbud

4.3 Rennesøy

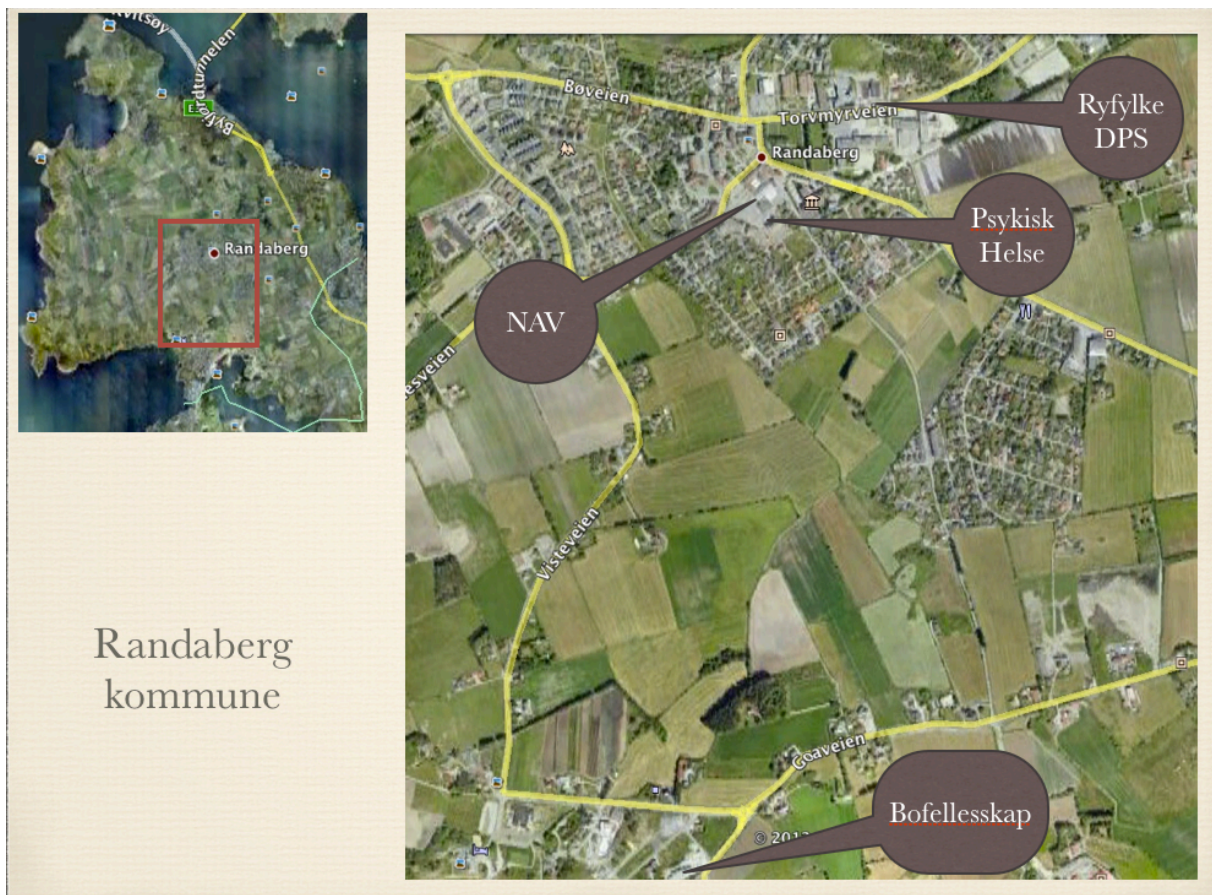
I Rennesøy er hoveddelen av kontakten med rusmisbrukere organisert under boligsosiale tiltak med utgangspunkt i NAV-kontoret. Legesenteret i kommunesentret Vikevåg administrerer medisinnutdeling.



Figur 5 Rennesøy kommunes tilbud

4.4 Randaberg

Randaberg har en organisering der NAV-kontoret har saksbehandlingen i forhold rusproblematikk, mens psykisk helse tar seg av oppfølging av enkeltpersonene.



Figur 6 Randaberg kommunes tiltak

4.5 Helse Vest

I Rogaland er den største delen av spesialisert rusbehandling utviklet og driftet av ideelle organisasjoner. Denne praksis har bestått siden før rusreformen, og Helse Vest har valgt å kjøpe disse tjenestene av de allerede eksisterende aktørene gjennom en anbudskonkurranse. Helse Vest har i sitt anbudsgrunnlag for kjøp av tjenester fra private leverandører innen rusbehandling flere punkter som behandler forholdet til behandlingsarbeid og samarbeid. Konkurransgrunnlaget spesifiserer støtte til og samarbeid med NAV/sosialtjeneste, fastlege, barnevern, kriminalomsorg m.fl. Videre settes det spesielt søkelys på forpliktelsen til å sikre et sammenhengende behandlingsforløp. Helse Vest har spesielt krevd ambulante/utadrettede tjenester der hensikt skal være at pasienter skal kunne få akutthjelp i hjemmet og poliklinisk behandling nær hjemmet.

De vanlige tjenestene som døgnplasser, langtidsplasser og stabiliserings- og avrusingsplasser, forventes å være samlokalisert.

Anbudsgrunnlaget er laget i tråd med Stortingsmelding 30, og tar hensyn til alle forhold omkring behandlings tenkning og forhold til samarbeidende instanser. Det er likevel slik at leverandørene i Sør-Rogaland ikke innfrir kravene. Det er i så måte interessant, at mens tilgjengelighet har vært et så sentralt krav til tjenester i anbudsdokumentene, så er dette ikke lagt inn som del av selve kontrakten. Kontrakts innholdet baserer seg på et visst antall behandlingsdøgn, en viss mengde polikliniske konsultasjoner og en svært liten andel av aktivitet utenfor institusjon. Det blir derfor helt åpenbart at det å få færre og større leverandører med sentraliserte funksjoner, har vært det avgjørende kriteriet. Man har dermed endt opp med et tjenestetilbud som åpenbart er mindre fysisk tilgjengelig. De svært små kravene til ambulante tjenester synes ikke på noen måte å kunne dekke opp for dette.

Helse Vest har i 2008 dekket 80,5% av de totalt tilgjengelige døgnplasser gjennom kjøp av avtaleplasser fra private institusjoner (Iversen, Lauritzen, Skretting, & Skutle, 2008).

4.6 Hvorfor institusjon og sentralisering

I denne sammenhengen trekkes Helse Vest sitt anbudsgrunnlag fram for å skape grunnlag for en refleksjon.



Figur 7 Behandlingstilbudene under Helse Vest

Dersom det er slik at man gjennom politiske signaler og gjennom anbudsgrunnlag spør etter det samme; et tettere samarbeid mellom forskjellige instanser i hjelpeapparatet og mer satsing på ambulante tjenester og tjenester nært til brukeren - hva er det da som skjer når man snart to år ute i avtaleperioden, i alle fall i Sør-Rogaland, fremdeles ikke har noen faste tilbud fra TSB etablert utenfor institusjonenes lokaler?

Ressursmessig er det klart at det går store pengesummer til drift av spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det også en realitet at ressursene som brukes pr. pasient koster rimelig mye pr. time. De eksakte beløpene er vanskelige å regne ut, fordi det er forskjellig praksis i de enkelte institusjonene og praksisen når regnskapene føres. Helsedirektoratet oppgir at i 2008 brukte Helse Vest 263 millioner kroner på kjøp av avtaleplasser. De private helseinstitusjonene med avtale leverte 178 plasser i døgntilbud (Riksrevisjonen, 2010). Med forbehold om at disse

tallene er tolket rett, kostet hver døgnplass i 2008 ca. 1,5 millioner i året, som igjen tilsvarer litt i overkant av kr. 2000 pr. døgn.

Tradisjonelt sett har det vært en utvikling i det norske samfunnet der hjelpetiltak har startet på frivillig basis. Det har så blitt overtatt av kommunene og så blitt overtatt av staten til slutt. Slik var det også med hjemmetjenestene innenfor kommunehelsetjenestene. De var opprinnelig barmhjertighetsarbeid som ble kommunale tjenester, som igjen kom under statstilskudd i 1965. Ved ny kommunehelsetjenestelov av 1984 ble disse tjenestene integrert i rammetilskuddet til kommunene.

Den gang endringen skjedde var det stor bekymring i fagmiljøet om hvordan dette skulle gå. Man var opptatt av hygiene og manglende utstyr til å utføre pleie i hjemmet. Man diskuterte hvordan det ville bli når den enkelte sykepleier eller hjemmehjelp ble isolert fra sin faggruppe.

Og nå, når vi har hatt ordningen i noen år, er det ingen som lenger tenker i disse baner. Nå er man i stedet i gang med å utvide ansvaret til hjemmehjelperen og hjemmesykepleierne gjennom samhandlingsreformen (HOD, 2008).

Nå er tjenestene for rusmisbrukere allerede under offentlig bevilgning, som vi har vist tidligere. Tendensen er at kunnskapen og faget, eller fagene, samles under ett tak og blir lite tilgjengelige for andre faggrupper og dermed også for den enkelte bruker. Det vil det kanskje bety at det nå snart er på tide å intensivere utdannelsen av kommunalt ansatte og føre tjenestene som er rettet mot den enkelte, tilbake til kommunene.

Trolig kommer den samme diskusjonen her som man hadde for ansatte i hjemmetjenestene. Hva med fagligheten og hvordan opprettholder man et godt fagmiljø og muligheten til utvikling dersom hoveddelen av arbeidet skjer utenfor institusjonens vegger?

Dette vil imidlertid først ble en relevant problemstillingen når politikere og bestillere har satt opp målsettinger og gjennomført kravene til utadrettet virksomhet.

5 Fortellinger

I en framstilling av det som kom fram i intervjuene, ble det ønskelig å vise noen av de vanligste svarene i en kontekst. Konteksten er viktig fordi den gir et bredere bilde av hva som omgir personene både av materielle forhold, hvordan de bruker tiden sin, forhold til ensomhet og egenverdi, og litt av ønskene de har i seg.

Historiene under baserer seg på alle intervjuene og det sier noe om at historien til de åtte personene i utvalget var så like i hovedtrekk, at de kan slås sammen til en historie.

Fortellerformen gjør dette litt enklere å formidle og den gjør det enkelt å lese.

5.1 Reisemetode

Han sitter i et hjørne av sofaen. Det som står nærmest er salongbordet med røykpakken og PC-en. Han har vist meg inn i leiligheten og pekt på en stol jeg kunne sitte i. Gangen inn til stuen er udekorert, og det er tydelige tegn på at det ikke er denne dagen at hjemmehjelpen har vært på besøk. Salongbordet som står mellom stolen jeg sitter i og sofaen han sitter i, er preget av at det er mange sigaretter som er rullet over den, og i tillegg at det er mange måltider som har blitt fortært her inne i stuen. I et hjørne står fjernsynet og surrer. Han ser at det vekker litt oppmerksomhet, og slår det av med fjernkontrollen. Etter å ha tent seg en røyk ser han på meg og vi er i gang med intervjuet.

På spørsmål sier han med én gang: ”Jeg reiser ikke! Ikke noen plasser!” Han ser litt ned, venter og så viser det seg at han likevel reiser en del. ”Det er ganske fint for jeg bor jo så nært alt det som jeg trenger. En rask spasertur eller sykkel tur setter meg i kontakt med alle de jeg trenger. En kamerat med elektrisk rullestol kan bare sette seg i stolen og så er han snart i butikken.”

Etter en liten pause med stillhet spør jeg ham om han reiser på andre måter. Han fnyser litt av meg. ”Hva skal jeg velge? Busser går ikke alltid og nå som de legger om alle rutene er det hele tiden plasser bussen ikke kommer lenger. Som rett utenfor et botilbud her oppe i veien. Tidligere kunne man gå ut på gaten og så kom det en buss. Nå er det ikke noen som kjører der mer.” På spørsmål om hvordan han da reiser, sier han:

”Jeg enten går eller sykler. Når jeg skal andre plasser har jeg enten familie eller psykisk helse eller institusjonen jeg har bodd på, til å bringe meg og hente meg. Men jeg tar sjelden bussen. Det må være dersom jeg skal ut på noe som jeg ikke kan vise familien eller psykisk helse”.

Han har reist seg mer opp i stolen. Det er nesten som om vi er inne på noe som han klarer, noe han er sterk på. ” Bussene og togene er kjappe, men jeg bruker dem ikke. Kameraten min med rullestol, han må sette stolen igjen på bussholdeplassen hvis han vil til byen og så må han klare seg med krykkene mens han er i byen. Det er bare to av bussene han kan kjøre inn på, og stolen er alt for tung til å løfte.”

5.2 Geografiske mål

Han ser på meg gjennom røyken fra sigaretten. Ansiktet er merket av år med hard rusing, men det er tydelig at det gjør godt å få litt selskap og å få lov til å fortelle litt om seg selv. ”Når jeg flytter meg ut av leiligheten så drar jeg til sentrum. Det sentrum som ligger nærmest leiligheten. De plassene jeg går til? Først og fremst der jeg treffer folk jeg liker. Klart at hvis jeg må møte en plass, så gjør jeg det, men jeg går helst der jeg trives. Noen ganger treffer jeg folk som har arbeidet lenge i systemet og noen ganger treffer jeg de som er som meg.” Det er tydelig at det er noe mer som rører seg. På spørsmål om det ikke er andre plasser han drar til, kommer det fram et det er noen flere plasser. De er også i nærheten, men likevel så langt borte at han er avhengig av hjelp fra andre for å komme dit.

5.3 Aktiviteter knyttet til reisemålene.

”Den jeg besøker mest er min bror, men mens min mor levde var det hun som ble besøkt. Det er liksom jeg og min bror som holder sammen. De andre i familien har også noen problemer og vi møtes ikke så ofte. Når jeg reiser inn til sentrum er det for å treffe noen folk, snakke litt med kjente og ellers er det noen plasser det er faste matdager.” Han er litt utilpass når familien kommer på banen. De betyr tydeligvis mye. ”Far min kjenner jeg ikke. Han er borte fra mitt liv”. Da går det letter når vi kommer inn på tilbud i nrområdet som gir mulighet for sosial kontakt og kanskje til og med noe arbeid som gir en liten inntekt.

5.4 Hvordan kommuniserer du med dine omgivelser

Han sitter over bordet for meg og gir inntrykk av å klare seg. Han har masse kontakt med omgivelsene, klart det, men ”Det vanligste er vel å ringe, men det er dyrt, så jeg må nok lure til litt gjennom meldinger å nettet. Det finnes sider som gir gratis tekstmeldinger. Så har vi jo Facebook og sånt. Dersom jeg kunne finne passordet mitt og den trådløse forbindelsen, ville

det være fint. Jeg liker ikke så godt kabelselskaper. Vi har ikke så mye godt å si om hverandre. Men en kamerat han bruker ikke data i det hele tatt. Det er litt forskjellige. Antagelig er det speedfolkene som er flinkest med slikt.” Det virker ikke som om han tenker over at alle de gode metodene, det han brukte til å kontakte omgivelsene sine enten er for dyre eller ikke virker, akkurat nå.

5.5 Hvordan oppleves kontakten med hjelpeapparatet

Han har ingen aktiv behandling nå. Det er hvis man ser bort fra LAR. Men LAR skulle bety legemiddelassistert rehabilitering. Inntrykket som formidles er at det er LA, legemiddelassistert. ”Rehabilitering er det i alle fall ikke. Det har jeg klart selv. Jeg vet forresten ikke helt hvorfor jeg har psykisk helse her. Det skjedde liksom bare av seg selv, sånn automatisk.” Han ser seg litt forvirret rundt som om han har kommet på noe han ikke har tenkt over før. Noen har faktisk dukket opp for å hjelpe uten å bli kalt på, i alle fall ikke som han vet.

5.6 Hvordan beskrives hindringer i kontakten med hjelpeapparatet.

De er greie og jeg har vært med å gå fjellturer og hatt det fint å sjøen. Det var best en gang da jeg traff min behandler. Jeg hadde dårlige tider og hadde ikke noe stoff eller alkohol. Så jeg kom så edru som bare det. Men da ble jeg vist bort fra institusjonen og opplegget mitt avsluttet. Og grunnen var at jeg var alt for ruset til å gå til behandling. Jeg som ikke hadde tatt noe på flere dager. Men de andre gangene jeg var der var jeg ikke edru, så det var vel forskjellen som gjorde utslag.

Nå er det to år siden jeg søkte om psykolog. Jeg har ikke hørt noe ennå. Jeg søkte om ruskonsulent også, men fikk avslag. De sa at psykisk helse var nok for meg. Han gir meg et lite skjevt smil. Det kan inneholde optimisme, men det ser mest ut som en unnskyldning. Når jeg sier takk for hjelpen og er på vei ut døren, foreslår han at jeg bare må komme tilbake. Uttrykket hans sier meg at slike oppfordringer ikke har blitt fulgt opp spesielt mange ganger. Han står alene i døråpningen og ser etter meg når jeg kjører bort.

6 Gjennomgang av intervju

I denne delen vil jeg drøfte resultatene opp mot teori og eksisterende praksis. Det blir også gjort en fortløpende evaluering av hvordan det som kommer fram relateres til forskningsspørsmål. Fokus vil være på det som kan relateres til gjennomgått teori.

6.1 Forholdet til reiser

Som nevnt over er begrepet reise knyttet til forskjellige virkeligheter. En er reise som ferie eller langt bort fra hjemsted, en er å reise i nærområdet og til befolkningssentra. I informantgruppen ser det ut for at den første forståelsen er mest framtreddende. Når man reiser så reiser man langt bort.

Nesten uten unntak, var første reaksjonen på spørsmålsstillingen:

Informant: Nei, jeg reiser ikke noe, jeg holder meg her

eller

Informant: Jeg går ikke noen plass.

En av informantene er mer klar på omfanget av forflytning og sier på spørsmål:

Intervjuer: Når du flytter deg ut fra leiligheten her, hvor er det du går hen da?

Informant: Går rett over gata til det gule huset. Eller ned til Rimi.

Spørsmålet om reiser utløser også andre reaksjoner, som for eksempel forholdet til hva man gjør. Det kan synes som om det er viktig at det er et innhold i dagen, og dersom man ikke reiser, hva gjør man da?

Informant: Nei, for det meste sitter jeg og ser på PC eller så sitter jeg og ser på TV.

Nesten som en forklaring, eller kanskje heller en unnskyldning for at man ikke har vært ute. Aktivitet er da antagelig tillagt verdi, enten ved at man har blitt pålagt aktivitet eller at man har fått det inn med morsmelken at aktivitet er bra og at det ikke er bra å bare sitte og ikke gjøre noe (Vygotsky, 1978).

Det er først når reise kombineres med lokale stedsnavn eller sentrumsnavn at det utløser informasjon om hvor man reiser eller forflytter seg. Da viser det seg at alle informantene er mobile og kommer seg til forskjellige områder, alt etter behov.

Informant: Det kan vel være... jeg reiser faktisk til Raft også. Men så er det kriminalomsorgen.

Intervjuer: Hvor er det de holder til nå?

Informant: Det er Verksgaten. Så det er vel alt fra en til tre ganger i uken. Og det er vel det.

Intervjuer: Og så er du på treningstilbudet en gang i uken i Verksgaten?

Informant: Ja jeg det var det jeg tenkte. Det går jo under det da.

Intervjuer: Det er kriminalomsorgen som har det?

Informant: Nei, men det er jo gjennom det at jeg går der.

Intervjuer: Så du har i alle fall tre dager i uken som du reiser nokså fast.

Det ser ut til at hensikt med reise kan ha forskjellig motivasjonsbasis. Overstående sitat er fra en informant som er under samfunnstjeneste administrert via kriminalomsorg i frihet. I opplegget forlanges det at informanten stiller i et tilbud i sentrum, og dermed blir det et reisemønster. Denne motivasjonen er knyttet til at dersom det brytes så vil det sette andre begrensinger på informantens liv, og dermed blir det viktig å følge.

Samtidig er det vanskelige sider med det å reise til denne delen av sentrum for denne spesielle informant. Det fører personen rett tilbake til det området der personen bodde før, og der mye av tidligere rusmisbruk foregikk.

Informant: Altså å reise inn til byen er trøblete for meg. Spesielt fordi den plassen jeg reiser til, kriminalomsorgen, ligger på Storhaug, så er Storhaug... altså det samme som rus for min del. Det er der jeg har gått i alle disse årene. Så jeg kunne ønske at det ikke var ... at det var noe her. Hadde det vært opp til meg, så hadde jeg ikke forlatt disse her grensene. Selv om jeg ikke er så veldig glad i denne kommunen, så er det bedre enn det livet jeg hadde fått dersom jeg hadde fortsatt der i byen.

Andre har ikke denne formen for press over sine aktiviteter. De kan velge hvor de går og hvem de vil ha kontakt med. De gjør aktive valg av reise og reisemål.

Informant: Jeg er ikke i byen i det hele tatt. Gidder ikke utsette meg selv for fristelse. Jeg reiser en del til Sandnes for der bor broren min og moren min bor på Ganddal. Så det er liksom de plassene jeg reiser. Det eneste "vennene" mine er

rusmisbrukere og...men jeg har barndomsvenner her sånn som det er . Jeg har en kamerat som bor rett over fjorden her som jeg er en del med.

Det kan i seg selv være grunn for å være litt forsiktig i utgangspunktet. Men det kan også være at delen av tiden man tilbringer ute av boligen er kort sammenliknet med timene man er alene eller uvirksom, og at denne differansen legger igjen inntrykket av at man nesten ikke reiser i det hele tatt. Gjennom flere av intervjuene var det helt klart at ensomhet var en stor del av virkeligheten (Veysey, Grasmere, & Andersen, 2010). Dersom man trekker inn folkehelseperspektivet, er ensomhet en av flere psykososiale mekanismer som anses som en fare for helsen (HOD, 2006-2007).

Reiseaktiviteten viser seg altså å være relativt liten, og i den grad informantene reiser er det i nærområdet. I følge resultatene fra undersøkelser gjort i USA, har de som reiser 16 km eller kortere 2,6 ganger høyere sannsynlighet for å møte til en konsultasjon enn de som reiser mer enn 80 km for å komme til poliklinisk behandling (Schmitt et al., 2003). Informantene i denne undersøkelsen ser ut til å ha en forkjærlighet for det som ligger nært og de områdene som ikke representerer fristelser eller fare for å møte gamle kjente.

Denne informasjonen var ganske uventet. Forutsetningen for avhandlingen handlet nok mer om at rusmisbrukere er aktive brukere av transport og at de beveger seg i en stor omkrets. Man erkjenner at hver rusmisbruker har et stort nettverk og at det skulle være naturlig at man både besøkte og fikk besøk. Antagelsen om nettverk ser ut til å være riktig, men måten informantene reiser på avviker fra antagelsene. Så langt ser det ut for at de aller fleste reiser er korte, de handler om tur-retur en bestemt adresse, og lengden på reisene er meget begrenset. Anslagsvis kan en si at reisene er fra 2 km til 15 km. De som har de korteste reisene er de som bor nærmest sentrum og dermed også reisemålet. De med lengst reise har fast tilholdssted eller pålagt tilholdssted i en annen kommune.

Med slike reisevaner vil det bety at disse brukernes tilgjengelighet til hjelpetiltak er begrenset av den reiseruten de bruker og de faste avstandene som ligger i disse reiserutene. Avstander blir dermed en direkte hindring og det samme blir kognitive evner og egenforståelse. Man oppsøker ikke et tilbud som man ikke forstår innholdet i. Når en så legger til vane, er dette punktet i undersøkelsen mer enn nok til at man ikke gjør andre ting enn det man er vant til.

6.2 Forhold omkring valg av transportmidler.

Transportmidler blir i stor grad valgt etter hvor man skal. Noen skal til et tilbud og andre til et befolkningsentrum. De små og nesten daglige reisene velges utført enten ved hjelp av sykkel eller ved hjelp av egne ben.

Intervjuer: Når du skal fra Varatun og opp her, hvordan gjør du det?

Informant: Jeg sykler

Valget er motivert ut fra to hovedgrunner. Det ene er at det er for dyrt å reise med buss, eller at det ikke går noen buss. Det er enklest å ta det framkomstmiddelet som er for hånden.

For én av informantene som sliter med dårlig førlighet, er elektrisk stol/bil det beste alternativet. For andre er avstandene så korte at det er enklere å bruke beina.

Et litt uventet funn var at de fleste turene som ble tatt utenom den vanlige daglige rutinen, ofte ble besørget av andre enn rusmisbrukerne selv.

En informant forteller at familien stiller opp og bringer og henter. En annen har hjelp av psykisk helse, en tredje reiser med sønnen osv.

Det gjennomgående er at noen turer besørges av andre. Det er ikke noen fast lengde på turene og de har ikke et mønster som vane, men de har til felles at de er utenfor den daglige reiseradiusen for informantene, og at informantene oppfatter reisene som spesielle.

For informantene som får hjelp av familie, er det en transport til en annen kommune og inn i et strøk av byen som tidligere var rusplass for informantene. Familien gjør jobben fordi:

Informant: Jeg har veldig snille foreldre, så jeg blir kjørt. Men det er ikke fordi de er så snille heller, men de vet at sannsynligheten for at jeg kommer meg noen plasser uten at de kjører meg, er ganske liten. Så... men nå gjør jeg ikke det så... i byen,, jeg tror de er livredde for at jeg skal være i byen. Så da kjører deg meg og henter meg når jeg er ferdig. Så... sånn at jeg ikke skal bli der.

At kollektiv transport er så lite i bildet er kanskje forventet. Min medbrakte oppfatning og holdning, bygget på min erfaring, er at det ikke er noe enkeltgruppe i samfunnet som tar så mye taxi som rusmisbrukere. Men også her ble antagelsene feil. Verken drosje eller buss får særlig høy status i det gjeldende utvalget. Både ventetid og tilgjengelighet blir problematisert av informantene, og transporttilbudene som eksisterer representerer ikke noe godt alternativ til de enkle løsninger som å gå eller å sykle.

Over er det satt søkelys på at reiser ut over vanlige daglige turer ofte blir ordnet ved hjelp av kjenninger eller offentlig ansatte. Informantene blir hentet og brakt til de stedene som ligger i

opplegget som er for dagen. En informant blir brakt til muséer og forelesninger fordi støttekontakten liker slikt, en annen har ytret ønske om å begynne i en aktivitet på Funkishuset og blir hentet og brakt av en NAV-ansatt. En tredje skal møte til pålagt besøk for urintest og avtjening av samfunnsstraff, og blir kjørt av foreldre.

Nå beveger svarene seg ut av vanene og inn i det som er ofte eller noen ganger. Dersom vi nå tar bort støttekontakter og velvillige foreldre, vil tilgjengeligheten til aktiviteter som kommer i tillegg til den daglige rutinen, bli redusert markant. I og med at kollektivtransport ikke brukes fordi den er ikke er der, eller fordi den oppfattes å gå for sjelden, eller at den er for dyr, så sitter man igjen med et begrenset tilbud for å gjøre hjelpetiltak eller aktivitetstiltak tilgjengelige. Hvis det i tillegg settes opp en tidsramme som er på ettermiddag/kveld, faller også noen av de kommunale tilbudene bort, og tilgjengeligheten reduseres enda mer.

6.3 Og hensikten med reisene er?

Det kan se ut som at det som faktisk får informantene til å reise, nesten utelukkende er årsaker som ligger i plassen de skal reise til. Det er retning og et eller flere konkrete mål for reiseaktiviteten i alle tilfeller som informantene beskriver. Målene sprer seg fra steder som gir opplevelser som informanten med elektrisk rullestol som:

Nei. Det er ikke mye jeg er byen. Jeg holder meg her på Randaberg. Noen ganger kjører jeg en tur ned til det hotellet her nede, Viste strand hotell, setter meg på en benk og kikker utover. Det er fint der nede.

Eller opplevelsen for han som sykler fra Sola til Sandnes for å sitte på en spesiell benk.

Reisemål gir innhold og mening til aktivitet og samtidig er det aktiviteten som gir mulige reisemål. Motivasjonen for å nå det man ønsker er en tydelig kilde til at noe skjer, men er samtidig ikke sterk nok til at ikke rus, nerver eller stress kan endre reisemønsteret slik at man ikke får gjort det som var planen eller intensjonen.

Dersom hensikten ligger på den plassen man drar til, blir det neste spørsmålet: Hva er det som trekker?

Informantene har forskjellige grunner for det de skal gjøre. Det inneholder matservering, få seg litt ekstra penger med en ekstrajobb, komme seg til et LAR utdelingssenter, møte til en aktivitet eller en jobbtrening, eller person man har lyst til å møte.

Anbefalingen som sier noe om innhold i et tilbud til denne gruppen skulle da kunne være: lett tilgjengelig, billig, åpent og koselig, hjelpsomt, kraftfylt, raskt og attraktivt (Miller & Carroll, 2006; Murdock, 1985). Da er utsagnene fra informantene summert ned til et tilbud de mest sannsynlig ville bruke.

Hvis rekken med adjektiver fra Miller og Carroll (2006) blir brukt, skulle det øke tilgjengeligheten for gruppen i denne undersøkelsen. De sier klart at det er viktig å trives og at det som skjer ved reisemålet er viktig. Økt trivsel og nytteverdi gir altså også økt tilgjengelighet.

6.4 Geografiske mål

Reisene har mål i området som ligger nært opp til en aktivitet eller et kontaktpunkt for brukeren. Brukerne fra andre kommuner enn Sandnes, har kLARE mål når de forflytter seg ut av kommunen. Reisene handler da i veldig stor grad om familie som skal besøkes, eller et fast eller pålagt oppdrag.

Felles for målene er at de er veldig spesifikke og at det er lite avvik i reisen mellom bolig og målet for reisen. Det er samme distanse som tilbakelegges, og den går i samme rute.

Intervjuer: Hopper du av på Ganddalen da?

Informant: Hvis jeg skal til moren min hopper jeg av på Ganddal, hvis jeg skal til broren min så hopper jeg av på ruten. Han bor rett oppforbi ruten.

En annen har en og annen tur til en kjenning.

Intervjuer: Så da reiser du med buss herfra til ...

Informant: Inn til Løkkeveien.

Men faste ruter går igjen og de geografiske målene er spesifikke.

Intervjuer: Når du flytter deg ut fra leiligheten her, hvor er det du går hen da.

Informant: Går rett over gata til det gule huset. Eller ned til Rimi

Intervjuer: Hvem er det som er i det gule huset.

Informant: Det er kommunalt så der bor NN1. Og NN2. I NN1 sin leilighet.

For de av brukerne som har alternative reisemuligheter, enten fordi de har en støttekontakt, familie eller offentlig kontakt som står for transporten, angir også at reisen fra gang til gang holder seg innen de samme rammene.

Intervjuer: Fortell hva du og støttekontakten din gjør sammen da.

Informant: Ja, vi har jo vært på forskjellige museer. Litt forelesninger om arkeologien. Så tar vi oss sånn turer og han har også kjørt meg ut til søsteren min og radla med henne. Vi går på kafe, da.

Reisene har spesifikke geografiske mål. Målene er satt opp etter samme mønster som reisene. De er korte, og med minst mulig involvering fra andre. I den grad andre instanser eller personer er med i bildet, er målet lagt til områder som informantene ikke så ofte besøker.

6.5 Aktiviteter ved målet

Det viser seg i intervjuene at det er en sterk differensiering i aktiviteter. For noen av informantene handler det om familie. Det handler ofte om foreldre eller søsken. Det virker som om de fleste av familiekontaktene fungerer som sikkerhetsnett. De oppsøkes eller besøkes som avledning eller som hjelp i ensomhet. De fungerer som transporthjelp og som faste punkter.

En annen gjentakende faktor er at besøkene er ganske spredd i tid. De angis å være av og til eller en gang pr. måned.

Det virker på utsagnene som om familien gir sikkerhet og en plass der de slipper å møte for mye vanskeligheter.

Informant: Jeg er ikke i byen i det hele tatt. Gidder ikke utsette meg selv for fristelse. Jeg reiser en del til Sandnes for der bor broren min og moren min bor på Ganddal. Så det er liksom de plassene jeg reiser. Det eneste vennene mine er rusmisbrukere og jeg har barndomsvenner her sånn som det er. Jeg har en kamerat som bor rett over fjorden her som jeg er en del med.

Intervjuer: Og som ikke er noe del av rusmiljøet.

Informant: Nei, nei. Han har familie og unger han.

Når informanten som går på sine ben til Sandnes hver dag, kommer til sitt mål er det en av to lokaliseringer men med samme hensikt.

På Funkishuset får han sosial kontakt og noe å bite i. På Frelsesarméen får han middag, brødmat og kontakt med kjente.

Informant: Nei, jeg drar på frelsesarmeen. Der kjører de oss ned, det er ikke alltid de har tid til å kjøre oss opp da, men da får vi jo... da må de vente på oss til vi har spist og sånt, men det har de ikke tid til. De har ikke nok bemanning rett og slett. Så da velger vi bare å gå opp eller... få en annen til å kjøre oss eller et eller annet.

Intervjuer: Er det jevnt og trutt det frelsesarme opplegget .

Informant: Det er hver onsdag. Kwart over 12. Så kjører de herfra. Men det er ikke så mange som benytter seg av det som det skulle har vært. For a hadde jo alle hatt nok av mat og sånt.

Informant: Er det middag det går på der?

Informant: Det er middag der nede og så får du med deg en to-tre middager . Så kan du ta så mye brødmatt du vil og sånn. Kaker og sånn. Pepperkaker og sånn.

I andre sammenhenger er målet å komme i gang med aktivitet og det er andre som sørger for at det skjer. En informant oppdaget at en ansatt fra NAV-kontoret sto og ventet på ham for å kjøre til et tilbud med arbeidspraksis.

...han dukket opp han der på NAV der.. på eget initiativ, for jeg sa det at jeg lurte på om jeg skulle begynne å gå på Funkishuset og være med på det deg dagslaget og de greiene. Så plutselig så var det så voldsomt,, så plutselig stilte han opp her utenforbi og skulle kjøre meg på jobb, som på et arbeid, da. Og så gjorde han det og så var... han hjalp meg å komme i gang der. Han har kjørt meg et par ganger.

Og mens noen får hjelp har andre faste rutiner. Informanten som har sin familie i Haugesund og angir å besøke dem ca. 1 gang pr. måneden sier:

Når jeg reiser til Haugesund så tar jeg buss. Kystbussen.

Med en så stor spredning i aktiviteten som utføres ved reisens mål, kan det se ut som om det dels er muligheten for å reise, enten via noen som hjelper, eller det faktum at det finnes et tilbud som styrer reiseaktiviteten. I hvor stor grad det er aktive valg og ønsker fra informantene som ligger bak, er litt uklart. Noen har helt tydelig noe de skal utføre når de kommer fram, men de rapporterer også begrensningen som ligger foran dem dersom de skulle ordne dette på egenhånd.

En informant beskriver sin søndag formiddag:

Informant: Ja. Men der har jeg luksusordninger. For der er det slik at far når han går ut fra kirken...mor min går hjem for det er kort vei og av egne vilje velger hun å gå.

Så kjører han bort her og plukker meg opp så ringer han på. Så blir jeg med hjem og så spiser vi middag.

En annen av informantene har fast oppdrag på torsdager:

Informant: Nå i det siste har jeg vært på NAV hver torsdag. På noe som de kaller for jobbdrøs. Uten om det bli det ikke så mye i tillegg til å komme her.

Intervjuer: Hva er det dere drøser om da?

Informant: Drøs og drøs. De kaller det for jobbdrøs. Vi sitter en gjeng på ... rundt et stort bord, vi er ofte 15 20 mann... jobbsøknad holdt jeg på å si. Så sitter vi og diskuterer ..ja, egne erfaringer blant annet. Og han læreren, holdt jeg på å si, han er vel ikke lærer, han som jobber på NAV der, han kommer gjerne med noen tips og sånn, om hvordan du skal oppføre deg under et intervju, eller hvordan du skal sette opp en god CV, blant annet og sånne ting som det. Hvordan du skal presentere deg og hvordan du skal selge deg selv. Sånne ting.

Begge er eksempler på opplegg som tydeligvis tilfredsstillende noe hos brukeren. Den første luksusordningen med foreldrene og den andre muligheten for å lære mer om hvordan få en jobb. Den klare hensikten og den oppfattede nytteverdien er i alle fall fellesnevnerne.

Tilgjengeligheten på disse to siste oppleggene er i utgangspunktet veldig forskjellige i forhold til hvordan man kommer seg til tilbudet. I det første eksempelet blir ”luksusordningen” mulig fordi foreldre henter og bringer. Men det er også tilgjengelig fordi det fungerer som et gode. En ”luksusordning” er noe man trakter etter. Noe som gjør tilbudet mer åpent og tilgjengelig. I det andre tilfellet er tilgjengeligheten styrt av personens ønske om å komme i jobb. I intervjuet uttaler denne informanten:

Intervjuer: Hvilke type jobber er det du søker.

Informant: Det er ... Jeg kunne tenkt meg en lagerjobb da.

Intervjuer: mmm.

Informant: En delelager jobb for eksempel.

Intervjuer: er det sånn som du har erfaring fra det?

Informant: Nja, både og. Jeg jobbet på et bilverksted i to år for et par år siden. Så er jeg utdannet som sveiser. Har jobbet ca. 10 år som sveiser. Eller i 9 i alle fall. Før det drev jeg en liten fotoforretning. Når jeg var 18-19-20 år. Husker ikke hva du spurte om til å begynne med en gang.

Intervjuer: Det går fint det, jeg spurte hva du var interessert i , hvilken jobb du hadde lyst på.

Informant: Åja, ok da.

Intervjuer: så spurte jeg om du hadde bakgrunn til det.

Informant: Ja jeg har lyst på noe mekanisk. Kunne veldig godt tenke meg å jobbe på et motorsykkerverksted for eksempel. Eller noe sånt som det, eller delelager..-

motorsykkelsebutikk eller det... jeg er interessert i motorsykler og biler... og generelt...

Dersom resultatet av aktiviteten på jobbdros er at informanten får en mulighet til å jobbe med det området som interesserer, så er tiden brukt på å komme seg på jobbdros, tiden brukt på å være der og tiden brukt på å søke etter mulige jobber, godt anvendt tid. Jobbdrosen er blitt tilgjengelig for informanten på basis av ønsker om komme i en arbeidssituasjon, som igjen skaper motivasjon til å bruke et tiltak.

6.6 Kommunikasjon med omgivelsene

På spørsmål om hvordan informantene kommuniserte med omverdenen sin, var det noe misforståelse omkring ordbruken. Noe av det samme som kan ses når en bruker reisebegrepet. Informanter på Randaberg var veldig sikker på at alt skjedde automatisk og at de bare fikk det de trengte uten noen form for henvendelser. Det samme skjedde i Sola og for to av de fra Sandnes. Alle hadde kontakt med psykisk helse og fikk faste besøk der innholdet var rydding, kaffe og litt prat.

Det faktum at de oppfatter dette som automatisk, folk som bare dukker opp, sier noe om at dette er tjenester som overføres og følges godt opp i det kommunale systemet. Meldingene om behov har gått til de riktige ressursene og ressursene har kunne gjennomføre tiltak som tilfredsstillt behovet.

Når vi snakket om hvordan de ellers kontaktet folk i sin omgangskrets eller på offentlige kontorer, var det en tydelig trend til at de som var under 40 brukte datamaskiner på en helt annen måte enn de som var 40 eller eldre. Alle var vant til mobilbruk, men det var en klar forkjærlighet for å bruke tekstmeldinger.

En av de yngste informantene sier:

Bruker du noe SMS.

Informant: Nja, av og til.

Intervjuer: For da slipper du å snakke.

Informant: Ja, jeg synes det er lettere med det. Mye lettere. Så... men det var til og med en stund at jeg ikke klarte å bruke internett. Ikke noen form for kommunikasjon.

De fleste var også restriktive med å ta kontakt selv. De synes det var best at andre ringte dem eller tekstet dem. Dette var et tema som tydelig var forbundet med litt hemmeligheter og som det ikke var så behagelig å snakke om. En informant fortalte at hvis han ringte, så var det for å sjekke hvor det var stoff. Ellers ville han at andre skulle ringe eller helst tekste ham.

Intervjuer: Du snakket om at du finner en telefon nå du skal kontakte noen. Er det ofte telefon du bruker, for du har vel en mobil, tenker jeg?

Informant: Det er vel helst... det går vel helst andre veien tenker jeg.

Intervjuer: At det er noen som ringer til deg?

Informant: Ja

Med tanke på denne nettverkspraksisen kan det se ut som om det er mer av kontakten innad i miljøet som nå går via SMS eller sosiale nettsteder. De eldste informantene klarte seg bra med tekstmeldinger, men de yngste hadde alle aktive facebookkontoer og rapporterte at de hadde registrert venner. De var alle veldig opptatt av å fortelle at de vennene de hadde på Facebook var gamle skolevenner som ikke var i rusmiljøet.

Informant: Det er nesten bare den siste måneden at jeg har snakket med noen. Det er en gammel venninne. Hun er den eneste venninnen fra miljøet som har kontakt med ennå. Så er det en venninne som jeg ikke har hatt kontakt med på ti år, som jeg har tatt kontakten opp igjen med. Og så er det han eksmannen min. Siden vi ikke har så god råd så kan vi gå inn der og snakke sammen.

Et forsøk på å tolke noe av det som skjer i denne sekvensen av intervjuet er som følger:

Det er veldig enkelt å komme i kontakt med miljøet gjennom elektroniske hjelpemidler.

Intervjuer: Hvis du kommer dithen at du skal ha noe stoff da. Hvor er det da du reiser. Er det her ned eller i byen? Hva er det som er lettest.

Informant: nei... da...da er det enkleste å ta seg noen telefoner og...

Intervjuer: noen telefoner ja, ja det er nytt.

Informant: Det sånn nytt. Det blir å ta en del telefoner da, evet. At en prøver å finne ut hvor det er og så...

Intervjuer: Pleier det være langt vekke folk eller er det folk som er i nærheten av deg.

Informant: neida det er alltid folk , som regel alltid folk i Sandnes eller Sandnes sentrum.

Mitt utvalg besto av mennesker som for de aller flestes tilfelle hadde et avgrenset forhold til miljø og gamle venner. De var mest opptatt av å skjerme seg. Men også de som hadde ruskontakter gjorde det samme. Man kan da tenke seg at forsinkelsen i kontakten med tekstmeldinger kunne være tjenlige. Det er mulig å la være å svare, man kan utsette svaret til man er trygg på hva man skal svare eller man kan svare med en gang dersom man er trygg på den man tekster med.

Trekket med at man forsøker å kontrollere samtaler og utveksling av informasjon er en indikasjon på at det skjulte livet som rusmisbruker trer fram. De andre områdene som ble berørt i intervjuene har ikke på samme måte støtt på tendenser til hemmelighold, og det er det eneste området som har ledet direkte inn på omsetning av illegale stoffer. En av informantene nevnte telefon eller SMS som kontaktform og tilgjengelighetsskaper til offentlige kontorer. Ellers er alle referansene til rusfrie venner, familie eller personer i rusmiljøet.

Internettkommunikasjon og mobiltelefonkommunikasjon står dermed fram som den informasjonskilden som brukes for å spre informasjon om tilgjengelige varer innen rusmiljøet. Det er gjennom disse medier avtaler ordnes og kontakter opprettholdes.

Når noe er eksklusivt er det to mulige innfallsvinkler mot området. Det første er at da kan man bare gi opp. Det er ingen som vil bruke dette til noe annet enn de er vant til.

Den andre muligheten er å si at dersom man skaper tilgjengelighet til annen type informasjon på et område der brukeren er vant til bruken, har det tekniske utstyret, og i utgangspunktet kan oppsøke informasjonen uten at noen i miljøet rundt brukeren trenger å vite hva som skjer, kan man samtidig ha en viktig informasjonskanal inn til rusmisbrukere.

Denne situasjonen kan illustreres med historien om de to skoselgerne som kom til et afrikansk land. Den ene sendte beskjed hjem om at dette var det ingen vits i. Her var det ingen som brukte sko. Den andre sendte beskjed hjem, ”send alt dere har, her trenger alle sko”.

Å skape tilgjengelighet til hjelpetiltak vil også måtte gå via de medier og kommunikasjonsformer som brukerne av tjenestene er vant til. Når en samler informasjon om brukere i det offentlige systemet, er det naturlig å også samle inn og loggføre kontaktinformasjon. Ved en enkel samtykkeerklæring, som blir presentert for brukeren når informasjonen blir registrert, vil hjelpetiltak kunne henvende seg til brukeren via tilgjengelige telefonnummer eller epostadresser, når det er noe på gang som man ønsker skal være tilgjengelig for brukeren.

6.7 Forhold til behandlingsapparatet

Informantene i utvalget i denne undersøkelsen har veldig forskjellig erfaring med behandlingsapparatet. De fleste har vært i kontakt med institusjonsbehandling enten som langvarig innleggelse eller som poliklinisk behandling. Totalt fire av informantene har hatt kontakt med LAR, og en av disse er nå ute av opplegget. Denne siste har en klar karakteristikk av sin egen erfaring med LAR behandling.

Intervjuer: Du er ikke i noe LAR opplegg nå altså.

Informant: Nei, jeg gikk ut. Jeg ville ikke mer.

Intervjuer: Ok. Ble det for slitsomt.

Informant: Ja, og så hjalp det ingen ting.

Intervjuer: Nei. Nei det er vel ikke så mye effekt i det.

Informant: Det var rett og slett ikke... det var jeg som gikk rett i luksusfellen der og hev meg på og trodde at det skulle gå.

En av informantene angir at han aldri har vært i noen form for behandling. Når han blir spurt om hvorfor ikke svarer han:

Intervjuer: Når du har gått til behandling, hvor har du gått hen da.

Informant: Jeg har ikke vært til behandling i grunnen. Jeg har bodd i Sola kommune og hadde Å.Å. som ruskonsulent. Hun som driver funkishuset nå. Så hun.. hun hjalp meg en del da. Men sånn behandling, det har jeg aldri hatt.

Intervjuer: men når du ruste deg da, hvilke stoffer var då du virket på?

Informant: Nei, jeg har ... det er hasj og amfetamin jeg har rust meg på hele tiden.

Jeg har ikke rust meg på noe annet.

Intervjuer: Så du har nesten hatt sånn yrkesrelatert rus du, at du ruste deg for å holde deg i gang.

Informant: Og så holde borte hodeverken også.

Intervjuer: Mye hodeverk.

Informant: Ja, en god del opp gjennom etter de der greiene. Men det har begynt å gi seg nå.

Dette skulle tyde på at behandlingsbehovet har vært til stede, men informanten har holdt seg yrkesaktiv til han passerte 30 år. Etter dette har han i all hovedsak medisineret seg selv for de plagene han hadde fra skadene han fikk i arbeid.

En annen som har hatt kontakt med Rogaland A-senter sier:

Intervjuer: Hvordan syns du hjelpen var som du fikk av hjelpeapparatet.

Informant: De har vært greie med meg alle. Har ikke noe å klage på.

Intervjuer: Men du sluttet ikke å drikke.

Informant: Nei, jeg har problemer med å klare det.

Utsagnet tyder på at oppholdet har vært ok, men effekten har tydeligvis ikke vært så gjennomgripende.

En annen av informantene som gikk over flere år i poliklinisk behandling, forteller:

Informant: Jeg var jo ruset, hver gang jeg var der. Så en gang kom jeg helt nøkter fordi jeg ikke hadde noe. Ikke medisiner og ikke hadde jeg drukket og ingenting. Så ...

Sa de: Jeg kan ikke ha deg mer. For du er så ruset. Det var første gangen jeg møtte...

Intervjuer: Jaha. Vel, hvis de bare har sett deg ruset, så er det ikke enkelt når du kommer edru. Da ser du annerledes ut.

Informant: Ja, ja, ja, det er sånn det er. Det var en dame jeg hadde, en litt eldre dame. Hun hadde aldri sett meg edru og --- de gangene jeg drakk, da kjørte jeg jo ikke. Da tok jeg bussen. Men, hun trodde jeg var sånn. Så den gang jeg kom nøkter og edru så , ...nei jeg var så ruset at hun kunne ikke ha meg lenger. Da dreit jeg bare i henne.

I intervjuet forteller han om situasjonen som en morsom opplevelse, mens ansiktsuttrykket viste mer sorg.

En av informantene fra Sandnes har gått til samtaler ved Basissenteret, men det ble slutt etter at Blå Kors ble avviklet. Før det hadde han vært på Haugaland A-senter en tur. Han beskriver disse kontaktene slik:

Informant: Nei, jeg har ikke vært der men jeg har jo vært oppe i Haugesund.

Haugaland A senteret. Der var jeg i en periode på tre måneder høsten 2002. Men jeg fikk tilbakefall når jeg flyttet hjem igjen.

Informant: Nei, ikke sånn. Behandling, nei. Jeg har jo hatt folk fra psykisk helse da, jeg tror det er fem seks år nå. Så har jeg vært i arbeid med bistand. Det var vel 2005 eller 6. Men noe sånn behandling har jeg ikke hatt siden jeg gikk på basissenteret der jeg var til samtale.

Tilgjengelighet til LAR-opplegg, tilgjengelighet til institusjon, tilgjengelighet til oppfølging og ekstraytelser som psykolog.

I materialet fra intervjuene er det merkelig lite henvisning til behandlingsopplegg i tradisjonell forstand. Det er et par henvisninger til opphold på Rogaland A-senter og på Haugaland A-senter. I tillegg har to av informantene vært henholdsvis på Eikely og Duedalen. Men oppleggene omtales vagt og det sies ikke noe om hva som skjedde.

Det ser ut for at LAR-opplegg er det som er enklest å komme inn i, sammen med oppfølging fra psykisk helse.

Et tankekors er hvorfor disse to hjelpetiltakene er mer framme, og tilsynelatende mer tilgjengelige enn andre hjelpetiltak.

Det kan selvfølgelig skyldes utvalget og at det er en overhyppighet i denne kombinasjonen av hjelpetiltak i den gruppen som ble informanter i denne oppgaven. Det kan også være at det er enklere å snakke om tilbud som er ”legitime”, i den forstand at de er aksepterte som tilbud det går an å bruke. Det tenkes da på at LAR krever oppmøte for å motta medisin, og ellers er man stort sett fri til å gjøre som man vil. Psykisk helse arbeider med mange forskjellige problemstillinger, men det som har gått mest igjen i gruppen av informanter handler om at de har noen å snakke med og noen som er med på rydding og renhold.

Når behandlingsopplegg i institusjon nevnes, er det ofte for å si noe om at de var hyggelige de som jobbet der og at det var fine turer. Men det er lite om endring i eget liv eller hva som har påvirket dem positivt.

Sett i lys av tilgjengelighet, ser det ut for at de byråkratiske ordningene rundt opptak til LAR og rapportene om oppfølging av psykisk helse i kommunene, er de tiltakene som fungerer best. Om dette så skyldes psykologiske fenomener som manglende motivasjon til behandling og lettere adgang til hjelp utenfor institusjonsbehandling, er det ikke mulig å si noe om innenfor rammen av denne oppgaven. Men at det er tydelig forskjell i tilgjengelighet er nokså tydelig.

De fleste av informantene har noen års fartstid i rusmiljøet, og de fleste har som nevnt vært i behandling i løpet av sin karriere. Men tiden som har gått med til behandling blir veldig kort sett i relasjon til tiden man har tilbrakt utenfor institusjon eller utenfor et behandlingsopplegg. Dermed blir de oppleggene som følger brukerne over tid også de tilbudene som blir mest framtrepende i deres rapportering omkring tilgjengelighet. Selv om det har vært en enkel prosess for dem å komme i behandling den gang det skjedde, er perioden kort sett opp mot årene som blir levd i miljøet utenfor behandlingssfæren. Resultatet blir at livet, hverdagen og de tilbud som ligger nærmest både hva en er oppmerksom på, hva som ligger innenfor vanlige

reisemønster, og hva man opplever gir et eller annet form for gode, blir de tilbudene som er tilgjengelige og som også i stor grad blir brukt.

6.8 Problematiske forhold

Som en kunne forvente, kom det også fram kritiske bemerkninger til forholdene i behandling. De vil antagelig være nyttige å se på i en annen sammenheng, men her tar vi fått i noen som handler om tilgjengelighet.

En informant som er i LAR-opplegg har en annen innfallsvinkel.

Informant: Det er jo sånn med LAR at den R-en som står for rehabilitering eksisterer jo ikke.

Informanten beskriver en hverdag med dobbeltdiagnose og enkel medisinerer. LAR gir midler som er rettet mot rusmisbruket, men tar ikke hensyn til andre lidelser. Dermed blir midler som hjelper gjennom dagen, ulovlige i LAR-sammenheng. Beskrivelsen av situasjonen bli da slik:

Informant: Nesten, .. jeg ser bare et hinder og det er LAR og at de er så redde for at noen skal få en tablett for mye, og at det fratar så mange en hjelp som kunne hjulpet dem. Altså kanskje ut i jobb eller få ungene tilbake, som kunne stabilisert dem. Altså jeg har rust fra meg egentlig. Når jeg har søkt om tilleggs medisinerer, hvis det går gjennom, så har jeg avtalt med legen, at en sprekk så ryker det. Og det er helt greit. Det er jeg nitti prosent sikker på at jeg skal klare. Og det hadde betydd et nytt liv for meg. Så det er det som er mitt hinder.

Nå er det ingen problemer med tilgjengelighet til LAR-tilbudet. Det er tydelig at man får både oppfølging og medisiner etter retningslinjene. Her ligger hindringen i at brukeren har et annet syn på hva tilbudet burde inneholde enn det som er offisielt uttrykt i regler og retningslinjer. De mer alvorlige sidene ved innvendingene er at brukere etterlyser planer og de etterlyser kontakt med spesialiserte behandlere når de ellers er ute av behandlingsopplegg.

Intervjuer: Ja. Ikke dumt. Men i praksis betyr det du fortelle meg nå, er at hvis det var et samtale tilbud i Sandnes, så hadde det vært greit for deg.

Informant: Ja, jeg og legen har jo søkt på psykolog, men det er over to år siden vi søkte.

Intervjuer: Det er fryktelig vanskelig å komme inn.

Informant: Jeg har ikke råd til privat psykolog.

Intervjuer: Nei det koster jo litt. ... Og da sier legen din og at det hadde vært godt for deg å ha noen å snakke med.

Informant: Ja, vi har jo psykisk helse, da. Og de har jo greie på litt, men de er jo ikke sånn fagfolk. Men ok. Det...

Intervjuer: Kan du si noe om forskjellen på det du har med psykisk helse og det du hadde på Blå Kors.

Informant: Jeg tror de hadde nok mer greie på det problemet med alkohol og rus sånn generelt sett.

Intervjuer: At de var mer opptatt av den delen som gikk på rusen din .

Informant: ja, og det psykologiske

Intervjuer: og psykisk helse da, hva er det de legger mest vekt på?

Informant: Det er mer.... Vi legger mer vekt på at jeg skal komme meg mer ut og.. og gå turer og sånn.

Savnet etter noe mer hjelpende, noe som en oppfatter som godt, er igjen framtrædende. I dette tilfellet er det ikke fysisk tilgjengelighet som er spørsmålet, her er det mer et kapasitetsspørsmål som hindrer eller vanskeliggjør tilgjengeligheten.

Med et tilbud om samtaler, der det var fagfolk som satte seg ned med og hørte på brukerne, og dette ble gjort tilgjengelig både i brukernes bevissthet og lagt til rette geografisk, ville altså et slikt behov som her presenteres, være direkte hjelpetiltak som dekket et spesifikt behov.

En annen informant sier at det i grunnen ikke er noe galt med selve behandlingsapparatet.

Fokus for denne informanten er stigmatisering og problemene med å komme ut av rusmisbrukerstatusen. Videre arbeid med å komme tilbake til samfunnet blir forhindret av at man er satt inn i en bestemt forståelsesramme med en bestemt identitet som stoffmisbruker eller rusmisbruker, og at denne karakteristikken automatisk innebærer at man ikke er til å stole på.

Tillit er et tema når det handler om å ha med offisielle personer å gjøre. Når det skal søkes om et gode, eller saksbehandleren man møter er en totalt fremmed, så står rusmisbrukeren igjen overfor problemet at utredning avkrever en gjennomgang av historien, igjen. For flere av informantene er det å måtte fortelle og oppdatere saksbehandleren et stadig frustrasjonstema.

7 Diskusjon

Når denne oppgaven ble påbegynt så var det med tanke på å kartlegge bevegelsesmønster og se hvordan bevegelsesmønster øker eller reduserer tilgjengeligheten til hjelpetiltak.

I stor utstrekning har informantenes svar gjort det mulig å finne mønster og sammenhenger som forklarer deler av både atferdsmønster og valg de gjør når de bruker hjelpetiltak.

7.1 Funn

7.1.1 Funn relatert til teori om lokalisering og påvirkning av tilgjengelighet

Søk i offentlig informasjon via trykte medier og internett, ga et bilde av de kommunale tilbudene. Fellestrekkene er at det er laget tilbud som er lokalisert sentrumsnært i alle kommunene, og at det er enkelt å nå tilbudene både via egne ben, sykkel og elektrisk rullestol.

De vanlige tilbudene som lege og helsetjenester er stort sett samlokalisert. Tiltakene for rusmisbrukere er lagt til områder utenfor de ”vanlige” innbyggernes soner. På Sola ligger NAV-kontoret for så vidt sentrumsnært, men med hovedinngang fra baksiden av et sentrumsbygg og med tilgang fra en parkeringsplass. I Sandnes er LAR-kontoret lagt til Vågsgaten, en lite trafikkert gate i utkanten av det som kan kalles sentrum av Sandnes.

Randaberg har NAV-kontor i kommunebygget og ingen felles helsesenter. Planer for 2020 i Randaberg kalt ”Aktiv omsorg”, innlemmer blant annet psykisk helse som har ansvar for rusmisbrukere, i samlokalisering med DPS, og ser ut som en spennende løsning.

Rennesøy har et helsesenter for all helseaktivitet og et separat NAV-kontor.

Når byer og tettsteder setter i gang sine planprosesser, blir alle fellestiltak og helsetiltak lagt med størst mulig tilgjengelighet, mens de tiltak som er rettet spesielt mot rusmisbrukere, i stor grad legges utenfor hovedtrafikken.

Tiltak i som kommer i kategorien spesialisert behandling er lokalisert langt borte fra bysentra med til dels vanskelig tilgjengelighet.

7.1.2 Funn relatert til teori om reisemønster og tilgjengelighet

Mønsteret for reiser er funnet å være veldig annerledes enn man tenkte seg i utgangspunktet.

Det viser seg at de aller fleste daglige, eller flere ganger pr. uke, reisene, er veldig

regelmessige i tid, avstand, mål og framkomstmiddel. Det er altså de samme plassene som blir besøkt nesten hver gang informantene er på flyttefot.

Man kan si at de har en bevegelsesradius på opp til 16-17 km for de lengste, og ned til 2-5 km for de som reiser kortest. Men bruken av begrepet radius blir litt feil. Det skulle tilsi at de beveger seg innenfor en sirkel på x antall km. I denne gruppen informanter er reisene rettlinjede. De går dit og tilbake, som reisemønstrene for en Hobbit (fra: Lord of the rings). Det har tidligere vært antatt at det er mye bevegelse i gruppen, og at de har et bredt og variert reisemønster. Det ser ikke ut til å stemme.

Når reisemønster er så ensporet, burde det være en rimelig antagelse at kollektiv transport er et godt alternativ. Her støter man på et problem med egenoppfattelsen. Som jeg beskriver i 7.2.3, er ikke framfusenhet det som vises best i denne gruppen. Forestiller man seg så at en rusmisbruker skal på en buss, vil det være en situasjon der man blir vurdert fra det øyeblikket man kommer inn på bussen til man går av igjen. Man skal ha en viss trygghet på seg selv for å gjøre dette, og kanskje rører vi her ved basisen for at rusmisbrukere, på generelt grunnlag, velger andre transportformer enn kollektiv transport.

7.1.3 Funn relatert til teori om tilgjengelighet og hvordan man nyttiggjør seg tjenester

Tilgjengelighet viser seg å være et komplekst begrep i denne sammenheng. Tilgjengelig i form av fysisk plassering er enkelt å beskrive. Det eneste man trenger er en adresse. Adgang til transport og hvor langt man beveger seg, er også enkelt å beskrive. Men hva med brukerens forståelse av tilbudet? Eller hvilke forestillinger eller tanker har brukeren om tilbudet? Disse kognitive elementene kan være nok til at tilgjengeligheten blir vanskeliggjort. Fra intervjuene vet vi noe om usikkerhet og opplevelsen av liten verdi. Det vil bety at tilgjengeligheten vil være vanskeliggjort også av egne tanker om egen verdi, fordi man ikke fortjener å få et tilbud, eller at man bare kommer til å ødelegge dersom man bruker tilbudet.

Ensomhet er også et element som vanskeliggjør tilgjengelighet. Når livet roter seg til og problemer oppstår, er det letter å isolere seg enn å oppsøke hjelpetilbud eller annen kontakt. I følge Whetten og medarbeidere (Whetten et al., 2006), finner man altså at personene i undersøkelsen nyttiggjør deg tilbudene om behandling når transporttjenestene er på plass. Dersom tilgjengeligheten er vanskeliggjort, går det ut over både nytteverdien og deltakelsen. Informanten som forteller om middagen på Frelsesarméen sier det samme: ”Bilen kjører herfra på et bestemt klokkeslett.” Da er det mulig å få med seg tilbudet fordi tilgjengeligheten blir økt ved oppsatt transport.

7.2 Forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålene i denne oppgaven tar opp i seg både praksis omkring reiser i regionen og opplevelser av tilgjengelighet. Forskningsspørsmålene blir derfor besvart en av gangen for å gi en litt bredere begrunnelse for svarene. Mens arbeidet har gått framover, har det kommet fram nye elementer hos informantene. Det handler da mer om personlige forhold, om oppfattelse av egen betydning, tillit til egne evner, verdiopplevelse som følge av samfunnsnormer og ensomhet. Disse temaene vil bli tatt med på slutten av dette kapittelet.

7.2.1 Hvordan påvirker forskjellen på brukerens bevegelsesmønster og plasseringen av hjelpetiltak, tilgjengeligheten til aktuelle tiltak.

På dette stadiet er det to tydelig trekk som kommer fram i forholdet mellom rusmisbrukerens bevegelsesmønstre og hvor de aktuelle tilbudene er lokalisert.

Det første er at rusmisbrukerne i mitt utvalg beveget seg i en veldig begrenset radius fra bopel. Flere av dem presenterte lineære forhold til reisemål. Som NN fr Sola sa:

Jeg går rett over gaten. Der er en annen kommunal bolig og der bor kamerater. Ellers er jeg i Sandnes sentrum. Jeg har en benk der som jeg går til.

En annen sier:

Jeg bruker bena ned til sentrum. Her jeg bor går det ikke buss og dersom det hadde gått buss, ville jeg kommet langt på den tiden jeg ellers sto og ventet på bussen.

Den gjennomgående avstanden er mellom 4 og 5 km fra bolig. Denne avstanden tilbakelegges som regel til fots eller på sykkel.

Med de tidligere beskrevne forventningene om bevegelighet og aktivitet i tankene, er dette et nesten motsatt resultat. Inntrykket har vært at mennesker i denne gruppen alltid er på farten. At de går til venner eller holder på å organisere noe. Aktivitet av denne typen finner en lite av i denne undersøkelsen. Det er riktignok mye aktivitet og alle er ute på noe så å si hver dag, men aktiviteten er annerledes og knyttet til andre lokaliseringer enn antatt.

Det andre trekket er at dersom rusmisbrukere oppsøker eller bruker et tilbud, er det innenfor den samme grensen for bevegelse. Av de kommunene som er undersøkt, kommer Sandnes klart best ut, fordi det er etablert flere omsorgs- eller lavterskeltilbud i Sandnes. Her finnes Funkishuset med mat, lege, klær og avtale om ikke å handle eller bruke stoff i lokalene, en

avtale som ser ut til å overholdes. Her finnes Frelsesarmeen med middagsservering to ganger i uken, og brød og pålegg som brukerne kan ta med seg hjem. Her finnes Vågsgt.41, som i utgangspunktet er et sted for administrasjon av medikamenter innen LAR, men som fungerer som kontaktpunkt, og basert på inntrykk ved besøk, gir menneskelig kontakt, varme og omsorg til brukerne.

Alle disse tilbudene er tilgjengelige innenfor den radius som informantene beveger seg.

Som man kan se av framstillingen over, er spesialisttjenester ikke en del av hverdagen. Det ble tema i samtalene i den grad det ble stilt direkte spørsmål om behandling, men da også med lite positiv omtale og liten grad av bruk.

Informantene har bodd i flere kommuner opp gjennom livet sitt. De har alle vært i kontakt med, eller fått behandling i LAR eller institusjon. Noen av dem var for gamle til å ha opplevd TSB-reformen, men omtalen var veldig lik både for de gamle og de unge. Det ser ut til at det som betyr noe er det daglige og ikke et behandlingsopphold som informanten har deltatt i over en kort periode.

Heller ikke vanlige hjelpetiltak i kommunene ble brukt mye. NAV-kontoret var for det meste, nevnt som et nødvendig onde, men ikke som en plass der man fikk noe hjelp. En av informantene anga at det viktige i kontakten med NAV-kontoret, var at pengene kom på konto hver måned. Ellers var det ikke så mange kontakter og lite aktivitet som utspant seg mellom klienten og NAV.

Når det handler om hvordan manglende sammenfall av reisemønster og fysisk plassering av tiltak, påvirker rusmisbrukernes tilgang til hjelpetiltakene, er avstand det første ordet som kommer opp.

Inntrykket er at de menneskene som har vært i kontakt med rusmisbrukerne og som har ferdigheter innen empati og balanse, og da tenkes balanse mellom aksept av personen og utfordring til endring, enten de har vært offisielle behandlere eller mennesker ansatt i et hjelpetiltak uten at de har behandlerkompetanse, har betydd mye og fortsetter å være positive kontakter også etter at det offisielle forholdet er avsluttet (Miller & Carroll, 2006).

Det kan virke som om brukerne holder fast på gode kontakter og bruker de tilbudene der vilkårene fra Miller og Carroll (2006) om at tilbudene bør være lett tilgjengelig, billig, åpent og koselig, hjelpsomt, kraftfylt, raskt og attraktivt (.ibid).

7.2.1.1 En liten oppsummering

I foregående avsnitt er det vist til både fysisk og oppfattet tilgjengelighet som basis for rusmisbrukeres valg av hjelpetiltak. Det vesentlige er at tiltakene som brukes er både lokalisert i misbrukerens reisemønster, men også at tiltaket bringer en form for ekstra gevinst.

7.2.2 Dersom fysisk tilgjengelighet er begrenset, hvilke alternative tilnæringer kan rusmisbrukeren og hjelpearbeideren muligens ha bedre nytte av?

Den situasjonen som nå eksisterer er på mange måter en arv fra tidligere modeller for rusbehandling i Norge. Basisen fra livssynsorientering, via sosialfaglige innfallsvinkler til medisinsk basert behandling gjennom TSB, har skjedd over tid, men i de samme institusjonene. Så når rusreformen kommer, og reformen om behandling av rusmisbrukere som pasienter kommer inn i helselovgivningen, skulle nye metoder og tankemodeller bygges inn i allerede eksisterende tenkning. Når riksrevisjonen konkluderer med at det brukes lite evidensbasert metodikk i TSB (Riksrevisjonen, 2010), er dette antagelig et uttrykk for ”det gamle” som sitter igjen i ansattes tanke og i tradisjonen i virksomheten. Albert Einstein sa en gang: Definisjon på galskap er at man forsøker for n’te gang samme metode og forventer å få et annerledes resultat.

I stortingsmelding 30 (HOD, 2011c), sammenfattes en del tanker om hva som kan endres, nettopp for å få et annerledes resultat. Og det settes her lys på andre områder enn den korte tiden en rusmisbruker bruker i en behandling sin institusjon. Det vises til hjemkommunene, tiltak som ligger nær hjemmet og som kan være en daglig støtte, nær nok til at den kan nås. Det henvises videre til at en poliklinisk kontakt kan administreres av det lokale helsesenteret. I vilkårene for anbudsrunderen i 2010 fra Helse Vest, bes det spesifikt om tilbud innen TSB til mennesker som ikke kan gå ut fra hjemmet, men skal få motta den støtte og behandling de trenger i sine vante omgivelser.

Når det så i denne oppgaven blir foreslått innført en videre forståelse av behandlingsbegrepet der det forstås som påvirkning av et kontinuum, en aksept på at det kan være at vi arbeider med en kronisk tilstand (Beyer et al., 2011), så vil det innebære at tiltak som bedrer situasjonen ville vært positive.

Tiltakene må være lokale, og de må føre til at rusmisbrukeren reduserer rusbruk og får en bedre hverdag. Det ser ut til at det ikke er tilfeldig at det blir referert til kommunal

hjelpeinstanser som har betydd mye for rusmisbrukerens hverdag og for opprettholdelse av sosiale nettverk. Nettverkene kan da være både tilknyttet et aktivt rusliv og familie og venner som er avholdende til rusmidler.

Det virkelig gjennomgripende og stadig tilstedeværende i rusmisbrukeres liv, blir da den daglige eller ukentlige kontakt de har med personer knyttet til hjelpetiltak i kommunene. Videre er behovene som beskrives at man har bolig og noe å gjøre.

I noen tilfeller vil det være vanskelig å få til den direkte kontakten. Da kan alternativer være samtaler over internett som vist ved Drexel universitetet (Goetter et al., 2012). Ellers er tekniske løsninger prøvd i andre områder som DBT Coach (Rizvi et al., 2011), der man sender en smarttelefon med programvare med pasienten. Programvaren er designet for å gi et hjelpetilbud i situasjonen, og det er pasienten som selv oppdager den problematiske atferden og starter programmet som en selvhjelp.

Forsøkene som gjøres rundt i verden og i Norge, sier noe om at man er klar over problemene med å komme i kontakt med de individene som sliter med rusmisbruk. I Norge er likevel den dominerende holdningen at behandling handler om å komme til et kontor og snakke med en behandler.

7.2.2.1 Oppsummering

Det finnes i dag mange former for alternativ kontakt. Alternativene spenner fra tiltak i nærmiljøet, via gode offentlige tilbud som gir målbare gevinster for rusmisbrukeren, til elektroniske og nettbaserte løsninger for å gi hjelp der man ikke fysisk kan være til stede.

7.2.3 Er tilgjengelighet til hjelpetiltak alltid relevant sett fra rusmisbrukerens ståsted?

Intervjuene forløp som samtaler om temaer. Likevel var det påtagelig at flere av informantene måtte ha litt hjelp i forhold til å identifisere hjelpetiltak. For noen ble det da klart at de brukte hjelpetiltak, mens for andre var det mer likegyldighet.

I og med at bruken av tilbudene er belyst over, vil det her være mest interessant å se på likegyldigheten til tiltak.

Likegyldigheten kan ha flere forskjellige årsaker og noen av dem kan være følgende.

Det første temaet blir rusmisbrukere som sliter med lav egenverdi. Det er påfallende at alle intervjuobjektene, så nær som én, ga lite uttrykk for egen vilje. De hadde lite krav, lite egenvilje og lite ønsker for seg selv eller sin situasjon. En av informantene fortalte om en interesse for lesing, og var nå i gang med å lese om Kinas historie. På spørsmål om når han skulle dra til Kina, svarte han nesten uørlig, ”det skjer nok ikke”. Det kan veldig godt være at det ville være utopisk at han skulle reise, men kontrasten mellom den glødende interessen for keiserne, kinesernes situasjon og alle de fantastiske byggverkene, forsvant i det øyeblikket det var snakk om å gjennomføre en reise. Tolkningen som anføres her kan være feil, men med henvisning til det som tidligere er skrevet om motivasjon (Bandura, 2004), så er det ikke usannsynlig at troen på egen gjennomføringsevne er tillært gjennom det behandlings- og hjelpeapparatet informantene har vært en del av de siste 20 årene (Vygotsky, 1978).

Eller informantene som ramser opp for meg alt det som kunne vært oppnådd, hvis bare grunnene for dårlig selvbilde kunne vært avdekket.

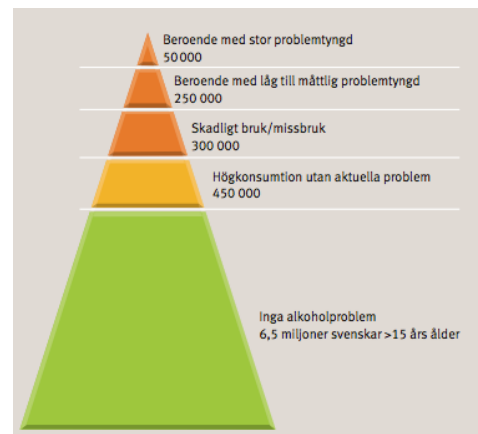
Når jeg har søkt om tilleggs medisiner, hvis det går gjennom, så har jeg avtalt med legen, at en sprekk så ryker det. Og det er helt greit. Det er jeg nitti prosent sikker på at jeg skal klare. Og det hadde betydd et nytt liv for meg. Så det er det som er mitt hinder. Men nå har jeg ikke helt søkt om det for jeg har ventet de syv årene for jeg har ikke følt at jeg har fortjent det tidligere av en eller annen grunn.

Syv år i rusmiljøet, inn og ut av hjelpeapparatet og informantene opplever at det ligger utenfor det man fortjener. Når det så går framover, er det på basis av LA (legemiddelassistert) definisjonen, der informantene sier: rehabilitering sørget jeg for selv.

Det kan se ut som om forståelsen av seg selv også gjør tilgjengeligheten til hjelpetiltakene mindre viktige. Utsagnene gikk mer i retning av: dersom ”noen” synes det er noe som er viktig for meg, så kommer det nok ”noen” og sørger for at jeg kommer meg dit.

Andre oppga at de søkte tilbud på basis av menneskene som var der. Svarene tydet på at det ikke var så viktig hvor det var, men desto viktigere at den personen som betydde noe, var der. Det blir da tydelig en del av informantene lever i en virkelighet som handler om enkeltpersoners innflytelse i livene deres. Alle informantene har vært i kontakt med hjelpeapparatet i en eller annen form. De har møtt det samme regelverket og de noenlunde like rutinene som brukes i forskjellige offentlige sammenhenger. Likevel er det noen personer som huskes, og noen situasjoner som beskrives som mer betydningsfulle enn andre. Og noen av terapeutene får en sterk innflytelse på klientens liv og fortsetter å virke på klientens atferd og valg lenge etter at den formelle behandler relasjonen er opphørt (Miller & Carroll, 2006).

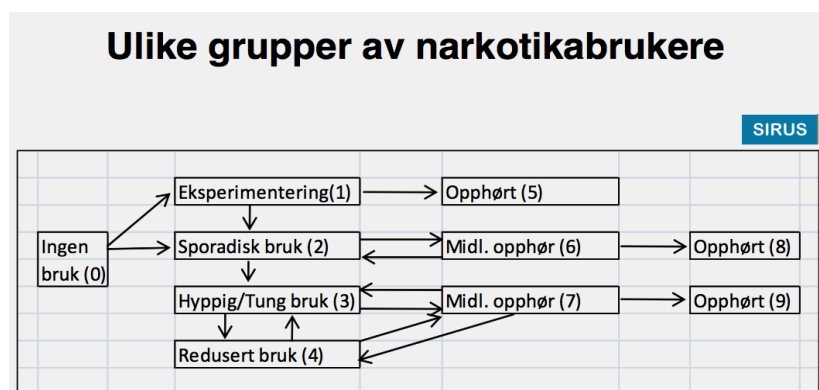
Undersøkelser i hele befolkningen omkring bruk av rusmidler, tilsier at det er ca. 1 prosent som har et behandlingstrengende forhold til rusbruk. Samtidig vet en at mange selv finner løsninger eller finner grunner for å slutte med rus, uavhengig av hjelpeapparatet. De som selv kommer seg ut, har gjerne en nyvunnet holdning til livet. Det kan være på grunn av livskriser eller markante positive hendelser. Noen finner religiøs tilhørighet og andre LAR seg rette inn av personer i sine



Figur 9 Fig ” Hentet fra Läkartidningen

omgivelser (Miller & Carroll, 2006). Dette vil i stor grad være mennesker som ikke kommer i kontakt med hjelpeapparatet på annen måte enn gjennom sin fastlege. I følge Sven Andréasson, som er professor og overlege ved Beroendecentrum i Stockholm fordeler

problematikken i Sverige seg som figur 8 viser (Sven Andréasson, 2011). Tallene tilsier at det er en veldig liten del av rusmisbrukerne som trenger spesialistbehandling, og at Andréasson angir at det kanskje er på tide å flytte deler av hjelpetiltakene bort



Figur 8 Utsnitt fra SIRUS presentasjon om narkotikasituasjonen på temadag om kartlegging av rusproblemer i kommunene 19.10.12

fra spesialistene og over til førstelinjetjenesten.

SIRUS oppgir på dagskonferanse 19.10.12 (figur 9) i sin presentasjon at det ser ut for at de tyngste brukerne sirkulerer i systemet, mens det i de andre gruppene er en vesentlig grad av rusreduksjon.

7.2.3.1 En oppsummering

Det er kan se ut for at betydningen av lokalisering varierer med forskjellige faktorer. Noen vil gå dersom de blir brakt dit, og har selv ikke noe forhold til akkurat hvor det ligger. Andre er mer opptatt av enkeltpersoner og hvor de oppholder seg. De hindres lite av tilgjengelighet, men finner sine favorittpersoner der de er for tiden. For den muligens største gruppen (se fig. 8) er tilgjengelighet til tjenester innenfor hjelpeapparatet helt ute av bildet fordi de går til sin fastlege, klarer sitt liv og mestrer sitt forhold til rusmidler med enkle intervensjoner.

For de tyngste brukerne kan det synes som om tilgjengelighet heller ikke betyr noe. De kan rutine for innleggelse, og behandlingsopplegg fungerer som perioder med reduksjon eller midlertidig opphold i rusingen (fig.9).

8 Konklusjon

Sett i lys av intervjuene, innspill fra forskningsfeltet og offentlige utredninger, synes samlokalisering av behandlingstiltak i TSB å forvanske brukernes tilgang til tjenestene. Samtidig faller kollektivtilbud bort i strøk med lavt kunde tilfang (Gundersen et al., 2010). Det gjennomgående i planlegging av kollektivtrafikk er at det legges liten vekt på grupper som består av relativt sett få mennesker.

Byplanleggerne legger kommunale helsesenter og fellesinstitusjoner i sentrum av boligområder for å gi lettest mulig adgang. Hjelpetilbud til rusmisbrukere blir ikke tatt med i disse lokalene.

I sitt grunnlag for anbudskonkurransen legger Helse vest opp til at det skal være flere funksjoner lagt til de tilbyderne som får avtale med Helse Vest. Selv om anbudsgrunnlaget lister flere tiltak omkring desentraliserte oppgaver og samarbeid med andre instanser, er resultatet i praksis at man får store institusjoner med flere avdelinger. Pr. i dag er slike institusjoner i Nord-Jæren-området bundet til en lokalisering og dermed et samlet fagmiljø. Dette resulterer i en sentralisering av kunnskap og kapasitet som går imot forutsetningene i anbudsgrunnlaget og intensjonen i stortingsmelding 30 (2011-2012), der det legges vekt på en prioritering av lokale ambulante og polikliniske tjenester.

Det ser ut for at de tilbudene som ligger nært brukeren og dermed har god fysisk tilgjengelighet, og som i tillegg har personell som har god kontakt med brukeren, får ha den største innflytelsen på brukernes daglige liv. Det ser ut for at det sjeldnere refereres til behandling i TSB som grunnlag for bedring i dagliglivet.

Etter gjennomgangen av teoretisk materiale og informantenes syn på de forskjellige temaene, kan det se ut som om de tilbud som er tilgjengelige i de daglige reiserutene informantene bruker, og som i tillegg tilbyr noe som er av verdi for brukeren er de tilbudene som brukes mest.

Sluttbetraktningen blir da at behandlingstiltak synes å ha liten verdi utenom den tiden da brukeren er i behandling. Tiltak som styrker lokalmiljøets fellesskapsfølelse og et større fokus på tiltak nært bolig, ville mest sannsynlig fungert best over tid.

Ettersom aktivitet både vitner om motivasjon og kan være en forsterking av motivasjon (Bandura, 2004), blir oppfordringen å gjør *et eller annet*, nesten samme hva. Aktivitet på et område som er tiltrekkende og tilgjengelig, ser ut som en fellesnevner for mange forskjellige stier mot endring.

8.1 Forslag til videre studier

Gruppen rusmisbrukere er en så mangeartet gruppe at det ville vært interessant å kartlegge hva som ga den enkelte lyst og tro på seg selv i stor nok grad til å starte nedtrapping av rusing, til fordel for større egenfunksjon.

En slikt studie kunne med fordel vært knyttet til et tiltak omkring nærområde, og arbeid med utvidet kontakt mellom beboere i nærmiljøet.

9 Referanser

- Engebretsen Ø, & Christiansen P. (2011). Bystruktur og transport. En studie av personreiser i byer og tettsteder (TØI rapport 1178/2011 ed.): Transportøkonomisk institutt.
- Astell-Burt, T., Flowerdew, R., Boyle, P., & Dillon, J. (2012). Is travel-time to a specialist centre a risk factor for non-referral, non-attendance and loss to follow-up among patients with hepatitis C (HCV) infection? *Social Science & Medicine*(0). doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.046
- Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 613-630. doi: 10.1016/j.brat.2004.02.001
- Beyer, S., Enoksen, E., Lie, T., & Nesvåg, S. (2011). Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken Oppdatering av Rusreform-evalueringen (2006-2010). Stavanger: IRIS og KORFOR.
- Bjerke, T. N. (2010). *Opplevd tilstedeværelse: potensialer ved bruk av IKT i rusbehandling*. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Broner, R. K., Kidorf, M. S., King, V. L., Stoller, K. B., Peirce, J. M., Bigelow, G. E., & Kolodner, K. (2004). Behavioral contingencies improve counseling attendance in an adaptive treatment model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 223-232. doi: 10.1016/j.jsat.2004.07.005
- Butt, S., & Phillips, J. G. (2008). Personality and self reported mobile phone use. *Computers in Human Behavior*, 24(2), 346-360. doi: 10.1016/j.chb.2007.01.019
- Eirin Larsen, & Ståle Frafjord. (2012, 17.10.2012). Tvinger ansatte til å reise kollektivt Retrieved 04-11, 2012, from <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/rogaland/nord-jaeren/1.8361248>
- Fortney, J. C., Booth, B. M., Blow, F. C., Bunn, J. Y., & Loveland Cook, C. A. (1995). The Effects of Travel Barriers and Age on the Utilization of Alcoholism Treatment Aftercare. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 391-406. doi: 10.3109/00952999509002705
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy in Combination with Exposure and Ritual Prevention for Obsessive Compulsive Disorder via Videoconferencing*. (Master of Science), Drexel University, Philadelphia.
- Gross, P. F. (1972). Urban health disorders, spatial analysis, and the economics of health facility location. *International Journal of Health Services*, 2(1), 63-84.
- Gundersen, G. K., Sørfossmo, O. M., & Lien, H. M. (2010). Kommunedelplan Bybane Stavanger - Sandnes.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2006). *"Ikke møtt": en analyse av sosialmedisinske poliklinikkens konsultasjonspraksis* (Vol. 2006:1). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Lov om pasientrettigheter (1999a).
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999b).
- HOD. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- HOD. (2006-2007). *St.prp. nr. 1*. Oslo.
- HOD. (2008). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: HOD Retrieved from <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>
- Lov om folkehelsetjenester (folkehelseloven) (2011a).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011b).

- HOD. (2011c). *Melding. St. 30*. Oslo: Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?id=686014>.
- Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A., & Skutle, A. (2008). Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata. In SIRUS (Ed.).
- KORFOR. (2011). Kartlegging av kommuner i Helse Stavanger området, 2011.
- Lazarus, R. S. (2009). *Stress og følelser - en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Lie, T., Nesvåg, S., & Allred, K. (2006). *Evaluering av den statlige rusreformen* (Vol. 2006/035). Stavanger: IRIS, International Research Institute of Stavanger.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. . *Tidsskrift for den Norsk Legerforening*(25), 122.
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (2008).
- Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging (2011).
- Miller, W. R., & Carroll, K. M. (2006). *Rethinking substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Munkvik, C. (2012). Snart kan du ta flybuss fra Jæren, from <http://www.aftenbladet.no/nyheter/lokalt/jaeren/Snart-kan-du-ta-flybuss-fra-Jaeren-3004230.html>
- Murdock, B. B. (1985). The contributions of Hermann Ebbinghaus. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition.*, 11(3)(Jul 1985), 469-471.
- Riksrevisjonen. (2010). Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. *Dokumentserie 3, Dokument 3:7*(2009-2010).
- Rizvi, S. L., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D., & Linehan, M. M. (2011). A Pilot Study of the DBT Coach: An Interactive Mobile Phone Application for Individuals With Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Behavior Therapy*, 42(4), 589-600. doi: 10.1016/j.beth.2011.01.003
- Schmitt, S. K., Phibbs, C. S., & Piette, J. D. (2003). The influence of distance on utilization of outpatient mental health aftercare following inpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1183-1192. doi: 10.1016/s0306-4603(02)00218-6
- Sven Andréasson. (2011). Behandling av alkoholberoende: dags att icke-specialister tar över. *läkartidningen*, 108(45), 2296.
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og Innlevelse En innføring i kvalitativ metode* (3 ed.). Bergen: FAGBOKFORLAGET.
- Ueland, M. (2012, 24-09-12). Bolig er jobb nummer en for denne gjengen Retrieved 12-10-12, 2012, from <http://www.aftenbladet.no/nyheter/lokalt/stavanger/Bolig-er-jobb-nummer-en-for-den-gjengen-3036824.html>
- Veysey, B. M., Grasmere, J., & Andersen, R. (2010). Supporting Peer Recovery in Rural New England: The RECOVER Project, Franklin County, MA. [Article]. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(3), 306-325. doi: 10.1080/07347324.2010.488537
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society*: Harvard University Press.
- Weisner C, M. J. P. S. M. C. L. Y. (2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(14), 1715-1723. doi: 10.1001/jama.286.14.1715
- Whetten, R., Whetten, K., Pence, B. W., Reif, S., Conover, C., & Bouis, S. (2006). Does distance affect utilization of substance abuse and mental health services in the presence of transportation services? *AIDS Care*, 18(sup1), 27-34. doi: 10.1080/09540120600839397

Wikipedia. (2009). Hub Retrieved 08-11, 2012, from <http://no.wikipedia.org/wiki/Hub>
Wikipedia. (2012). Hub (datanettverk) Retrieved 08-11, 2012, from
[http://no.wikipedia.org/wiki/Hub_\(datanettverk\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Hub_(datanettverk))

10 Forkortelser

TSB = Tverrfaglig Spesialisert Behandling for rusmiddelmisbruk

LAR = Legemiddel Assistert Rehabilitering

LEON = Lavest Effektive Omsorgs Nivå

SIRUS = Statens institutt for rusmiddelforskning

TØI = Transportøkonomisk institutt

IRIS = International research institute of Stavanger

11 Figurer

Figur 1 Eksempel på tetthetsberegning omkring transport traseer på nord Jæren s.13

Figur 2. Hentet fra Sandens kommunes hjemmeside. 05.09.12 s. 31

Figur 3 Sandes kommune sine hjelpetiltak s. 32

Figur 4 Sola kommunes organisering s. 33

Figur 5 Rennesøy kommunes tilbud s. 34

Figur 6 Randaberg kommunes tiltak s. 35

Figur 7 Behandlingstilbudene under Helse Vest s. 37

Figur 8 Fig ” Hentet fra Läkartidningen s. 66

Figur 9 Utsnitt fra SIRUS presentasjon om narkotikasituasjonen på temadag om kartlegging av rusproblemer i kommunene 19.10.12 s. 66

12 Vedlegg

12.1 NSD godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sverre Nesvåg
KOFOR Stavanger
Lagårdsveien 78
4010 STAVANGER

Vår dato: 25.01.2012 Vår ref: 29124 / 3 / KH Deres dato: Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29124	<i>En kartlegging av rusmiddelmissbrukeres bevegelsesmønstre og dette mønstrets sammenfall med plassering av hjelpejenester</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Sverre Nesvåg
Student	Jan Sigurd Moy

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 06.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Jan Sigurd Moy, Ospebergleite 4 C, 4045 HAFRSFJORD

Avdelingskontorer / District Offices:
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyyre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

12.2 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”En kartlegging av rusmiddelmissbrukeres bevegelsesmønster og dette mønsterets sammenfall med plassering av hjelpetjenester.”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å kartlegge hvordan mennesker fra rusmiljøet beveger seg og reiser på nord-Jæren. Hensikten med denne studien er å finne hvordan brukerne av hjelpetiltak beveger seg i vår region og hvordan dette sammenfaller med plasseringen av hjelpetiltakene.

Hva innebærer studien?

Studien skal være en del av en større studie i fire nordiske byer. For deg som deltar vil dette innebære at du er med på et intervju der du blir spurt om dine vaner, de forskjellige plassene du oppholder deg, og hvordan du synes det er å komme deg til og fra de tilbudene du bruker.

Mulige fordeler og ulemper

Opplysningene du gir vil bli brukt til å lage en oversikt over hvordan hjelpetiltakene er plassert og hvordan du og de andre som bruker tiltakene, har tilgang til områdene der tiltakene er plassert. De informasjonene du gir fra deg vil bli behandlet på en slik måte at de ikke er noen fare for deg på noen måte

Hva skjer med informasjonen om deg? Når studien er ferdig blir alle informasjoner og opptak om deg og din situasjon, slettet. Det som blir igjen blir ikke mulig å knytte til deg. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Når studien er over, ca. midten av juni 2012, vil alle personopplysninger og lydopptak blir slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Jan Sigurd Moy på tlf. 92825729 eller forskningsleder på KORFOR Sverre Nesvåg tlf. 90837431.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, økonomi og forsikring. Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Bakgrunnsinformasjon om studien

Studien er en del av en nordisk undersøkelse omkring behandling som gis til rusmisbrukere. Den delen som hører til denne oppgaven, er begrenset til området på Nord Jæren, og vil bli tatt inn som en del av den større nordiske undersøkelsen.

- Tidsskjema

Du vil bli kontaktet i løpet av mars eller april for å avtale tid for en samtale. Den tiden vi fastsetter skal passe for deg.

- Mulige ubehag/ulemper

Du kommer til å bli spurt om deler av livet ditt som du kanskje ikke snakker om til vanlig. Dette kan være litt ubehagelig, men det vil bli lagt vekt på at du ikke skal oppgi ting som du ikke vil dele.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg vil ikke bli mulige å knytte til deg for andre enn de som er direkte involvert i studien. Så snart studien er ferdig, vil alle opplysninger som kan knytte deg til studien bli slettet.

Mens studien pågår, vil opplysningene fra intervjuene bli oppbevart ved KORFOR i Stavanger. Når studien er ferdig vil oppgaven og evt. Gjenværende notater, bli oppbevart ved Universitetet i Stavanger.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlende prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Når studien er ferdig, vil den bli tilgjengelig gjennom samlingen av masteroppgaver ved Universitetet i Stavanger.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

12.3 Intervjuguide

Tema en: Hvordan man vanligvis reiser i regionen: sitater her viser hvordan reise eller forflytning i området skjer. Målet er å få kartlagt hvilket transportmiddel som brukes og i hvor stor grad de forskjellige alternativene brukes. Eks. er buss, taxi, privatbil, andre hjelpeinstansers biler, sykkel, moped, motorsykkel eller egne ben.

Tema to: Noen spesifikke geografiske områder som brukes mer enn andre: Sitater som sier noe om hvor målet for reisen er lokalisert. Målet kan da være en institusjon, et kontor, en møteplass eller lignende.

Tema tre: Hvilke aktiviteter som knyttes til de forskjellige områdene: Sitater som tar opp hensikten med reisen. Hvem er det man besøker eller møter og hvilken tilknytning det er mellom informant og den man møter. Det vil også inneholde aktiviteter knyttet til dette spesielle stedet.

Tema fire: Hvordan kommunikasjonsmetoder som brukes: Sitater som tar opp bruken av andre kommunikasjonsmidler. Kommunikasjonsmidlene vil da omfatte telefonisk kontakt, SMS kontakt, internett og sosial medier. Videre tas det med hvem som er mål for kontakten, frekvens og hensikt med slik kontakt.

Tema fem: Hvordan oppleves kontakten med hjelpetiltaket: Sitater om erfaringer med hjelpeapparatet. Hvilke instanser og eventuelle personer har vært positive/negative elementer i kontakten.

Tema seks: Hvordan beskrives hindringer eller vanskeligheter med kontakten med hjelpetiltaket: Sitater om situasjoner som har vært problematiske eller ikke har oppfylt forventninger.

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.2) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	En kartlegging av rusmiddelmissbrukeres bevegelsesmønster og dette mønsterets sammenfall med plassering av hjelpetjenester.	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Stavanger	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det samfunnsvitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helsefag	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Sverre	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Nesvåg	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Forskningsleder	
Arbeidssted	KOFOR Stavanger	
Adresse (arb.sted)	Lagårdsveien 78	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	4010 Stavanger	
Telefon/mobil (arb.sted)	48136702 / 90837431	
E-post	sverre.martin.nesvaag@sus.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Jan Sigurd	
Etternavn	Moy	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Ospebergleite 4C	
Postnr/sted (privatadresse)	4045 Hafrsfjord	
Telefon/mobil	92825729 /	
E-post	janmoy@lyse.net	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Kartlegge rusmiddelmissbrukeres bevegelsesmønster og undersøke hvordan dette mønsteret sammenfaller med fysisk plassering av behandlingstiltak.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		

Utvalget	Utvalget er fra kjente rusmiddelmissbrukere. Opplysningene som skal innhentes handler om hvordan de reiser, hvor de oppholder seg og hvordan deres adgang til å nå behandlingstilbudet oppleves.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Utvalget rekrutteres gjennom kontakt med fastleger i Rennesøy, Randaberg og Sandnes kommuner. I tillegg skal det rekrutteres fra ruspoliklinikken ved Rogaland A-senter.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Prosjektet vil bli presentert første gang ved hjelp av den potensielle informasntens behandler. Etter dette vil det gjennomgås etiske regler og innhentes samtykke ved undertegnede.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Størrelsen på utvalget vil være 6 til 8 personer.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Informasjonen vil omhandle rusmisbrukeres bevegelsesmønster i området Nord Jæren. I intervjuene vil en forsøke å hente ut reiseruter, oppholdsteder og valg av transportmidler.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke	Det vil samles inn navn, fødselsår og kontaktinformasjon som adresse, e-post og telefonnummer.	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom

Hvis ja, hvilke?		bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	identifiserbare opplysninger blir oppbevart ved KORFOR, Helse Stavanger.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	

Spesifiser	Personidentifiserbare opplysninger oppbevares separat ved KORFOR.	
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja ● Nei ○	<p>Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.</p> <p>Les mer om behandling av lyd og bilde.</p>
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Pasordbeskyttes og lagret i lukket ned ved KORFOR, Helse Stavanger	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Opptakene vil bli gjort med opptaksutstyr og legges over på lagringsmedie ved KORFOR etter intervju er gjennomført.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei ●	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja ○ Nei ●	<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres</p> <p>Les mer om databehandleravtaler her</p>
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en

Hvis ja, hvilke?	Har søkt REK vest. Her fant man at opplysningene som er etterspurt ikke trengte registrering i REK.	ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole,
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01/02/2012 Prosjektslutt:06/06/2012	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Identifiserbare opplysninger og lydopptak slettes.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	prosjektet er en masteroppgave og blir ikke finansiert av andre enn studenten.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	3	