

UiS, institutt for samfunnsfag

## **Får personer med ruslidelser like gode tjenester som personer med psykiske lidelser?**

En kvantitativ studie av tjenesteytelsen i en kommune i Rogaland.

Masteravhandling 2012



Rita Ims, masterkandidat

- UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE**

---

**SEMESTER:**

Vår 2012

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Får personer med ruslidelser like gode tjenester som personer med psykiske lidelser?**

---

**FORFATTER:**

Rita Ims

---

**VEILEDER:**

Karl Johan Engelhart Olsen

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

rus, psykiatri, tjeneste, bestiller, utøver, bruker, brukermedvirkning, endring, ledelse

---

**SIDETALL:**

71

---

**STAVANGER**

**15.06.12  
DATO/ÅR**

## **Forord**

«Gud gi meg sinnsro til å godta det jeg ikke kan forandre. Mot til å forandre det jeg kan, og visdom til å se forskjellen» (Frans av Assisi 1181 - 1226)

Jeg vil rette en stor takk til virksomheten og informantene som har vært behjelpelige med innsamling av data.

Takk til Møyfrid Løvbrekke og Nina Torbjørnsen for velvillighet og god hjelp ved mitt besøk på Dalane DPS.

Takk til min leder Vigdis Torjussen som har vært positiv og latt med studere.

En spesiell takk til min veileder Karl Johan Engelhart Olsen som har kommet med gode tips og innspill til avhandlingen gjennom hele prosessen, og for støtte og oppmuntring.

Til slutt en stor takk til min ektefelle som har vært tålmodig og støttende i denne fasen.

## Sammendrag

Arbeidet med avhandlingen har gitt meg muligheten til å se nærmere på bestiller/utførerrollen når det gjelder tjenestetilbudet til mennesker med ruslidelser og/eller psykiske lidelser som bor i eget hjem. I avhandlingen er det tatt utgangspunkt i en kommune i Rogaland. Tjenestene gis i både kommunal bolig og privat bolig. Kommunen arbeider etter bestiller/utfører modellen.

”Med endringsledelse forstår vi ledelsesmessige grep for å sikre organisasjonens eksistens berettigelse gjennom nødvendig tilpasning og ønsket utvikling.” ( Busch m fl, 2007: 17)

Samfunnet vårt er i rask endring hele tiden. Færre og færre har stabile rammebetingelser. Organisasjoner må endre seg for å overleve. Kommuner står overfor så massive krav fra innbyggere at de er nødt til å tenke alternativt, og å være villige til å endre seg.

Noen av de viktigste funnene i undersøkelsen er at det ikke kan sies at personer med ruslidelser får dårligere tjenester. På bakgrunn av at det kun var tre fra utfører som svarte, så er det ikke nok til å fastslå at det nødvendigvis er slik.

Bestiller og utøver svarte ulikt på flere spørsmål. Det hadde vært interessant å undersøke nærmere i større skala om hvorfor det er slik.

Utfører svarte ikke på alle spørsmål, derfor er grunnlaget mindre enn det som hadde vært forskningsmessig ønskelig for å trekke slutning.

# **Innholdsfortegnelse**

## **Forord**

## **Sammendrag**

## **1 Innledning**

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.2 Tema

1.2.1 Samhandling om bedre tjenester

1.3 Psykisk helse og rus

1.4 Oppgavens struktur

## **2 Teoretisk forankring**

2.1 Rusmiddelavhengighet i et historisk perspektiv

2.2 Teoretisk grunnlag

2.3 Bruken av ulovlige stoffer

2.4 Brukerbegrepet

## **3 Metode**

3.1 Kvantitativ metode

3.2 Forskningsdesign

3.3 Forforståelse

3.4 Utvalg

3.5 Spørreskjema

3.6 Informasjon og konfidensialitet

3.7 Analyse

3.8 Reliabilitet og validitet

3.9 Kritisk refleksjon

## **4 Analyse og fortolkning av materialet**

## **5 Drøfting**

### 5.1 Innledning

### 5.2 Diskusjon av forskningsspørsmål i lys av teorier, erfaringer og resultater

## **6 Konklusjon**

## **Litteraturliste**

## **Vedlegg**

Vedlegg 1 Spørreskjema

Vedlegg 2 Informasjon og konfidensialitet

Vedlegg 3 Tilleggsspørsmål

Vedlegg 4 Startlån, eksempel på bruk av informasjon

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Kommunene er pålagt å løse en rekke oppgaver på rusfeltet. For dette arbeidet gjelder en rekke lover. Kommunen masteravhandlingen er utført i har nettopp vedtatt en ny rusmiddel politisk handlingsplan. De har tidligere ikke hatt rusmiddel politisk handlingsplan, men har hatt rusforebyggende plan og alkoholpolitisk handlingsplan som er lovpålagt å ha. (jf Alkohollovens § 1 – 7d) En rusmiddel politisk handlingsplan er ikke lovpålagt, men det er sterke oppfordringer fra sentrale myndigheter om at kommunen lager integrerte rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Kommunen ønsker at denne nye rusmiddelpolitiske handlingsplanen skal bidra til en helhetlig og samordnet innsats på rusfeltet». (Rusmiddel politisk handlingsplan, 2012: 4) Dette, og det at rusmiddelavhengige med psykiske lidelser mener de ikke får god nok tjenesteyting, er bakgrunnen for å utføre en undersøkelse for å se om dette stemmer.

### 1.2 Tema

Valgt problemstillingen er:

**Er tjenestestandarden til personer med ruslidelser like god som den psykisk syke uten ruslidelser får?**

«**Hypotese**»: Rusmiddelavhengige får ikke like gode tjenester som psykisk syke får.

Hensikten er å få kunnskap som kan bidra til endring i tjenestestandarden.

Bakgrunnen for valg av tema og problemstilling er erfaring fra arbeid i kommuner i Rogaland.

Valget falt på egen organisasjon. «Noen ser det som en fordel med distanse – at forskeren kommer utenfra. Argumentet da er at en er fri for bindinger og hensyn til det feltet som skal undersøkes, og at forskeren vil møte feltet med «friske» øyne. Som motargument til dette sier

Patton at distanse ikke garanterer objektivitet, det garanterer bare avstand.» (Dalland, 2012: 121)

Problemstillingen kom fordi fagfeltet og brukerne selv mener denne brukergruppen blir stigmatisert av samfunnet og av tjenesteytere og at de ikke får den hjelpen de behøver og har rett til.

«Det er en økt bevissthet i utdanningsenheter og faglitteratur om nødvendigheten av å bevege seg bort fra posisjonen «hjelper som ekspert» og over til posisjonen «partner» i et mer likeverdig samarbeid. Likevel, når så mange brukere i mange ulike fora har fortalt om sine opplevelser av krenkelser i møte med ulike deler av hjelpeapparatet, er det tydelig at denne kunnskapen er vanskelig å omsette i praksis der hjelpere møter brukere.» (Jenssen 2012: 19)

### **1.2.1 Samhandling om bedre tjenester**

I kommunen som denne undersøkelsen er utført i, er tjenesten til både personer med ruslidelser og psykiske lidelser samordnet i en virksomhet.

«Departementet anbefaler også at det gjennomføres felles kompetanseutvikling for psykisk helsevern og tiltak for rusmiddelmissbrukere, samtidig som begge kompetanseområder videreutvikles i henhold til sine spesifikke oppgaver.» (URL 1)

«Psykiske helsetjenester og rus vil fortsatt være en fattig fetter i kommunehelsetjenesten. Statsbudsjettet for 2012 har få gulrøtter å tilby kommuner som vil legge til rette for psykisk helsehjelp med lav terskel. Psykisk helse er satt på vent.» (URL 2)

«Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet omfatter hele rusområdet og inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging. Det overordnede målet for planen er å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltmennesker og for samfunnet. De fem hovedmålene er:

- Folkehelseperspektiv
- Økt brukerinnflytelse
- Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Forpliktende samhandling.» (Rusmiddel politisk handlingsplan 2012: 23)



I kommunen denne masteravhandlingen er utført i, ble det utført en kartlegging av personer med rusmiddelproblemer oktober 2011 for første gang. Dette er et kartleggingsverktøy, Brukerplan, som er utviklet av Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR). Verktøyet gir mulighet for å sammenligne ulike kartlegginger i kommunen år for år. På denne måten kan en se om tiltakene en setter inn når fram til brukergruppene. Resultatet av undersøkelsen viser at denne kommunen har et omfattende og mer alvorlig rusproblem enn sammenlignbare kommuner, særlig i forhold til personer med samtidig rus og psykisk lidelse. Kartleggingen avdekker flere alvorlige forhold som det må arbeides videre med, for eksempel at det er en stor andel av rusmiddelavhengige som har samvær/omsorg for egne barn enn i sammenlignbare kommuner. Kartleggingen viser også at det er mange brukere med samtidig rus og psykisk lidelse som ikke har tilfredsstillende boligsituasjon. (Rusmiddel politisk handlingsplan 2012: 6 og 21)

### **1.3 Psykisk helse og rus.**

Inspirasjon til problemstilling kom på bakgrunn av at rusmiddelavhengige i virksomheten avhandlingen er utført i, hevder at de ikke er verd noe for resten av samfunnet. Det er utført en undersøkelse (Brukerplan, 2011) som har kartlagt utfordringer denne kommunen har å arbeide med i tiden framover i forhold til denne brukergruppen. (Rusmiddel politisk handlingsplan 2012: 6) Kommunen har nettopp vedtatt sin første rusmiddelpolitiske handlingsplan i etterkant av undersøkelsen.

«Noen brukere mener de ikke har høy nok status i samfunnet.» (Jensen 2012: 191-192) Det er viktig å finne ut om det faktisk er slik, for da må det gjøres noe med holdningene til denne brukergruppen.

«Status defineres som posisjon, rang eller stilling. T.H. Marshall laget denne definisjonen for mange år siden: ”Status er måten en mann blir behandlet på av sine medmennesker, og måten han behandler dem på.” ( Johannesen, 2009: 93)

«Den enkelte vil ha problemer med å bli bedømt som seg selv fordi karakteristikken rusmiddelavhengig kan ha en tilbøyelighet til å overskygge alt annet som vedkommende også er.» (Asmussen m fl, 2004: 13)

Alle har en psykisk helse.....

«Fugelli (2003: 11) hevder at helse først og fremst handler omvalg av verdier.

Han sier videre at helse langt på vei er det gode liv og livet skal ikke defineres og at mennesket til alle tider har lengtet etter frihet og at det kan se ut som frihet er den høyeste livsverdien. Hvis helse er det gode liv, må det bety at frihet er helsebetingelse nummer en.» (Fugelli 2003:13)

Denne definisjonen åpner sterkt for brukernes egen selvbestemmelsesrett. Selv om de lever et liv på kanten av stupet, så skal de få lov til det, uten at tjenesteyterne blander seg i deres liv. «Respekt for brukerens autonomi og selvbestemmelse og brukermedvirkning er vektlagt i helsetjenesten og helselovgivningen» (Helsedirektoratet 03/2012: 34)

Det er flere lover som regulerer tjenesteytelsen, blant annet: helsepersonelloven, pasient – og brukerrettighetsloven, helse – og omsorgstjenesteloven, internasjonale menneskerettighetskonvensjoner og noen av disse lovene kan brukes mot hverandre. Man skal respektere brukerens rett til selvbestemmelse, men samtidig skal man redde liv.

«Autonomi betyr retten til å velge. I vestlig filosofi og i norsk helsevesen generelt står prinsippet om autonomi høyt.» (Sinn og samfunn, 2012:14) Videre skriver de at i psykiatrien er det komplisert. Vi må gå inn i hver enkelt situasjon for å se hvordan vi ivaretar autonomien.

Hvis vi fratar menneskets rett til å ta viktige valg som har betydning for egen helse og livskvalitet, må vi kunne begrunne det både medisinsk og etisk.

«Helse er et kulturelt betinget begrep som varierer med kultur, oppfatning og historie. Medisinsk er helse definert som organismens evne til effektivt å svare på stressfaktorer og effektivt restituere og vedlikeholde en likevektsbalanse.» (URL 3)

«Den biomedisinske definisjonen av helse er fravær av sykdom. Definisjonen er blitt kritisert for å være for snever (URL 4) og for å ha for mye fokus på fysisk helse.»

«Som en reaksjon mot denne laget verdens helseorganisasjon (WHO) i 1948 denne versjonen av helse: en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom eller lyte. Innvending mot denne er at den har gjort sykdomsbegrepet vanskelig å avgrense og at den er et eksempel på et uoppnåelig ideal.» (URL 5)

«WHO's definisjon av helse er både vid og ambisiøs: «Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosial velvære». Definisjonen har vært kritisert og forkastet, blant annet fordi den legger et resultatlikhets-ideal til grunn som er umulig å oppnå. Noen vil aldri oppleve å være fri for sykdom og lyte. En kan med rette hevde å føle seg syk, men generelt være ved god helse. Eller en kan være frisk, men ha dårlig helse. Resultater fra den norske helseundersøkelsen i 1985 viste at størsteparten av dem som oppgav å ha en sykdom/diagnose, likevel var fornøyd med egen helse.» (URL 6)

«Nesten halvparten av den norske befolkningen får psykiske plager i løpet av livet. De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Jo bedre inntekt og utdanning man har, desto større er sjansen for at den psykiske helsen er god.» (URL 7)

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser.

«Psykiske plager: Plager som kan gi høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis så høy at de kan karakteriseres med diagnose. Mange vil oppleve å ha betydelige psykiske plager i kortere eller lengre perioder uten at dette kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose». (fhi rapport 2011:1: 15)

«Psykiske lidelser: Symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose.»(fhi rapport 2011:1: 15)

Rusmiddelavhengighet innebærer forhøyet sjans for å få psykiske lidelser. Det er vanskelig å skille rus og psykiatri fra hverandre. Hva kom først, de psykiske problemene eller rusproblemene? «De siste 25 årene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig.» (Helsedirektoratet 2012/03:13)

«Rusmiddelavhengighet: Tilstand der det er utviklet et avhengighetsforhold i bruken av rusmidler. Tilstanden har ikke helt klare diagnostiske kriterier, men det er mulig å plassere den i diagnosesystemer. Intensiteten av avhengighetsfølelsen kan variere betydelig både mellom personer og hos samme person over tid.» (URL 8)

## **1.4 Oppgavens struktur**

Avhandlingen struktureres som en vitenskapelig avhandling. Følgende kapitler er med i avhandlingen:

- Introduksjon til avhandlingens innhold
- En beskrivelse av studieområdet
- En beskrivelse av metodebruk
- Resultater
- Drøfting
- Konklusjon
- Litteraturliste

## **2 Teoretisk forankring**

«Som fortolkende videnskap sigter etnografien generelt på at afdekke og forstå, hvordan verden ser ud fra den andens sted – at nå ud over den forståelse af verden, der er indlysende for etnografen selv og det samfund, han eller hun er rundet af. Dette afsæt i stofbrugere – til forskel fra i politikken eller lovgivningen på området, i behandlingspraksis eller i befolkningsflertallets fordomme – har gjort, at den etnografiske rusmiddelforskning har været i stand til at udfordre gængse forståelser af stofbrug og stofbrugere. Den har slået revner i forstillingerne om, den væsentlige viden om stofmisbrugere kun reduceres til at være et spørgsmål om at udforske dem som socialt og psykisk afvigende, kriminelle, syge og svage. (Asmussen m fl 2004: 40)

### **2.1 Rusmiddelafhængighed i et historisk perspektiv**

#### **Alkohol**

Babylonske steintavler viser framstilling av øl til religiøse ritualer 6000 f.Kr. Vi blir oppfattet som medisin i Babylon rundt 450 f.Kr. Det er vitnemål om alkoholbruk i gamle tidsskrifter som Hávamál, Heimskringla og islandske ættesagaer. (Fekjær, 2008: 25 og 27)

Videre sier han at øl er den tradisjonelle drikken i Norge inntil brennevinet får sitt gjennombrudd på 1600 – tallet. Da blir brennevin den dominerende drikk, både som fylledrikk og som medisin.

Brennevin blir foreskrevet av leger mot en lang rekke sykdommer, helt til moderne medisinsk forskning på 1900 – tallet avkrefter at alkohol hjelper mot sykdommer.

## **Narkotika**

«Noen av stoffene som vi i dag kaller narkotika er svært gamle.(Fekjær, 2008: 29)

Opiumsstoffer ble brukt før Kristi fødsel og er fortsatt vårt mest effektive smertestillende middel, samtidig som det er billig.

På 1800 – tallet blir opium og morfin solgt i England og USAs dagligvarebutikker. På 1890 – tallet importerer USA hver måned ca 300 mg opium pr innbygger.»

Videre sier Fekjær (2008). at cannabis er en gammel kulturplante som ble dyrket i Asia allerede 3-4000 år før Kristus.

«Amfetamin ble syntetisert i 1887. Mange» pene» eldre mennesker kan nå bli forskrekket over å høre at det oppkvikkende middelet Bazedrin, som de tok under eksamenslesning eller nattevakter, var identisk med amfetamin.

I London selges khat som grønnsak på torgene, i Norge er det definert som narkotika. Mange østafrikanere oppfatter nordmenn som gale som kan forby khat og samtidig tillate alkohol.» (Fekjær, 2008: 33)

## **2.2 Teoretisk grunnlag**

«Endringsledelse er en prosess som aldri «tar slutt». Å være endringsleder er å være i en «evig strøm» hvor du beveger deg mellom stadig nye virksomhetsdiagnoser, jeg-diagnoser, jeg-mål og jeg handlinger som alle henger sammen med og innvirker på hverandre. Organisasjonen og omverdenen forandrer seg og byr på nye utfordringer i form av problemer og muligheter i form av både ytre faktorer og som en funksjon av virksomhetens tiltak og dine egne handlinger» (Ottesen, 2011:43)

«Personer med samtidig ruslidelse psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Selv om det har vært økt oppmerksomhet på denne pasientgruppen de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den

psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmissbruket bak den psykiske lidelsen.»  
(Helsedirektoratet, 2012: 15)

«De lever med sorg, skam, maktesløshet og sinne, frykt og skyldfølelse» (Asfalt, 2012: 7)

«Vi har teorier om stigmatisering som låser mennesker i kategorier, og det er økt bevissthet om nødvendighet av å bevege seg bort fra posisjonen «hjelper som ekspert» over til posisjonen partner i et mer likeverdig samarbeid. (Jenssen, 2012: 19) Alle krav på respekt og aksept for at vi er bra som vi er, og det har denne gruppen også. Videre skriver Jensen, (2012) at mange brukere i ulike fora har fortalt om sine opplevelser av krenkelser i møte med ulike deler av hjelpeapparatet.

«En har lett for å stigmatisere denne gruppen, rusavhengighet er ofte forbundet med skyld og skam, de er selv skyld i sin elendighet og dermed er vi ikke i samme grad forpliktet til å hjelpe.» (Asfalt, 2012 og Jenssen, 2012)

«En bør se hvert menneske som unikt og med individuelle behov. «En bruker er ikke bare en bruker. Denne brukeren kan være en tidligere politikvinne, tidligere lærer, mester i sjakk, ha svart belte i karate, husfar, medlem i MENSA, blind, døv eller funksjonsfrisk med depresjon og så videre. (Jenssen, 2012: 29) Videre sier de at en bruker kan være så mangt, men felles for brukere er at de en eller annen gang har vært brukere av tjenestesystemet vårt.»

«Dere skal skaffe pluss minus 1000 kroner daglig, bare i dop, dere må skaffe steder å bo og dere må skaffe mat og klær. Arbeidsmiljøloven og HMS er særdeles dårlig utbygd og verneombudet glimrer totalt med sitt fravær. Det er ikke et liv for ressursvake mennesker.»  
(Jenssen, 2012:40)

«Kommunene har ansvaret for bo oppfølging overfor brukere med særskilte behov. Bo oppfølgingen innebærer tiltak som skal gjøre brukere best mulig i stand til å mestre og til å ta ansvar for sin bo – og livssituasjon». (Eriksen 2011:10)

«Boligsosialt arbeid omfatter alt fra kommunenes innsats fra å framskaffe og tildele boliger til tjenester og enkelttiltak som kan bedre den enkeltes forutsetning for å mestre sin bo – og livssituasjon.» (Helsedirektoratet, 2012: 79-80)

«Individuell plan er lovpålagt verktøy for å sikre felles beslutningstaking.» (Helsedirektoratet 2011: 60) Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan er en rettighet Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er hjemlet i helselovgivningen og trer i kraft fra 1. januar 2012. Rett til individuell plan følger for øvrig også av NAV-loven fra 2006, lov om sosiale tjenester i NAV fra 2009 og barnevernloven. Individuell plan forutsetter samhandling. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.» (URL 13)

«Partene skal informere og sikre pasientens rett til individuell plan og sammenhengende og koordinerte tjenester gjennom hele behandlingsforløpet.» (Samarbeidsavtale 2012: 5)

«Når kommunenes tjenesteapparat avdekker at en person har en ROP – lidelse (samtidig rus og psykisk lidelse), skal personen ved behov henvises til rett utrednings – og behandlingsnivå, enten i det kommunale tjenesteapparatet, i psykisk helsevern eller TSB (tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser). I alle kommuner skal det finnes rutiner for å identifisere og følge opp personer med ruslidelser og psykiske problemer.» (Helsedirektoratet 2012:101)

«Rus og psykiatri er ofte to sider av samme sak, og bør ses i en sammenheng. «ROP – lidelser: Personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser. Flere utenlandske studier viser en høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er til behandling i psykisk helsevern, særlig hos pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene.» (Helsedirektoratet 03/2012: 27)

«Forekomst av ROP lidelser i primærhelsetjenesten: Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og at ca 40 prosent av dem, det vil si om lag 50 000 personer, kan ha rusmiddelproblem og en opphopning av levekårsproblemer.» (Helsedirektoratet 03/2012: 29)



«Hva har vi å lære av barnetimen? At det ikke finnes sykdommer, bare sykdomsopplevelser, at helse og sykdom handler like mye om oppdragelse og dannelse, om forventninger og frykt, som om harde fakta og hvite knokler.» ( Fugelli, 2003: 47)

«Det er viktigere å hjelpe enn å fordømme» (Asfalt, 2012: 10)

Det stiller store krav til tjenesteyterne. Tjenesteyterne må bygge opp tillit til den brukergruppen, og tillit er ikke noe en har, det er noe en må arbeide for å oppnå. (Jenssen 2012)

«Det kom en rusreform i 2003 som gjør rusmisbruk og rusmiddelavhengighet til spesialisthelsetjenestens ansvar.» (URL 11)

«Det ble utført en ungdomsundersøkelse i 2010 i kommunen avhandlingen er utført i (Ungdata, et samarbeidsprosjekt mellom kompetansesentre for rus, kommuneforlaget og NOVA) sammen med 15 andre kommuner i Rogaland. Undersøkelsen hadde til hensikt å gi et bilde av ungdommenes holdninger og forhold til rusmidler og bruken av dem. Det er viktig for en kommune å ha et bilde av hva ungdommene bruker fritiden sin til for å forebygge bruk av rusmidler. Rusmiddelavhengighet fører til personlige og samfunnsmessige utfordringer. Undersøkelsen viser en klar sammenheng mellom rusmiddelbruk og kriminalitet og vold.» (Rusmiddel politisk handlingsplan, 2012: 5 og 14)

«Som bruker ønsker alle å bli behandlet på en respektfull måte der ressurser og potensialer fremheves i tillegg til vanskene de sliter med. Vi er ikke problemet, vi har problemer, påpeker de.» (Jensen m fl. 2012: 19)

«Jeg har lyst å riste personell som jobber i rusomsorgen. Mange har uakseptable holdninger til brukerne.» ( Tjølås, 2011: 12)

«Pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet ble ofte kasteballer mellom systemene og opplevde seg ofte som mindreverdige – ingen ville ha dem.» (Badeliv, 2008: 2)

Rusavhengighet er farlig. Det er farlig fordi rus bryter ned kroppen, man risikerer å dø av overdose i tillegg til å befinne seg i kriminelle miljøer. (URL 9) Problemet har vært behandlet i årevis som om det var et tegn på dårlig karakter, lav moral eller manglende dømmekraft som i eksemplet nedenfor:

«Jeg har på min løbebane set hvor et hjem er værd, hvor konen var en *sjuskedorte* de har uredt hår, uvaskede ansigter, negle med sørgerande som begravelses annonser, deres strømper hænger om deres hæle, deres kjoleskoning er løsreven og en stump på nogle tommer slæber efter dem, der er hullerpå hælene og ingen tær i strømperne. Hvorledes ser en sådan kvindes hjem du? Naturligvis som hendes person. Og hendes børn? Som hjemmet. Og kan man så ikke nok forstå, at en mand under sådanne omstændigheder hellere vil sidde på proper restaurant endvære i et sådant hjem, hvor en sjuskedorte råder. Hvad er nemlig følgen, sagens kerne? Den simple, at en sådan familie efterhånden synker ned i den bundløse fattigdom og last. Og veien gjennom dårlige hjem går ofte ad fattiggården og det, der er verre – fengslet!» (Stensvik, 2011: 65)

Å være rusmiddelavhengig kan ha mange ulike årsaker. Ingen vet hvor mange rusmiddelavhengige det er i Norge, fordi det er en uregistrert bruk både av lovlige rusmidler og ulovlige rusmidler. Alkoholomsetningen har vært statistikkført siden 1851, og omsetningen har svingt. (Fekjær, 2008:71) Han hevder videre at de store svingningene er ikke skjedd tilfeldig. De gjenspeiler hovedsakelig tre forhold:

- Befolkningens holdninger
- Alkoholpolitikken
- Kjøpeevne

Disse tre faktorene gjelder registrert forbruk av alkohol. I tillegg finnes det et uregistrert forbruk. Fekjær hevder videre at forskningsoversikten i 2001 konkluderte med at det uregistrerte forbruket i nesten alle vesteuropeiske land er på 1-2 liter ren alkohol pr voksen innbygger pr år.

Videre sier Fekjær ( 2008: 74) at det statlige rusforskningsinstituttet konkluderer med at unge menn har høyest alkoholforbruk. Han sier også at forbruket av alkohol er svært skjevt fordelt i befolkningen. De fleste nordmenn drikker sjelden og lite og at de 10 prosentene som drikker mest, drikker ca halvparten av alkoholen.

## 2.3 Bruken av ulovlige stoffer

«SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) har foretatt årlig undersøkelse blant unge i mange år.» (Fekjær, 2008: 86) Videre sier han at hvem som bruker ulovlige stoffer ikke er tilfeldig. Han sier det er en meget sterk sammenheng mellom bruk av alkohol og bruk av ulovlige stoffer.

- Av alle som bruker alkohol, vil ca ¼ prøve hasj
- Av alle som prøver hasj vil ca ¼ prøve sentralstimulerende midler
- Av alle som prøver sentralstimulerende stoffer, vil ca ¼ prøve heroin
- Flertallet som prøver heroin, blir ikke daglige brukere eller narkomane.

«I mai 2003 arbeidet Byrådet i Oslo for å fjerne rusmiddelavhengige fra Plata. Et av argumentene var at disse menneskene representerer en visuell forurensning» (Fugelli, 2003: 52)

«Problematisk alkoholbruk blant eldre omtales ofte som et skjult eller ikke-eksisterende problem. Mange eldre og deres nærmeste familie, unngår å snakke om deres alkoholproblem på grunn av skam og skyldfølelse.» (Rusfag, 2012: 81)

«Risikofaktorer for rusmiddelavhengighet: Individet selv (temperament, verbal og sosial ferdighet, nevrologisk eller genetisk svikt/skade, hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, høy forekomst av aggressivitet og opposisjonell atferd ), familie (ettergivende/aggressiv oppdragelse, uklare grenser, manglende oppfølging, konflikter, svak emosjonell tilknytning, vold omsorgssvikt, rusmisbruk), jevnaldrende (tilknytning til andre med antisosial atferd, anvisning fra jevnaldrende), skole (dårlig klassemiljø, uklare regler og forventninger, dårlig klasseledelse), nærmiljø og samfunn (fattigdom, lett tilgang til rusmidler, lav sosial kontroll, rollemodellens atferd) (Rusfag, 2012: 51)

«Det er en anelse korstog over dagens folkehelsearbeid. Helseministeren opptreter som en moraliserende profet som forlanger at folk skal ordne sine liv etter epidemiologens steintavler. I gamle dager da liv, helse, sykdom og skjebne ble forvaltet av religionen var det nåde å få.

Dagens helsefanatiske regime er nådeløst. Hvis du ikke lever etter medisinenes sedelære, er straffen skam og sykdom. Helsetjenestens dømmesyke smitter over på befolkningen.»

(Fugelli, 2003: 52-53)

«Omgivelsenes bekymring for stoffmisbruk er oftere en reaksjon på den ledsagende atferden enn for misbrukerens helsetilstand.» (Fekjær, 2008: 36)

«Etikk og moral: Å ta opp alkoholbruk/rusavhengighet kan for pleie og omsorgstjenesten føles som en krenkelse av deres brukere.» (Rusfag 2012: 81)

«Rusmidler er et tema hvor «alle» mener de har et korrekt bilde av situasjonen, og hvor svært mange mener å vite hva løsningene er» (Fekjær, 2008: forord)

Både i forskning og undervisning er Fugelli (2003) opptatt av hvordan fordeling av makt og goder i samfunnet påvirker menneskets helse. Det dreier seg ikke bare om makt og goder i økonomisk forstand, men også om fordeling av verdier som trygghet, frihet og verdighet.

«Vi er oppdratt til at det ikke finnes gråsoner. En rusmisbruker er en rusmisbruker, en person som sniker seg unna og ikke drar lasset sammen med oss andre. Vi andre må slite og betale skatt, mens rusmisbrukeren driter i alt. Selvsagt er det ikke slik. Ingen ønsker å leve et liv på konstant jakt etter stoff. Vi må møte rusmisbrukere som mennesker. Vi må våge å tenke nytt.» (Asfalt 2012 nr 1: 6)

Brukermedvirkning er i fokus i større grad nå enn før. Brukere skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene» (Helsedirektoratet 2012: 41, Jenssen 2012: Hele boken)

«Pårørende kan være en viktig ressurs i utredning og behandling. Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det.» (Helsedirektoratet 2012: 42)

## **2.4 Brukerbegrepet**

Begrepet bruker er flertydig, i denne sammenheng brukes begrepet i betydningen system bruker og erstatter klient og pasient og henviser til relasjonen mellom kommunale tjenester og brukerens plassering i forhold til disse.

«Det kan oppstå en konflikt når en identitet som man blir tillagt og/eller tar på seg – oppleves som negativ, stigmatiserende eller begrensende». ( Asmussen, 2004: 13)

Videre sier Asmussen m fl (2004) at vi har et dobbeltsyn på rusmiddelavhengige fordi de som systembrukere skal tas alvorlig når de uttaler seg som bruker av det offentlige hjelpetilbudet, men samtidig regnes de ikke for troverdige når de har meninger om andre sider av samfunnet, som for eksempel den generelle narkotikapolitikken.

### **Sammendrag**

Teorien som er valgt er teori som kan understøtte spørsmål/påstand i problemstilling, hypotese og spørreskjemaet. Det omhandler definisjon og historie av rusmiddelavhengighet, definisjon av brukerperspektivet, brukermedvirkning og brukerrollen. Litt om holdninger og stigmatisering. Det omhandler tjenesteytelsen og dens rolle før og nå.

## **3 Metode**

### **Hvorfor metode?**

«Vitenskapens oppgave er å skape god praksis og å avklare hva som er god praksis. Det er her valget av metode kommer inn. Metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Metoden forteller oss først og fremst noe om hvordan vi kan gå til verks for å framskaffe eller etterprøve kunnskap.» (Dalland, 2012: 50)

I dette kapitlet presenteres de viktigste metodiske aspektene for denne undersøkelsen.

### **3.1 Kvantitativ metode**

Det er valgt kvantitativ metode i denne undersøkelsen.

«Kvantitative data betyr at de data som samles inn, er omgjort til tall. I stedet for å få en persons kvalitative beskrivelse av sin livskvalitet, tvinger vi mennesker til for eksempel å plassere seg selv på en skala fra en til ti.» (Jacobsen, 2010: 65)

«Å gjennomføre empiriske undersøkelser er et sentralt element i all fagutvikling. I de senere år er det blitt et stadig sterkere krav om at profesjoners yrkesutøvelse skal være evidensbasert. Dette innebærer et krav om at den praktiske yrkesutøvelsen skal baseres på forskningsbasert kunnskap. Dette forutsetter en systematisk innsamling og behandling av det vi kaller empiri.» (Jacobsen 2010: 16 og 17)

Undersøkelsen bestod av spørreskjema utsendt på e-post, med anonymisering av hver enkel. Hver enkel som fikk spørreskjemaet via e-post kunne bare lese sitt eget navn. Spørreskjemaet skulle finne ut om ansatte selv mener at mennesker med rus-lidelser får den hjelpen de trenger og har rett på.

«Metoden brukes når vi skal beskrive omfang og hyppighet til et fenomen som kan beskrives relativt presist, kartlegge om en årsak har noen effekt.

#### **Fordeler:**

Relativt lave kostnader, mange enheter, mulighet for å generalisere fra utvalg til populasjon med stor grad av sikkerhet, kort ventetid før dataene kommer inn. (Jacobsen 2010:78)

#### **Ulemper:**

Overfladisk informasjon, rigiditet i datainnsamling, kan påtvinge mennesker spesielle meninger gjennom standardiserte spørsmål og svaralternativer, analytisk avstand kan gi lav forståelse.» (Jacobsen, 2010: 78)

### 3.2 Forskningsdesign

«Når man har kommet frem til en god og presis problemdefinisjon, er neste oppgave å lage et forskningsdesign. Dette stadiet kalles også for prosjektutformingsstadiet, og går ut på å lage en overordnet plan over hvordan man skal gå frem for å løse prosjektet. (URL 10)

Videre sier kunnskapssenteret (URL 10) at å velge riktig forskningsdesign er imidlertid ikke problemfritt, da det er mange forhold som spiller inn og påvirker valget. Generelt kan vi si at arbeidet med forskningsdesignet består av fire ulike oppgaver som må ses i en sammenheng når vi skal velge forskningsdesign:

- Formål og problemets karakter
- Kartlegge data/informasjons behov
- Velge metode for datainnhenting og operalisering.
- Utarbeide utvalgsplan» (URL 10 )

### 3.3 Forforståelse

Det vil være viktig i denne avhandlingen å være objektiv å la forskeren få jobbe. Det er lett å være farget av tidligere erfaringer.

«Vi starter ikke med blanke ark når vi går løs på en oppgave. På forhånd har vi tanker om temaet vi har valgt og kanskje også om hva vi tror vi vil finne ut.» (Dalland, 2012: 121)

### 3.4 Utvalg

Det ble vurdert hvem som skulle svare på spørreskjemaet. Etter nøye gjennomgang av de ulike enhetene i kommunen ble det bestemt at det beste ville være om både bestiller og utfører svarte på denne undersøkelsen, fordi det kan være ulike oppfatninger blant de som bestiller tjenestene og de som utfører tjenestene.

Bestillerenheten er liten, bare 9 ansatte, derfor ble spørreskjema sendt til alle der. Ansatte i bestillerenheten er av begge kjønn, alle aldersgrupper og ulike profesjoner.

Utførerenheten er betydelig større, der ble det foretatt et bekvemmelighetsutvalg

«(Et slumpmessig utvalg velger de respondentene forskeren har for hånden. Slumpmessig utvalg blir av mange kalt for bekvemmelighetsutvalg. (URL 12))», det betyr at det ble gjort en begrensning fordi undersøkelsen ikke skulle bli for stor med tanke på tidsaspektet. Det ble valgt like mange som på bestiller, 9 ansatte. Det ble valgt både blant store og små stillinger, ulike aldersgrupper og ulike profesjoner. Det er svært få menn i utførerenheten, og derfor blir det lite relevant for oppgaven å ta med kjønnsforskjeller.

Det ønskes så sannferdige svar på forskningsspørsmålet som mulig, og det ønskes oppnådd ved spørreskjema. Ansatte i en kommune i Rogaland ble valgt for å få svar på spørsmål. Det ble vurdert å intervju/sende ut spørreskjema til brukere som har en rusavhengighet, men det ble vurdert svarprosenten vil være så lav at det ikke vil bli representativt. Ansatte og brukerne selv sier at brukerne sjelden åpner post og svarer heller ikke på skjemaer. De er skeptiske til folk de ikke kjenner, og liker ikke å bli spurt ut. Dette er uttalelser basert på tidligere erfaringer fra ansatte både på bestiller og utførersiden og på teorien om at det å skaffe penger til dop, sted å bo, mat og klær kommer i første rekke, dermed kommer ikke det å svare på skjemaer og spørsmål langt opp på prioriteringslisten. (Jenssen, 2012:40)



### 3.5 Spørreskjema

Spørreskjemaet (vedlegg 1) ble utformet med tanke på nye retningslinjer fra Helsedirektoratet (2012). Det ble slik utformet at informant skulle svare både på hvordan de trodde tjenester til rus og psykiatri lidelser ble gitt hver for seg.

Skjemaet ble sendt ut både til bestiller og til utfører, fordi det er slik tjenesten er organisert i kommunen hvor undersøkelsen har funnet sted. Bestiller er de søkerne først kommer i kontakt med. Det er bestiller som mottar søknad og vurderer hvilke tjenester søkerne skal få.

Utførerne er de som følger opp vedtakene som blir gitt av bestiller og som sender endringsmelding til bestiller når det er behov for det.

Det ble satt et intervall fra 1 – 4, der 1 stemmer helt og 4 stemmer ikke. Det ble vurdert å ha et intervall fra 1 – 5, men da er det lett å score 3 som ville være en nøytral score. «Ved å inkludere en midtkategori hevder enkelte at vi får riktigere svar. Andre forskere sier at det å oppgi en slik midtkategori er en invitasjon til respondenten om ikke å svare. I enkelte sammenhenger kan vi være interessert i å måle nettopp «vet – ikke» andelen, mens vi i andre undersøkelser helst vil unngå svar av den typen.» (Jacobsen, 2010: 176)

1 – 4 ville være speile en større enighet/uenighet. Det var ønskelig at alle svarte, men uten å svare vet ikke.

Svarene fra bestiller og utøver avviker fra hverandre på en del av spørsmålene.

Gjennomsnittscoren vil derfor ikke speile avvikene i like stor grad da bestiller har svart likt på alle spørsmål, og fordi det er kommet relativt få svar tilbake fra utøver (tre svar mot åtte fra bestiller).

Det er forbundet lite kostnader med denne måten å sende ut spørreskjema på, ulempen er kanskje at få vil svare på grunn av at vi får så mange e-poster pr dag at det lett vil gå i glemmeboka. Noen vil kanskje utsette å svare, og dermed er det lett å glemme hele undersøkelsen. Et annet aspekt er om de er interessert i å svare. Dersom undersøkelsen ikke er

interessant for gruppen, kan de la være å svare. Intervjuereffekten vil være liten, men samtidig er det ingen til å forklare eventuelle uklarheter. Ingen av objektene vil føle seg anonyme, de har jo fått e-post så de er klar over at de er utvalgt. Men at de ikke blir intervjuet kan kanskje øke anonymitetsfølelsen og at de vil svare mer sannferdig. (Jacobsen, 2010: 78)

Det ble sendt ut skjema til atten personer, og det kom tilbake elleve svar, det vil si 61 prosent svarte. Åtte svar kom fra bestiller, det vil si at 44 prosent svarte. Tre svar kom tilbake fra utøver, det vil si at bare 16,6 prosent svarte.

Hvor høy bør svarprosenten være?

«Det er ikke uvanlig å operere med følgende tommelfingerregler:

- Over 50 % = tilfredsstillende
- Over 60 % = godt
- Over 71 % = meget godt

Likevel er en slik regel for enkel. Hovedproblemet er ikke hvor mange som faller fra, men hvem som faller fra. Systematisk skjevt frafall, ikke totalt frafall, er det som gjør resultatene usikre.» (Jacobsen, 2010: 209)

Det vurderes likevel validitet i forskningen selv om en større svarprosent ville vært forskningsmessig ønskelig

### **3.6 Informasjon og konfidensialitet**

De som svarte på spørreskjemaet ble informert, og de er vurdert til å være i stand til å bestemme om de ville være med i undersøkelsen. Det ble gitt informasjon om undersøkelsens hensikt og hvordan dataene skulle benyttes. Det ble også informert om at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt. (Vedlegg 2)

### **3.7 Analyse**

Det er ikke noe mål å gjøre analysen så omfattende som mulig. En god regel er å presentere den empirien som er direkte relevant for problemstillingen aller først. Drøftingen bør alltid starte med en kort oppsummering av hovedfunnene fra analysen. Dernest skal disse funnene relateres til andre undersøkelser og /eller teori.

«Analyse er granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. (Dalland, 2012: 144)

### **3.8 Reliabilitet og validitet**

«Med en gang vi gjennomfører en empirisk undersøkelse – uansett hvilken metode vi anvender – er det mulighet for at de resultatene vi kommer fram til, faktisk er skapt av undersøkelsen.» ( Jacobsen, 2010: 19)

#### **Krav til empiri.**

«Alle undersøkelser er rettet mot å samle inn empiri. Uansett hvilken empiri det dreier seg om, skal den tilfredsstillende to krav:

1 Empirien skal være gyldig og relevant.

2 Empirien må være pålitelig og troverdig.

Gyldighet og relevans kan splittes i to:

Intern gyldighet og ekstern gyldighet. Intern gyldighet og relevans går på om vi faktisk måler det vi tror vi måler.

Ekstern gyldighet og relevans går på om resultatene fra et avgrenset område er gyldige også i andre sammenhenger.

Med pålitelighet og troverdighet mener vi at undersøkelsen må være til å stole på.» (Jacobsen, 2010: 20-21)

### **Å studere egen organisasjon.**

Fordeler og ulemper.

#### **«Fordeler:**

- 1 Det er lettere å få tilgang til informasjon ved at man kjenner personer, vet hvor man skal gå. I tillegg vil en insider ofte møte større åpenhet og tillit enn en utenforstående.
- 2 Man vet hvilke uformelle strukturer som finnes, hva slags språk som benyttes i organisasjonen, og dermed vet man klarere hvor man skal gå for å få fram informasjon.
- 3 Man kjenner organisasjonens historie, slik at hendelser og fortellinger kan plasseres i en historisk sammenheng.

#### **Ulemper:**

- 1 Det kan være vanskelig å holde den nødvendige, kritiske avstanden til det man skal studere. Ofte vil man selv ha erfaring på området, og kanskje også ha sterke meninger om det. Dermed er det en fare for at man inntar en rolle som part i saken.
- 2 Enkelte kan oppfatte deg som partisk selv om du klarer å holde en nøytral tilnærming. Det kan være nærliggende for enkelte å oppfatte deg som en person som utfører et oppdrag enten for ledelsen eller en annen gruppe. Dermed kan innsidere lett bli møtt med mistenkelighet.
- 3 Man oppsøker de uformelle strukturene man kjenner til og mister dermed informasjon fra deler av organisasjonen man ikke er fullt integrert av.

4 Man føler man må legge bånd på seg, kanskje fordi man en gang skal tilbake til den samme organisasjonen. Dette kan føre til en sensur av kritiske synspunkter, enten mot ledelsen eller mot andre grupper og personer.»( Jacobsen, 2010: 22, 23)

«Validitet handler om forskningsmessige fallgruver, eller snarere om det å unngå fallgruver. Validitet betyr rett og slett gyldighet.» (Skog, 2009: 87)

### **3.9 Kritisk refleksjon**

«Målet med kritisk refleksjon er å utvikla kunnskap på to nivå ved å læra av praksis. For det fyrste skal den kritiske refleksjonen føra til profesjonell medvitsgjering, vekst og utvikling for den einskilde praktikaren. For det andre er målet å utvikla ein felles profesjonell kunnskapsbase gjennom forskning. I kritisk refleksjon er tanken at det alltid ligg kunnskapar og teori bak handlingane våre, og at teori og praksis er to sider av same saka.» (Askeland 2011: 26)

Det var lav svarprosent fra utfører, men det vurderes likevel å gi tilstrekkelig datafangst til at det gir grunnlag for å trekke konklusjoner.

Svarprosenten fra bestiller var høy, men alle svarene var helt like. Det vurderes likevel at datafangsten er reell.

### **Sammendrag.**

Undersøkelsen ble sendt ut til atten personer, elleve svarte. Hos bestiller svarte åtte av ni, hos utfører svarte tre av ni. Jacobsen (2010) sier at svarprosent over 60 er godt. Han sier likevel videre at det ikke er hvor mange som ikke svarer som er problemet, men hvem som ikke svarer som kan gjøre resultatet usikkert.

I denne undersøkelsen svarer nesten alle fra bestiller, men bare tre av ni hos utøver.  
Svarprosenten totalt er godt, tre av ni er likevel ikke dårlig, det er likevel 33,33 %.

## 4 Analyse og fortolkning av materialet

Dette kapitlet inneholder prosessen, spørsmålene/påstandene fra spørreskjemaet og svar fra respondentene med score og gjennomsnittsscore. Svarene fra de ulike respondentene vil bli kommentert.

Det ble sendt ut atten spørreskjema, ni til bestiller og ni til utøver. Antallet ble slik fordi det kun er ni ansatte på bestillerkontoret. Bestiller består av menn og kvinner i alder fra 30 til over 50. De har ulik utdanning og yrkeserfaring.

Skjemaene ble sendt ut på e-post, men slik at ingen kunne se hvilke andre som også fikk spørreskjemaet. Alle ble bedt om å sende svaret tilbake i internkonvolutt. Det ble gjort oppmerksom på at alle svar ville bli behandlet konfidensielt og at alle ville bli anonymisert.

Utøverne ble valgt ut med tanke på ulik alder, kjønn og utdanning slik at svarene kunne speile mangfoldet, utøverne har ulik utdanning og yrkeserfaring.

Spørreskjemaene ble sendt både til bestiller og utøver for å se om det er forskjell på om de som er ute i felten ser at tjenesten som blir gitt ikke er like god som de som får rene psykiske tjenester. Ser utøver og bestiller likt på tjenestene? Har bestiller et annet blikk på dette enn utøverne har?

Det kom tilbake elleve svar av atten utsendte skjemaer. Det kom åtte svar tilbake fra bestiller. Det kan virke som bestiller har svart sammen i en lunsjpause. Alle svarene er helt like og kom tilbake i samme konvolutt alle sammen.

Det kom tre svar tilbake fra utøverne. De kom på ulikt tidspunkt og svarene var ikke så like som bestillersvarene. De samsvarte heller ikke med bestillersvarene på alle punkt.

Alle ble bedt om å vurdere i hvilken grad ti påstander/spørsmål stemte med deres oppfatning, der 1 stemmer helt og 4 stemmer ikke. Det var to kolonner der en skulle vurdere dette både i forhold til tjenester gitt til mennesker med ruslidelser og til mennesker med psykiske lidelser.





## 4.1 Svar fra respondentene

**Spørsmål/påstand 1: Tjenesten blir utarbeidet i samarbeid med brukeren.**

	Gjennomsnittscore	Gjennomsnittscore
	Rus	Psykiatri
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Utfører</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Begge</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>

Her scorer alle fra bestiller 1. Utførerne scorer 2 alle sammen. Bestiller og utfører er ikke helt enige her, bestiller mener at tjenestene blir utarbeidet i samarbeid med brukeren og at det ikke er noen forskjell på rus- og psykiske lidelser. Utøverne er også enige i at det er likt for rus- og psykiske lidelser, men mener at det ikke stemmer helt, men at det stemmer delvis.

Gjennomsnittsscoren er 1,5. Tjenesten blir i stor grad utarbeidet sammen med brukeren, selv om bestiller mener at det stemmer helt, mener utøver at det stemmer delvis. Det er ikke stor uenighet mellom bestiller og utøver.

**Spørsmål/påstand 2: Tjenesten er innrettet slik at brukeren er i stand til å ta egne valg.**

	<b>Gjennomsnittscore</b>	<b>Gjennomsnittscore</b>
	<b>Rus</b>	<b>Psykiatri</b>
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Utfører</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Begge</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>

Bestiller scorer 1 også her på begge, utfører scorer 2 på begge. De er enige om at tjenestene er like for rus- og psykiatritjenesten, men er noe uenige om at tjenesten er innrettet slik at rusmiddelavhengige er i stand til å ta egne valg. Utfører mener at dette stemmer delvis.

Gjennomsnittsscoren er 1,5, tjenesten er innrettet slik at brukeren i stor grad er i stand til å ta egne valg.

**Spørsmål/påstand 3: Brukeren får informasjon om tjenestetilbudet.**

	<b>Gjennomsnittscore</b>	<b>Gjennomsnittscore</b>
	<b>Rus</b>	<b>Psykiatri</b>
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Utfører</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Begge</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Her mener alle på bestiller at alle brukere får informasjon om tjenesten, og scorer 1 på begge, utfører mener også at dette stemmer helt og scorer 1 på begge.

Bestiller og utfører er helt enige i at brukeren får informasjon om tjenestetilbudet.

**Spørsmål/påstand 4: Brukerens egne ressurser kartlegges og brukes mtp at livskvaliteten kan bedres.**

	<b>Gjennomsnittscore</b>	<b>Gjennomsnittscore</b>
	<b>Rus</b>	<b>Psykiatri</b>
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Utfører</b>	<b>1,83</b>	<b>1,83</b>
<b>Begge</b>	<b>1,41</b>	<b>1,41</b>

Her scorer alle på bestiller igjen 1 på begge og mener at ressurser kartlegges med tanke på at brukerens livskvalitet skal bedres.

Utøverne er uenige her, kvinne 40-50 scorer mellom 2 og 3 på begge, kvinne 30-39 scorer 1 og kvinne over 50 scorer 2 på begge. Bestiller og en av utøverne er helt enige i at det stemmer helt at brukerens ressurser kartlegges med tanke på at livskvaliteten kan bedres. En av utøverne scorer mellom 2 og 3, mener at det bare stemmer noe at brukerens ressurser kartlegges. En mener at det stemmer delvis.

Gjennomsnittsscoren på begge er 1,41. Det stemmer ganske godt at brukerens ressurser kartlegges hvis man bare ser på total gjennomsnittsscore.

**Spørsmål/påstand 5: Mobiltlf/sms brukes for å etablere/opprettholde kontakten med bruker.**

	<b>Gjennomsnittscore</b>	<b>Gjennomsnittscore</b>
	<b>Rus</b>	<b>Psykiatri</b>
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Utfører</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Begge</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>

Bestiller scorer 1 på om mobil blir brukt for å holde kontakten, utfører scorer kvinne 40-50, 1 og 3, og en informant scorer ikke på dette. Det er vanskelig å vite hvorfor det ikke ble svart på dette spørsmålet av denne respondenten. På grunn av at det er så liten tid igjen ble valget å ikke stille nærmere spørsmål om dette. En av utøverne mener likevel at det ikke blir brukt sms i stor grad ved psykiske lidelser.

Dette spørsmålet ble stilt med tanke på at det ofte er lettere både for personer med ruslidelser og personer med psykiske lidelser å forholde seg til sms enn å måtte snakke i telefonen.

Gjennomsnittsscoren er 1 på rus og 1,5 på psykisk. Det stemmer nesten helt at sms blir brukt.

**Spørsmål/påstand 6: Brukeren får tilbud om individuell plan.**

	<b>Gjennomsnittscore</b>	<b>Gjennomsnittscore</b>
	<b>Rus</b>	<b>Psykiatri</b>
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Utfører</b>	<b>1</b>	<b>1,33</b>
<b>Begge</b>	<b>1</b>	<b>1,16</b>

På dette spørsmålet/påstanden retter alle fra bestiller påstanden til informasjon og scorer 1 på det. Det blir ikke gitt et tilbud om individuell plan, men de gir informasjon om planen.

Alle utførerne scorer 1 på at det gis tilbud om Individuell plan til brukere med rus lidelser, men en informant scorer 2 på tilbud om individuell plan til brukere med psykiske lidelser.

### Spørsmål/påstand 7: Brukeren får innvilget tjeneste uten diagnose.

	Gjennomsnittscore	Gjennomsnittscore
	Rus	Psykiatri
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Utfører</b>	<b>2,33</b>	<b>2</b>
<b>Begge</b>	<b>1,66</b>	<b>2</b>

Dette spørsmålet ble stilt fordi det etter nye retningslinjer fra helsedirektoratet sier at det er viktig at begynnende rusproblematikk og psykiske lidelser oppdages så tidlig som mulig. (Helsedirektoratet 03/2012: 14)

Bestiller: scorer 1 på rus alle sammen, og 2 på psykiatri alle sammen. Det må bety at de mener at alle med ruslidelser får hjelp uten diagnose, men ikke alle med psykiske lidelser får det.

Utøver: To stykker, kvinne 40-50 og kvinne 30-39 scorer 3 på begge, de er ikke enige i at personer med rus og psykiske problemer får innvilget tjenester uten diagnose.

Kvinne over 50 scorer 1 på begge og mener at både rus og psykiatri får innvilget tjeneste uten diagnose.

Gjennomsnittsscoren er 1,66 på rus, og 2 på psykiatri. Det er ikke lett å problematisere denne scoren. Det er interessant at brukere med psykisk lidelse ikke alltid får innvilget tjeneste uten diagnose. Det hadde vært interessant å forske videre på dette i større målestokk, men på grunn av tiden kan ikke dette gjennomføres.

**Spørsmål/påstand 8: Når en person med rusproblemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har psykiske problemer.**

	<b>Gjennomsnittscore</b>	<b>Gjennomsnittscore</b>
	<b>Rus</b>	<b>Psykiatri</b>
<b>Bestiller</b>	<b>1</b>	
<b>Utfører</b>	<b>1</b>	
<b>Begge</b>	<b>1</b>	

Bestiller scorer 1 på dette alle sammen. De kartlegger psykiske lidelser hos personer med rusproblemer.

Utfører: her svarer bare kvinne 30-39 på dette, og hun er enig med bestiller. Det er ikke stilt tilleggsspørsmål til utfører om hvorfor de ikke scorer på denne påstanden.

Gjennomsnittsscoren er 1. Her er svarene entydige.



**Spørsmål/påstand 9: Når en person med psykiske problemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har rusmiddelproblemer.**

	<b>Gjennomsnittscore</b>	<b>Gjennomsnittscore</b>
	<b>Rus</b>	<b>Psykiatri</b>
<b>Bestiller</b>		<b>3</b>
<b>Utfører</b>		<b>1</b>
<b>Begge</b>		<b>2</b>

Bestiller: Alle scorer 3 på dette spørsmålet. Dette funnet er ganske oppsiktsvekkende.

Det blir ikke kartlagt om personer med psykisk lidelse også har rusproblemer.

«De siste 25 årene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelbruk og psykiske lidelser ofte opptrer sammen» (Helsedirektoratet 03/2012: 13)

Utfører: Her svarer bare kvinne 30-39 og hun scorer 1, og er uenig med bestiller, hun mener at personer med psykiske lidelser får kartlagt om de har rusmiddelproblemer.

Det er blitt stilt et tilleggsspørsmål til denne påstanden, da svarene var veldig interessante. Tilleggsspørsmålet er gjentatt og kommentert etter påstandene.

Gjennomsnittsscoren er 2. Det er uenighet mellom bestiller og den ene utføreren om denne påstanden. Bestiller mener det stemmer dårlig at personer med psykiske lidelser får kartlagt om de har ruslidelser i tillegg. Utfører mener at de blir utredet og scorer at det stemmer helt.

**Spørsmål/påstand 10: Får rusmiddelavhengige like gode tjenester som personer med psykiske lidelse?**

	Gjennomsnittscore	Gjennomsnittscore
	Rus	Psykatri
Bestiller	1	
Utfører	3	
Begge	2	

Bestiller: alle scorer 1 på dette. Personer med rusproblemer får like god tjeneste som personer med psykiske problemer.

Utfører: Kvinne 30-39 scorer 3 på dette, og er dermed ikke enig i at personer med rusmiddelproblemer får like god hjelp som personer med psykiske problemer.

Kvinne 40-50 scorer ikke på dette.

Kvinne over 50 scorer ikke, men kommenterer at personer med rusproblemer kan ha vansker med å nyttiggjøre seg tjenestene på grunn av rusingen.

Det hadde vært interessant å stille et tilleggsspørsmål til utøver som ikke scorer på denne påstanden, men kommenterer at brukerne kan ha vanskelig for å nyttiggjøre seg tjenesten på grunn av rusingen. Dette kan både bety at hun mener at de får tilbud om like god hjelp men ikke bruker tilbudet, eller at tilbudet ikke er like godt fordi brukerne ruser seg.

## Tilleggsspørsmål

Bestiller scoret 3 på spørsmål 9. Dette var så interessant at det ble sendt ut et tilleggsspørsmål til disse åtte. (Vedlegg 3). Svaret var interessant fordi det er stor sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser. (Helsedirektoratet, 2012)

Spørsmålet var: Når en person med psykiske problemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har rusmiddelproblemer, krysset du av for 3, der 1 stemmer helt og 4 stemmer ikke. Det betyr at det bare er noen med psykiske problemer der det kartlegges om personen i tillegg har rusproblemer. Hvorfor er det slik, tror du?

Det kom tilbake 4 svar. Svarene var av svært ulik karakter.

To informanter svarte: Det ikke er automatikk i at det blir kartlagt om søker har rusproblemer eller ei. Det blir en vurdering i kartleggingen. Søker kan unnlate å svare på om hun/han har et rusproblem.

En informant svarte: Det blir kartlagt når det foreligger mistanke om dette. Med andre ord, vi bruker skjønn i forhold til dette. Vi må trå varsomt slik at vi ikke støter aktuell søker. Fastlege har også et ansvar her og vil kunne berette om eventuelt rusproblem i legeerklæringen.

En informant svarte: Det er et godt spørsmål du stiller, og det kan nok diskuteres. Da jeg jobbet i institusjon tidligere, var dette et standardspørsmål ved alle innleggelser. Jeg tror imidlertid det kan være annerledes utenfor institusjon da det ikke er samme grunnlag for å gjøre det som i institusjon. (for eksempel i kombinasjon med medisiner, hensyn til medisiner osv) Hver enkel vurdering blir sett på individuelt, og en spør om dette der det er naturlig.

Det kan tyde på at det er vanskelig å stille spørsmål om rus der det ikke er åpenbart at det er ruslidelsen brukeren kommer for å få en tjeneste for.

«Å ta opp alkoholbruk/rusavhengighet kan for pleie og omsorgstjenesten føles som en krenkelse av deres brukere.» (Rusfag 2012: 81)

## **5.0 Drøfting**

### **5.1 Innledning**

Formålet med avhandlingen er å finne ut om personer med ruslidelse får like gode tjenester som personer med psykiske lidelser.

Det er viktig i denne avhandlingen å finne ut hvordan tjenestene til personer med ruslidelser er innrettet. Helst fra personen med ruslidelsens ståsted (Asmussen m fl 2004). Derfor er utvalget blant informantene valgt både ut fra bestiller og utførerrollen. Det har vært viktig å forstå og avdekke ulikheter i tjenestetilbudet. I kommunen undersøkelsen er utført i, organiseres tjenestetilbudet til personer med rus- og psykiske lidelser i samme virksomhet i tråd med anbefalinger fra Regjeringen. (URL 1) Men samtidig skal tjenestetilbudet videreutvikles med hensyn til de spesifikke oppgaver både rus- og psykiatriområdet har.

Problemstillingen som ble valgt var følgende:

**Er tjenestandarden til personer med ruslidelser like god som den psykisk syke uten ruslidelser får?**

**Hypotese:** Rusmiddelavhengige får ikke like gode tjenester som psykisk syke får.

## **5.2 Diskusjon av forskningsspørsmål i lys av teori, erfaringer og resultater**

Det har vært viktig å forstå hvordan tjenesteytelsen er for brukergruppen med ruslidelser. Det er et økt fokus på denne brukergruppen og en økt forståelse for at de trenger langvarige og sammensatte tjenester for å oppnå redusert rusbruk, bedre livskvalitet eller et liv uten rus.

«Som fortolkende videnskap sigter etnografien generelt på at afdekke og forstå, hvordan verden ser ud fra den andens sted – at nå ud over den forståelse af verden, der er indlysende for etnografen selv og det samfund, han eller hun er rundet af. Dette afsæt i stofbrugerne – til forskel fra i politikken eller lovgivningen på området, i behandlingspraksis eller i befolkningsflertallets fordomme – har gjort, at den etnografiske rusmiddelforskning har været i stand til at udfordre gængse forståelser af stofbrug og stofbrugere. Den har slået revner i forstillingerne om , den væsentlige viden om stofmisbrugerne kun reduceres til at være et spørgsmål om at udforske dem som socialt og psykisk afvigende, kriminelle, syge og svage. (Asmussen m fl 2004: 40)

## Spørsmål/påstand 1

### **Tjenesten blir utarbeidet i samarbeid med brukeren.**

Alle på informantene på bestiller scorer 1 og alle informantene fra utøver scorer 2 på denne påstanden/spørsmålet. Det er enighet om at tjenesten i noen grad blir utarbeidet i samarbeid med brukeren. Bestiller mener et det stemmer helt at tjenesten blir utarbeidet med brukeren, men utfører er ikke helt enig i dette.

Helsedirektoratets retningslinjer (2012) sier at det er et overordnet mål at brukeren skal være med å utforme tjenestene og at dette skal bidra til et bedre tjenestetilbud. Begrepet brukermedvirkning vektlegger verdier og idealer som vi lett kan være enige i hevder Jenssen (2012), men samtidig kan det være vanskelig å gjennomføre i praksis. Rollene og maktforholdet kan stå i veien for likeverd og anerkjennelse.

Svarene indikerer ikke at det er en stor jobb som må gjøres for at tjenestene skal utarbeides i samarbeid med brukeren, men det indikerer at det kan jobbes for å få til bedre brukermedvirkning.

«Kommunene har ansvaret for bo oppfølging overfor brukere med særskilte behov. Bo oppfølgingen innebærer tiltak som skal gjøre brukere best mulig i stand til å mestre og til å ta ansvar for sin bo – og livssituasjon». (Eriksen 2011:10)

«Boligsosialt arbeid omfatter alt fra kommunenes innsats fra å framskaffe og tildele boliger til tjenester og enkelttiltak som kan bedre den enkeltes forutsetning for å mestre sin bo – og livssituasjon.» (Helsedirektoratet, 2012: 79-80)

Tjenestene blir i stor grad utarbeidet sammen med bruker, det er viktig å ha fokus på at tjenestene blir utarbeidet sammen med brukerne. Samarbeid mellom bestiller, utfører og bruker kan bli bedre. Dersom bestiller oppfatter at utarbeidelsen er god nok, og utfører mener det ikke er helt godt nok, må det en endring til. Samarbeid om tjenestene er kanskje ikke god nok på tvers av etatene. Det er det som har vært fokuset i kommunen undersøkelsen har vært utført i, bedre samarbeid på tvers av etatene. Endring må gjøres gjennom den kulturelle holdningen det er i hver enkelt etat til samarbeid. Man er kanskje så opptatt med egne arbeidsoppgaver at det er vanskelig å se hva andre etater sliter med.

## Spørsmål/påstand 2

### **Tjenesten er innrettet slik at brukeren er i stand til å ta egne valg.**

Bestiller scoret 1 på denne påstanden og mener at det stemmer helt at tjenesten er innrettet slik at brukeren er i stand til å ta egne valg. Utøver scoret 2 på denne påstanden og mener at det stemmer delvis.

Det er en økt kunnskap om nødvendigheten av å gå fra hjelperen som ekspert til partner (Jenssen 2012), men det kan se ut som det er vanskelig å omsette dette i praksis.

«En har lett for å stigmatisere denne gruppen, rusavhengighet er ofte forbundet med skyld og skam, de er selv skyld i sin elendighet og dermed er vi ikke i samme grad forpliktet til å hjelpe.» (Asfalt, 2012 og Jenssen, 2012)

«De lever med sorg, skam, maktesløshet og sinne, frykt og skyldfølelse» (Asfalt, 2012: 7)

Det er ikke stor uenighet blant bestiller og utøver i at tjenesten er innrettet slik at brukeren er i stand til å ta egne valg, men score fra utøverinformantene kan tyde på at det likevel er et punkt virksomheten må ha et fortsatt fokus på.

Det er en brukergruppe som har mange utfordringer. De møter sjelden til avtaler, og det er ikke fordi de ikke har lyst, men de har så mange ting de må gjøre før avtaler kan holdes.

En ansatt (fra praksis) sier at det er en heldagsjobb å være rusmiddelavhengig. Man kan ikke forvente at de har samme oppfattelse av tid som hjelperen har. Man må ha tålmodighet, og ikke ergre seg over mye venting.

«Det er viktigere å hjelpe enn å fordømme» (Asfalt, 2012: 10)

Man kan ikke forvente endring over natten, med denne brukergruppen er det snakk om endring over lang tid, kanskje mange år. Det er heller ikke alle som ønsker rusfrihet, og da jobbes det mot å begrense skader.



### Spørsmål/påstand 3

#### **Brukeren får informasjon om tjenestetilbudet.**

Her scorete informantene både bestiller og utøver 1, de er helt enige om at brukeren får informasjon om tjenestetilbudet. Dette er helt i tråd med anbefalinger om brukermedvirkning og medvirkning fra pårørende (Helsedirektoratet, 2012 og Jenssen, 2012)

Ansatt på nav uttaler at vi er flinke til å gi informasjon, men er ikke flinke til å forsikre oss om at brukeren faktisk er i stand til å nyttiggjøre seg informasjonen, og å bruke/henvende seg i hjelpeapparatet når det trengs. (Fra praksis) Videre sier han at det vises for eksempel på søknader og innvilgelse av startlån, mange får innvilget startlån, men mange klarer ikke å nyttiggjøre seg lånet uten hjelp fra tjenesteapparatet. Se vedlegg 4

Det er felles oppfattelse fra bestiller og utøver at brukerne får informasjon, men det ble ikke stilt spørsmål om brukeren klarer å nyttiggjøre seg informasjonen. Det kunne vært nyttig og interessant å stille tillegsspørsmål til dette. Hvordan vet man at brukeren har forstått informasjonen? Får brukeren informasjon sammen med pårørende? Det kan være nyttig å ha med seg en person når man får informasjon. Pårørende/venner kan oppfatte ting det informeres om som brukeren selv ikke oppfatter. Et annet aspekt med brukergruppen med ruslidelser er: hvor ruset er brukeren når han/hun får informasjonen? Man kan ikke forvente at en rusmiddelavhengig skal motta informasjon uten å ha ruset seg og da er tilstanden til brukeren viktig å observere når man informerer. Er brukeren i stand til å motta informasjonen på det tidspunktet den blir gitt, eller bør informasjonen gis på et annet tidspunkt, eller kan informasjonen gjentas ved en senere anledning?

#### **Spørsmål/påstand 4**

##### **Brukerens egne ressurser kartlegges og brukes med tanke på at livskvaliteten kan bedres.**

Her scorete informantene fra bestiller 1 og mener det stemmer helt at brukerens ressurser kartlegges med tanke på at livskvaliteten kan bedres. Informantene fra utøverne scorete 1, 2 og 2,5 og dette kan være et punkt å jobbe videre med. De mener at det stemmer helt, stemmer delvis og at det stemmer noe. Retningslinjene fra helsedirektoratet er helt nye (2012) og er ikke kjent for alle. Her slås det fast at kartlegging og vurdering av behov og funksjonsnivå er kommunens ansvar.

Det var et litt stort sprik mellom svarene, fra 1 – 2,5. Det kan være et punkt å jobbe videre med. Brukere er ikke en ensartet gruppe med like behov og likt funksjonsnivå. De har ulike yrkesbakgrunn, erfaring og ressurser. (Jenssen, 2012)

Det er viktig å kartlegge ressurser for at brukeren skal kunne klare seg best mulig selv, det betyr livskvaliteten å være mest mulig selvhjulpent. Selv om brukeren har rusbakgrunn er de ikke ressursvake.

Det krever en del ressurser å skaffe ca 1000 kroner daglig bare til rus, i tillegg skal det skaffes penger til bolig, mat og klær. Bo oppfølgingen kommunene har ansvar for, er et tiltak som skal sørge for at brukeren er i best mulig stand til å klare seg selv, og mestre sin livssituasjon. (Eriksen, 2011 og Helsedirektoratet, 2012)

Ressursene hos denne brukergruppen er like individuelle som hos andre mennesker, og de er ikke ressursvake. «Dere skal skaffe pluss minus 1000 kroner daglig, bare i dop, dere må skaffe steder å bo og dere må skaffe mat og klær. Arbeidsmiljøloven og HMS er særdeles dårlig utbygd og verneombudet glimrer totalt med sitt fravær. Det er ikke et liv for ressursvake mennesker.» (Jenssen, 2012:40)

Dette er en brukergruppe med svært individuelle ressurser og behov. Det er ofte lett å tenke på de narkomane på plata i Oslo når man tenker på rusmiddelavhengige, men denne

brukergruppen er stor og variert. Det er brukere fra alle samfunnslag i befolkningen. De fleste nordmenn drikker sjelden og lite, og de få (ca 10 prosent) i følge Fekjær (2008) og det er stor sammenheng mellom alkohol og bruk av ulovlige stoffer.

Mange rusmiddelavhengige klarer seg uten hjelp av offentlige tjenester. De har eget hus, går på arbeid, har familie. Men en del trenger oppfølging fra tjenesteapparatet til alt fra å lære å lage mat til å betale regninger.

Kartlegging av ressursene til den enkelte bruker bør kartlegges godt slik at hver bruker kan få et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Bestiller gjør kartlegging og innvilger tjenester som utøver skal utføre. Det må kanskje et bedre samarbeid til i kartleggingen for at tjenestetilbudet skal tilpasses hver enkelt bruker?

## Spørsmål/påstand 5

### **Mobiltelefon/sms brukes for å etablere/opprettholde kontakten med bruker.**

Informantene fra bestiller scoret 1 på denne og mener det stemmer helt at det brukes mobiltelefon/sms for å etablere/opprettholde kontakt med bruker. En av informantene fra utførerne scoret ikke på dette spørsmålet/påstanden, en informant scoret 1 og den tredje informanten scoret 1 på rus og 3 på psykiatri. Dette spørsmålet/påstanden er en anbefaling fra Helsedirektoratet. Dette er et tiltak (et av mange) for å motvirke at brukeren faller ut av behandling og det kan hindre innleggelse i sykehus. (helsedirektoratet 2012)

Det kan virke som det er vanlig å bruke mobil/sms til personer med ruslidelser, men en av informantene fra utøverne mener at dette bare stemmer noe for psykiatri. Det kunne vært interessant å spurt et tilleggsspørsmål her, hvorfor blir det ikke brukt mobil/sendt sms i like stor grad til brukere med psykiske lidelser?

I virksamheten denne undersøkelsen er utført i har tjenesteyterne mobiltelefon til dette bruket. De må oppfordres til å bruke mobil/sms til personer med psykisk lidelse hvis det er det som skal til for å opprettholde kontakten med brukeren.

## Spørsmål/påstand 6

### **Brukeren får tilbud om individuell plan.**

Retningslinjene fra Helsedirektoratet (2012) sier at brukeren skal ha tilbud om individuell plan. Samarbeidsavtalen (2012) mellom helseforetaket og kommunen skal blant annet sikre at brukerne får tilbud om individuell plan.

Informantene fra bestiller scorer 1 på denne påstanden, men retter tilbud til informasjon: Brukeren får informasjon om individuell plan.

Informantene fra utøver scoret også 1 på denne påstanden. Her scoret alle informantene likt, men bestiller mener at det ikke blir gitt et tilbud om individuell plan, men det blir gitt informasjon om individuell plan. Det er ganske stor forskjell på et tilbud om noe og informasjon om noe. Tilbud eller å tilby er å være villig til å gi bort noe, mens informasjon er en saklig opplysning. Det ville vært interessant å stille tillegsspørsmål til denne påstanden. Legger bestiller noe annet i informasjon og tilbud, eller tenker de at det betyr det samme? Får alle brukere denne informasjonen og når blir informasjonen gitt? Det ble ikke stilt tillegsspørsmål til denne påstanden på grunn av tidsaspektet.

Rusmiddelavhengige er en brukergruppe som har vanskelig for å klare å holde avtaler. Individuell plan innebærer at bruker selv skal ha ansvaret for avtalen sammen med en koordinator. Fra praksis viser det seg at det er få fra denne brukergruppen som ønsker å ha individuell plan. Det kan være mange årsaker til det. Det krever at bruker stiller opp på ansvarsgruppemøter med tjenesteutøvere fra flere tjenestenivåer og etater. Det krever samarbeid mellom flere nivåer.

Det er en viktig gruppe å gi tilbud om individuell plan til denne brukergruppen fordi det vil gi et individuelt og helhetlig tjenestetilbud. Brukerens mål og ressurser avklares og samarbeidet mellom bruker og pårørende, tjenesteyter, etater styrkes på tvers av nivåer. Dette er viktig å få både tjenesteyter, bruker og bestiller til å bruke individuell plan.

Informasjon om viktigheten av dette tilbudet må ut til alle parter: Alle rusmiddelavhengige både kan og bør nyttiggjøre seg dette tilbudet.

## Spørsmål/påstand 7

### **Brukeren får innvilget tjeneste uten diagnose.**

Dette spørsmålet/påstanden er tatt med fordi det anbefales av Helsedirektoratet (2012) at personer skal følges opp når det er avdekket et behov, ikke at det er diagnostisert.

«Psykiske plager: Plager som kan gi høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis så høy at de kan karakteriseres med diagnose. Mange vil oppleve å ha betydelige psykiske plager i kortere eller lengre perioder uten at dette kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose». (fhi rapport 2011:1: 15)

Informantene fra bestiller scoret 1 på rus og 2 på psykiatri på denne påstanden. De innvilger tjenester til personer med ruslidelser uten diagnose, men bare delvis til personer med psykisk lidelse. Et interessant svar så lenge rus og psykisk lidelse er så nært forbundet, hevdes det i Rusmiddel politisk handlingsplan (2012) og Helsedirektoratet (2012)

Informantene fra utøver scoret veldig ulikt på dette, en informant scoret 3 på både rus og psykiatri, den andre informanten scoret 3 på rus, men scoret ikke på psykiatri. Den tredje informanten scoret 1 på både rus og psykiatri. Informantene fra utøver opplever at det bare i liten grad stemmer at det blir innvilget tjenester uten diagnose.

I kommunen hvor forskningen utføres, er det ikke enighet om rusmiddelavhengighet kan/skal betegnes som en sykdom. Sykdom krever en diagnose og rusmiddelavhengighet er vanskelig å definere og diagnostisere. Fugelli (2003) hevder at det ikke finnes sykdommer, bare sykdomsopplevelser.

Rusmiddelavhengighet er en variabel diagnose, den er ikke lik fra person til person, og ikke fra dag til dag heller. (URL 8)

Det å leve er sårbart i seg selv, derfor velger mange mennesker å dempe sårbarheten med å ruse seg. «Statistisk sett har mellom 5 og 10 prosent av befolkningen rusproblemer, hvem som havner på gaten og hvem som klarer å skjule sitt misbruk beror ofte mest på tilfeldigheter. Omgivelsenes bekymring for stoffmisbruk er ofte en reaksjon på den ledsagende atferden enn for misbrukerens helsetilstand.» (Fekjær, 2008: 36)

Det hadde kanskje vært greit om rusproblemer bare gjaldt personer som har vært utsatt for omsorgssvikt, sykdom eller andre plager, noen ville kanskje kjenne seg trygge da. Men rusproblemer fins overalt i samfunnet vårt, og vi har et ambivalent forhold til rusavhengighet fordi rus er vanskelig for alle.

Det kom en rusreform i 2003 som gjør rusmisbruk og rusmiddelavhengighet til spesialisthelsetjenestens ansvar. (URL 10) Nå skal vi ikke lenger se på rusmiddelavhengige som mennesker med svakhet i personligheten, men mennesker som er syke. Dette bør få konsekvenser for holdningene og den måten de behandles på.

Mennesker med rus og psykiske lidelser skal fanges opp tidligst mulig for å hindre tung rusbruk og langvarig behandling. Det er motsigelser i dette for samtidig som det sies at brukerne skal få oppfølging når behov er avdekket, så skal rusmiddelavhengighet ses på som en sykdom, og da trengs det en diagnose. For denne brukergruppen behøves det stor grad av smidighet for å få til oppfølging. Det må avklares i virksomhetene i denne kommunen om det skal gis tilbud om tjeneste når det er avdekket et behov, for så å få innhente diagnose i ettertid, eller om det ikke skal gis tjenester før det foreligger en diagnose. Hvis retningslinjer fra Helsedirektoratet skal følges, så bør det gis tjenester når behovet er avdekket. Det må samarbeid til for å få til en endring på å innvilge tjeneste uten diagnose. Endring i holdninger, prosedyrer og retningslinjer.

## Spørsmål/påstand 8

**Når en person med rusproblemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har psykiske problemer.**

Denne påstanden er tatt med fordi det viser seg at det er stor sammenheng mellom ruslidelse og psykisk lidelse. Personer med samtidig rus – og psykisk lidelse (ROP - lidelse)

Her scorer informantene fra bestiller 1. De mener at alle som tar kontakt med hjelpeapparatet og som har en ruslidelse også kartlegges for psykiske lidelser.

Her svarer bare en av informantene fra utøverne, og scorer 1. Utøver og bestiller er enige i denne påstanden.

«Forekomst av ROP (Samtidig rus – og psykisk lidelse) lidelser i primærhelsetjenesten: Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og at ca 40 prosent av dem, det vil si om lag 50 000 personer, kan ha rusmiddelproblem og en opphopning av levekårsproblemer.» (Helsedirektoratet 03/2012: 29)

Det er greit å kartlegge om rusmiddelavhengige også har en psykisk lidelse. Det er ganske godt kjent både blant bestiller og utøver at det er nær sammenheng mellom rus og psykisk lidelse. Men det er ikke lett å vite om brukeren ruser seg fordi han/hun har en psykisk lidelse i utgangspunktet, eller om den psykiske lidelsen er som følge av rusing. Det er ikke alltid at brukeren selv vet dette. Det er viktig å ha fokus på både ruslidelsen og den psykiske lidelsen. Det er derfor viktig å kartlegge psykisk lidelse for å kunne gi et tjenestetilbud tilpasset både rus – og psykisk lidelse.



## Spørsmål/påstand 9

**Når en person med psykiske problemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har rusmiddelproblemer.**

Denne påstanden ble valgt fordi det viser seg at sammenhengen mellom rus – og psykiske lidelser er stor.

«Flere utenlandske studier viser en høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er til behandling i psykisk helsevern, særlig hos pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene.» (Helsedirektoratet 03/2012: 27)

Her scorer informantene fra bestiller 3, og mener at når en person med psykiske problemer er i kontakt med hjelpeapparatet, så kartlegges det i liten grad om personen har rusmiddelproblemer.

Her scorer bare en av informantene fra utøverne, og scorer 1. Informanten fra utøver mener at det stemmer helt at det kartlegges om personer med psykiske problemer også har rusmiddelproblemer.

Som tidligere skrevet er det stor sammenheng mellom ruslidelser og psykiske lidelser, derfor var det viktig å få med nyansen i dette spørsmålet/påstanden. Det var i utgangspunktet ment som et kontrollspørsmål og det var ikke ventet at dette spørsmålet/påstanden skulle gi et så uventet svar. Derfor ble det stilt et tilleggsspørsmål, fordi det var et uventet og interessant svar. Tilleggsspørsmålet blir belyst etter de ordinære spørsmålene/påstandene.

## Spørsmål/påstand 10

### **Får rusmiddelavhengige like gode tjenester som personer med psykiske lidelser?**

Dette er et direkte spørsmål som ikke har sammenheng med nasjonale retningslinjer, men er et interessant spørsmål å stille for å se om bestiller og utfører svarer likt.

Her scorer informantene fra bestiller 1 på spørsmålet. De mener det stemmer helt at personer med rus- og psykiske lidelser får like gode tjenester.

På utførersiden er det to informanter som ikke scorer, men kommer med kommentarer.

En informant svarer at dette er et spørsmål og ingen påstand.

Den andre informanten svarer at det kan være vanskelig å nyttiggjøre seg tjenesten på grunn av rusing.

Den tredje informanten scorer 3 på dette spørsmålet. Hun mener at det i liten grad stemmer at rusmiddelavhengige får like gode tjenester som personer med psykiske lidelse.

«Pasienter med psykiske lidelser og rusavhengighet ble ofte kasteballer mellom systemene og opplevde seg ofte som mindreverdige – ingen ville ha dem.» (Badeliv, 2008: 2)

Det er ikke mange nok svar fra utfører til å konkludere med at personer med ruslidelser får mindre gode tjenester enn andre.

En informant fra utøver scoret 3 på dette. Men det måtte blitt forsket på i større målestokk for å kunne konkludere med at det er slik. Det kan tyde på at bestiller og utøver ser ulikt på tjenesteytelsen og det kunne vært interessant å sett på ulikhetene i svarene fra bestiller og utfører i en større undersøkelse. Svarene kan tyde på at det er ulikt syn på tjenesteytelsen.

Et av svarene fra informantene fra utøver var at personer med ruslidelser kunne ha vanskelig for å nyttiggjøre seg tjenestene på grunn av rusing. Hva menes egentlig med dette svaret? Er

tjenesten ikke tilrettelagt slik at personer som ruser seg ikke klarer å nyttiggjøre seg tilbudet, eller kommer rusingen uansett i veien for å kunne nytte seg tjenester? Det kunne vært interessant å studere dette i større målestokk.

«Personer med samtidig ruslidelse psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Selv om det har vært økt oppmerksomhet på denne pasientgruppen de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmisbruket bak den psykiske lidelsen.» (Helsedirektoratet, 2012: 15)

«Brukerne er ikke problemet, de har problemer.» (Jenssen, 2012)

Dersom det er slik at personer med ruslidelser ikke klarer å nyttiggjøre seg tilbudet på grunn av rusing, må det gjøres noe med tilbudet for å tilpasse dette til brukeren. Tilbudet skal ikke være tilpasset tjenesteyteren, men til brukeren. Det må ses på hele tjenestetilbudet for at det kan avdekkes hva som må gjøres for å få i gang en endring mot bedre tjenestetilbud til denne brukergruppen.

Tjenesteyterne (fra praksis) uttaler at man har lett for slavisk å holde seg til vedtak og vedtakstimer, men med denne brukergruppen må en benytte anledningen og gjøre det en får lov til der og da fordi det ikke er alltid en får utført tjenestene en skal utføre. At pårørende er misfornøyde med at leiligheten ikke er som de ønsker den skal være, betyr ikke at tjenesteyterne ikke gjør jobben sin.

Videre sier de at man ikke kan ha fokus på at brukerne har problemer, men ha fokus på at tjenesteyterne må tilrettelegge på en måte som brukerne kan mestre.

Kanskje det må gis vedtak med variable eller fleksible timer til denne brukergruppen, og fleksible tjenester. Det blir gitt tjenester ut fra spesifikke oppgaver og antall timer pr uke i vedtak. Hele tjenesten bør ses på i en sammenheng. Kanskje bør tjenestetilbudet til brukergruppen med ruslidelser være helt annerledes enn andre tjenestetilbud. Annen struktur, prosedyre, retningslinjer og vedtak?

Endring må til, og da må det ledelsesmessige grep til gjennom tilpasning og ønsket utvikling. (Busch m fl 2007)

Hele virksomheten må gjennomgå en endring mot å tilpasse seg retningslinjer fra helsedirektoratet og brukernes behov. Hva er mål man skal jobbe etter? Hva skal man oppnå? Holdningsskapende arbeid der det er nødvendig, forebyggende arbeid, fokus på det friske (ressurser) hos brukerne, i stedet for det syke (hva de ikke kan).

### **Tilleggsspørsmål til spørsmål/påstand 9**

**Bestiller scoret 3 på spørsmål 9. Dette var så uventet og interessant at det ble sendt ut et tilleggsspørsmål til disse åtte.**

**Når en person med psykiske problemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har rusmiddelproblemer, krysset du av for 3, der 1 stemmer helt og 4 stemmer ikke. Det betyr at det bare er noen med psykiske problemer der det kartlegges om personen i tillegg har rusproblemer. Hvorfor er det sånn, tror du?**

En informant svarte at «det bare ble kartlagt ved mistanke om rusproblemer. Det brukes skjønn fordi han mener at man må «trå varsomt» slik at aktuell søker ikke blir støtt. Han mener også at fastlege har ansvar for å kunne si noe om rusproblemer i legeerklæring.»

To informanter svarte at «det ikke er automatikk i å kartlegge om søker har et rusproblem. Det blir en vurdering i kartleggingen. Søker kan uansett unnlate å svare på om hun/han har et rusproblem.»

En informant svarte at «det var et godt spørsmål som ble stilt, og det kan nok diskuteres. Da jeg jobbet i institusjon tidligere, var dette et standardspørsmål ved alle innleggelse. Jeg tror imidlertid det kan være annerledes utenfor institusjon da det ikke er samme grunnlag for å gjøre det som i en institusjon. Hver enkelt vurdering blir sett på individuelt, og en spør om dette der det er naturlig.»

Det kan tyde på at kartlegging av ruslidelser vil støte mennesker som søker om tjenester, og man kan spørre seg selv om hvorfor?

Er det fortsatt så stigmatiserende å være rusmiddelavhengig at ansatte ikke tør å ta opp spørsmålet med søkere av tjenestene?

«Å ta opp alkoholbruk/rusavhengighet kan for pleie og omsorgstjenesten føles som en krenkelse av deres brukere.» (Rusfag 2012: 81)

«Problematisk alkoholbruk blant eldre omtales ofte som et skjult eller ikke-eksisterende problem. Mange eldre og deres nærmeste familie, unngår å snakke om deres alkoholproblem på grunn av skam og skyldfølelse.» (Rusfag, 2012: 81)

«Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Selv om det har vært økt oppmerksomhet på denne pasientgruppen de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmisbruket bak den psykiske lidelsen.» (Helsedirektoratet, 2012: 15)

Endring i holdninger og rutiner må til for å fange opp ruslidelser tidligst mulig. Ottesen (2011) hevder at endringsledelse er en prosess som aldri tar slutt. Organisasjoner og omverdenen forandrer seg og byr på nye utfordringer og muligheter.

Informantene fra bestiller svarer at det er ingen forskjell på tjenestene til personer med ruslidelser og personer med psykiske lidelser. Likevel vegrer informantene seg for å ta opp temaet rus med søkere som har psykiske lidelser, selv om det er påvist i undersøkelser at det er stor sammenheng mellom rus – psykiske lidelser. Hvorfor kan dette føles som en krenkelse?

Som den ene informanten svarte, man må trå varsomt slik at aktuell søker ikke blir støtt.

Når det er så nær sammenheng mellom rus – og psykiske lidelser bør det lages rutiner for å kunne fange opp brukere som har en ruslidelse før det er kommet for langt. I et folkehelseperspektiv vil det være samfunnsøkonomisk og for hver enkelt bruker vil det være av betydning å få hjelp tidligst mulig. Det må kanskje utarbeides et standard spørreskjema slik

at det ikke føles så vanskelig for den enkelte som skal kartlegge brukere som søker om tjenester. Når dette vanskelige spørsmålet skal stilles kan det henvises til spørreskjema. En informant svarte at dette var et godt spørsmål som nok kan diskuteres. Der hun jobbet før var det et standard spørsmål ved innleggelse, men at det ikke er like naturlig å stille dette spørsmålet til hjemmeboende mennesker.

Det kan tyde på at det fremdeles er et vanskelig tema å ta opp, både for tjenesteytere og brukere av tjenestene og da må tjenesteyterne få verktøy som kan hjelpe dem til å stille de rette spørsmålene.

I en samtale med ansatte på Dalane DPS januar 2012 med bakgrunn i at der har de startet et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Bjerkreim, Eigersund, Lund, Sokndal og Dalane DPS «Oppsøkende behandlingsteam Dalane». Dette er et aktivt oppsøkende behandlingstilbud for brukere med rus – og psykiske lidelser. I prosjektet blir brukerne rettighetsvurdert i forhold til lovverket, men lovverket er ikke tilpasset denne brukergruppen, uttaler de ansatte.

De sier videre at denne brukergruppen blir stigmatisert og er ikke likestilt med røykere som har KOLS for eksempel. «Vi har teorier om stigmatisering som låser mennesker i kategorier, og det er økt bevissthet om nødvendighet av å bevege seg bort fra posisjonen «hjelper som ekspert» over til posisjonen partner i et mer likeverdig samarbeid. (Jenssen, 2012: 19)

Ansatte på Dalane DPS sier videre at det må holdningsendringer til blant ansatte, og det brukes tid på endringen.

Busch m fl (2008) sier at det må ledelsesmessige grep til for å få til en nødvendig tilpasning og ønsket utvikling.

Videre uttaler ansatte på Dalane DPS at alle har krav på respekt for den de er, og aksept for at de er bra som de er. Det har også denne gruppen.

«Alle har krav på respekt og aksept for at vi er bra som vi er, og det har denne gruppen også. Videre skriver Jensen, (2012) at mange brukere i ulike fora har fortalt om sine opplevelser av krenkelser i møte med ulike deler av hjelpeapparatet.»

## 6 Konklusjon

Funnene i undersøkelsen utført i denne avhandlingen kan ikke understøtte uttalelsen om at brukergruppen ikke får like god hjelp som personer med psykiske lidelser får fordi det er for få av utøverne som faktisk svarte på dette spørsmålet. Det var kun en informant fra utøver som svarte. Informantene fra bestiller svarte at de får like gode tjenester, selv om de vegrer seg for å stille mennesker med psykiske lidelser spørsmål om de også har en ruslidelse.

Svarene fra spørreskjemaet var ikke helt entydige. Svarene fra informantene fra bestiller var like alle sammen. Det kan spekuleres i hvorfor de var det. Svarprosenten var høy, åtte av ni har svart. Det vil si en svarprosent på 88.

Svarene fra informantene fra utfører var få, tre stykker av ni, det vil si en svarprosent på 33.

Noen av svarene som kom inn etter utsendelse av spørreskjemaet kunne det vært interessant å forske videre på i større målestokk. Spesielt svar fra bestiller på spørsmål/påstand 9. Det ble sendt ut tilleggsspørsmål til dette spørsmålet/påstanden.

Det kunne også vært interessant å forske på ulikhetene i informantenes svar, utfra hvilken rolle de har i tjenesteapparatet. Er det ulik oppfatning av tjenesteytelsen utfra bestiller – og utførerrollen? Noen av svarene kan tyde på det.

## Litteraturliste

Asfalt, 2012 nr 1 og 2, årgang 3

Askeland, Gurid Aga, Kritisk refleksjon i sosialt arbeid, Universitetsforlaget 2011.

Asmussen, Vibeke og Jøhnke, Steffen, Brugerperspektiver, Aarhus universitetsforlag 2004.

Badeliv, nr 2-2008, årgang 17

Brukerplan, KORFOR (Regionale Kompetansesentre Rus) 2011

Busch, T, Vanebo, J.O. m fl, 2007. Endringsledelse i et strategisk perspektiv, Universitetsforlaget.

Dalland, Olav, 5. utgave, 1. opplag, 2012. Metode og oppgaveskrivning. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksen, Rita Elisabeth, Rapporter fra Diakonhjemmets høgskole, Sosialt arbeid med personer som trenger booppfølging. Diakonhjemmet 2011/8

Fekjær, Hans Olav, 2008, 3 utgave, 1 opplag. Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk. Gyldendal akademisk

Folkehelseinstituttet: Bedre føre var...psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1

Fugelli, Per, 2003. 0-visjonen, essay om helse og frihet, Universitetsforlaget

Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP – lidelser, 03/12, IS – 1948.



Jacobsen, Dag Ingvar, 2010 2 utgave. Forståelse, beskrivelse og forklaring, Høyskoleforlaget,

Jensen, Anne Grete, Tronvoll, Inger Marii, 2012. Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse, Universitetsforlaget AS.

Johannesen, Jan Vincent, 2009 3. opplag. Kunsten å leve, Aschehoug & co

Ottesen, Otto, 2011 1. utgave 1. opplag. Ledelse Å bruke teori i praksis. Høyskoleforlaget.

Rusfag, 2012-1. artikkelsamling fra regionale kompetansesentre rus

Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2012, Sola kommune.

Sinn og samfunn, nr 2 2012, Årgang 32. Mental helse

Skog, Ole Jørgen, 2009. Å forklare sosiale fenomener, Gyldendal.

Stensvik, Bår, 2011. Skitt, mennesket, møkka og kulturen, Pax forlag.

Tjølås, Jan Erik 2011, årgang 22. Tidsskriftet for sykepleiere innen psykisk helse og rus, nr 1.

URL 1 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/i-362001.html?id=108840>  
Besøkt 07.06.12

URL 2 <http://www.psykol.no/layout/set/print/foreningen/nyheter-og-aktuelt/aktuelt> Besøkt  
09.02.12

URL 3 <http://no.wikipedia.org/wiki/Helse> Besøkt 07.05.12

URL 4 <http://www.forebygging.no/en/litteratur/fakta-om-rusmidler/> Besøkt 17.01 12

URL 5 <http://www.regjeringen.no/nou2000> Besøkt 17.01.12

URL 6 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2000/nou-2000-2/8/6/1.html?id=356926>, Besøkt 06.05.12

URL 7 [http://www.folkehelseinstituttet.no/tema/psykiske plager](http://www.folkehelseinstituttet.no/tema/psykiske_plager). 17.01.12

URL 8 [http://snl.no/.sml\\_artikkel/rusmiddelavhengighet](http://snl.no/.sml_artikkel/rusmiddelavhengighet) Besøkt 06.06.12

URL 9 <http://www.valdresklinikken.no/rusavhengighet/> Besøkt 31.05.12

URL 10 <http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2510/1/Hva-er-et-forskningsdesign/Hva-er-et-forskningsdesign.html> Besøkt 01.06.12

URL 11 [http://www.regjeringen/helse – og omsorgsdirektoratet/dokumenter/proposisjonerog-meldinger/innledning/rusreform II](http://www.regjeringen/helse-og-omsorgsdirektoratet/dokumenter/proposisjonerog-meldinger/innledning/rusreform-II), Ot.prp.nr 54, 2002-2003 Besøkt 07.05.12

URL 12 <http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2618/5/Ikke-sannsynlighetsutvalg/Slumpmessig-utvalg.html> Besøkt 07.06.12

URL 13 <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx> Besøkt 12.06.12

## VEDLEGG 1

### Brukere som er rusmiddelavhengige eller har psykiske lidelser

I de følgende spørsmål skal du sette kryss i den ruten du synes stemmer best i en skala fra 1 til 4 (1 stemmer helt, 4 stemmer ikke) på dine vurderinger om tjenesten til brukere med rus eller psykiske lidelser

	Vurder i hvilken grad disse påstandene stemmer overens med din oppfatning.	RUS				PSYKIATRI			
		1	2	3	4	1	2	3	4
	<i>1 = stemmer helt, 4 = stemmer ikke</i>								
1.	Tjenesten blir utarbeidet i samarbeid med brukeren.								
2.	Tjenesten er innrettet slik at brukeren er i stand til å ta egne valg.								
3.	Brukeren får informasjon om tjenestetilbudet.								
4.	Brukerens egne ressurser kartlegges og brukes mtp at livskvaliteten kan bedres.								
5.	Mobiltelefon/sms brukes for å etablere/opprettholde kontakten med bruker.								
6.	Brukeren får tilbud om individuell plan.								
7.	Brukeren får innvilget tjeneste uten diagnose.								
8.	Når en person med rusproblemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har psykiske problemer.								
9.	Når en person med psykiske problemer er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om								

	personen har rusmiddelproblemer.				
<b>10.</b>	Får rusmiddelavhengige like gode tjenester som personer med psykiske lidelser?				


Sett kryss i ruten som passer:

Arbeidsplass:

Bestiller

Utfører

Alder:

20-29

30-39

40-50

Over 50

Kjønn

Mann

Kvinne

## VEDLEGG 2

Fra: Rita Ims/Helse-int-net/Rådhuset/Sola\_kom  
Dato: 11.04.2012 11:26  
Emne: Undersøkelse

Jeg studerer master i endringsledelse ved universitetet i Stavanger.

Jeg skriver en oppgave om tjenestene vi gir til brukere med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser.

I den anledning har jeg utarbeidet et spørreskjema som jeg håper du kan ta deg tid til å svare på.

Det vil ta ca 3 min å fylle ut skjemaet.

Jeg ønsker å se om det er forskjell på tjenestene vi gir til mennesker med psykiske lidelser kontra mennesker med rusmiddelavhengighet.

Ditt svar vil bli behandlet konfidensielt.

Spørreskjema bes sendt i retur via internposten til Rita Ims innen fredag 20. april 2012.

På forhånd takk for din hjelp

*(See attached file: Utfyllingsskjema 3.doc)*

Med vennlig hilsen  
Rita Ims  
Virksomhetsleder Psykisk helsearbeid, Sola kommune  
Tlf: 51 29 17 68  
Mob: 90 11 19 80  
epost: rita.ims@sola.kommune.no

### VEDLEGG 3

Fra: Rita Ims/Helse-int-net/Rådhuset/Sola\_kom  
Dato: 11.05.2012 14:16  
Emne: Fw: Undersøkelse

Den 11.04.12 sendte jeg ut et spørreskjema, og svarene på disse er nå gjennomgått. På bakgrunn av svarene ønsker jeg å stille et tilleggsspørsmål.

På spørsmål 9: Når en person **med psykiske problemer** er i kontakt med hjelpeapparatet, kartlegges det om personen har rusmiddelproblemer, krysset du av for 3, der 1 stemmer helt og 4 stemmer ikke. Det betyr at det bare er noen med psykiske problemer der det kartlegges om personen i tillegg har rusproblemer. Hvorfor er det sånn, tror du?

På forhånd takk for din hjelp

Med vennlig hilsen

Rita Ims

Virksomhetsleder Psykisk helsearbeid, Sola kommune

Tlf: 51 29 17 68

Mob: 90 11 19 80

epost: rita.ims@sola.kommune.no

## VEDLEGG 4

	2009	2010	2011
Antall saker	116	159	226
Antall med forhåndsilsagn uten kjøp	63	99	153
Antall avslag	14	20	30
Antall utbetalinger	39	40	43

