

Kompetansesenter rus - Midt-Norge



2018

BRUKERTILFREDSHETSEVALUERING

AV KOMMUNALE TJENESTER FOR PERSONER MED
RUSMIDDELPROBLEM

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs Hospital
Kompetansesenter rus – Midt-Norge

DELRAPPORT 2: KVALITATIV RAPPORT

VI ARBEIDER PÅ OPPDRAG FRA



Innhold

Forord	5
1. Hovedfunn fra undersøkelsen	7
Er tjenestene tilgjengelige for brukerne, og får brukerne hjelp når de trenger det?	7
Har tjenesteapparatet systemer for å involvere brukerne i utforming av tjenestetilbudet?	8
Er det samsvar mellom behovet til brukerne og den hjelpen de mottar fra tjenesteapparatet?	9
Hvordan er den opplevde nytteverdien for brukerne av tjenestene?	9
Forbedringsområder for kommunene	11
2. Om undersøkelsen	12
Brukererfaringer med kommunalt rusarbeid.....	12
3. Metode.....	14
Utvalgsprosedyre og datainnsamling.....	14
Utvalg	14
Rekruttering	14
Beskrivelse av de forskjellige tiltakene informantene er rekruttert fra	15
Intervju	16
Etikk	17
Analyse	18
4. Resultater	19
Innledning.....	19

Om informantene.....	21
Kommunale tjenester	21
Boforhold	22
Forhold til rusmidler	22
Sysselsetting/inntekt	22
Informantenes helse	23
4.1 Erfaringer og opplevelser med tjenesteapparatet	27
Enkeltrelasjon	30
Tilgjengelighet og fleksibilitet	32
Mottakelighet for hjelp og egne ressurser	34
Oppsummering	36
4.2 Familie, fellesskap og nettverk	37
Familie og fellesskap på godt og vondt	37
Nye rusfrie fellesskap	41
Tjenestenes promotering av kontakt med rusnettverk	44
Oppsummering	47
4.3 Oversikt, innsyn og medvirkning	47
Oversikt over brukerorganisasjoner og brukerombud	47
Innsyn og medvirkning i egne saker og rusbehandling	49
Informantenes brukermedvirkning i undersøkelsen	52
Oppsummering	52
4.4 Overganger	53
Trøblete overganger	53
Glidende og gradvise overganger	54
Oppsummering	56

4.5	Samarbeid	57
	Oppsummering	59
4.6	Nye tjenester	59
	Oppsummering	61
5.	Generell oppsummering.....	62
	Hva må jobbes med innen tjenesteapparatet for å sikre gode erfaringer og opplevelser for personer med rusmiddelproblem?	62
	Hva trenger vi å vite mer om for å sikre et godt tjenesteapparat for personer med rusmiddelproblem?	63
	Referanser	65
	Vedlegg 1 – Informasjonsskriv.....	68
	Vedlegg 2 - Intervjuguide	71

Forord

Kompetansesenter rus – Midt-Norge (KoRus-Midt) utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet en evaluering av brukererfaringer blant personer med rusmiddelproblem som mottar kommunale tjenester. Denne rapporten, delrapport 2, sammenfatter resultatene av den kvalitative delen av prosjektet. Delrapport 1 viser resultatene fra den kvantitative delen. Datainnsamlingen i prosjektet er gjennomført i tidsrommet september 2017 til januar 2018. De kvalitative intervjuene har hatt som fokus å fange brukeropplevelsen av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem.

16 brukere ble intervjuet. Disse kom fra fire forskjellige kommuner av ulik størrelse.

Prosjektgruppen ved KoRus har bestått av Erlend Thorup, Trond Nordfjærn, Grete Flemmen, Marianne Stallvik, Stein Arve Strand, Marit Magnussen, Nina Kavita Heggen Bahl, Unn Grimstad, Lars Arne Ranheim, Kristin Tømmervik og Trond Ljøkjell.

Referansegruppen har bestått av David Rogne (LMS-Korus-Midt), Heidi Westerlund (Kompetansesenter for brukerevaluering og tjenesteutvikling – Midt-Norge), Erik Holm (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon) og Christian Clayborough (Trondheim Kommune).

Rapporten er skrevet av Nina Kavita Heggen Bahl, Marit Magnussen, Veronika Paulsen og Unn Grimstad. Marit Magnussen har gjennomført den kvalitative datainnsamlingen og har sammen med Nina Kavita Heggen Bahl og Unn Grimstad transkribert intervjuene. Nina Kavita Heggen Bahl har gjennomført analyser av datamaterialet, og har også hatt hovedansvar for skriving av rapporten. Veronika Paulsen (NTNU Samfunnsforskning) har veiledet rapportskrivningen og har kvalitetssikret brukerperspektivet i undersøkelsen. Kristin Nygård (Trondheim Kommune) har kvalitetssikret den rusfaglige delen.

Vi retter en stor takk til de ansatte i kommunene som rekrutterte informanter. Uten disse engasjerte ansatte hadde det ikke blitt noen intervjuer. Vi ønsker også å takke Trond Hatling (NAPHA) for å ha tatt seg tid til å lese rapporten og gi gode innspill til forbedring av den.

Sist, men absolutt ikke minst, ønsker vi å takke våre informanter som har stilt opp til intervju og delt av sine erfaringer med de kommunale tjenestene.

Trondheim, april 2018

Trond Ljøkjell

Avdelingssjef

KoRus Midt-Norge

1. Hovedfunn fra undersøkelsen

For å belyse hovedområdene for det overordnede prosjektet presenterer vi resultatene fra denne kvalitative delrapporten sammen med hovedfunnene fra den kvantitative delrapporten med utgangspunkt i de fire problemstillingene:

- 1) Er tjenestene tilgjengelige for brukerne, og får brukerne hjelp når de trenger det?
- 2) Har tjenesteapparatet systemer for å involvere brukerne i utforming av tjenestetilbudet?
- 3) Er det samsvar mellom behovet brukerne har og den hjelpen de mottar fra tjenesteapparatet?
- 4) Hvordan er den opplevde nytteverdien for brukerne av tjenestene?

Et av hovedresultatene i delrapport 1 var at brukerne var mest fornøyd med at informasjonen om tjenestene er formidlet på en forståelig måte og at de blir møtt med høflighet og respekt. De kvalitative funnene nyanserer dette bildet. Det kommer frem av analysene at dette er tilfellet for enkelte brukere, mens andre har erfart at de ikke blir møtt på en respektfull måte, og noen sier at dette avhenger av ens egen atferd.

Et annet hovedresultat i den kvantitative rapporten var at deltakerne i studien var minst fornøyd med tjenestenes tilrettelegging for pårørende, og deres egen innflytelse på utformingen av tjenestene. Funnene fra de kvalitative analysene viser at involvering og støtte fra rusfrie familiemedlemmer og fellesskap oppleves som positivt for brukerne, både under og etter behandling, så lenge disse relasjonene ikke oppleves som ustabile eller konfliktfylte. Flere av informantene snakker om at de erfarer innflytelse og medvirkning som ROP-brukere, i ansvarsgrupper, gjennom utforming og gjennomføring av individuell plan, samt gjennom denne brukerundersøkelsen. Flere tjenester etterlyses, noe vi skal komme tilbake til i diskusjonen av forbedringsområder for kommunene.

Er tjenestene tilgjengelige for brukerne, og får brukerne hjelp når de trenger det?

Den kvantitative delrapporten viste at omtrent halvparten av respondentene i stor eller svært stor grad opplevde at de får hjelp når de har behov for det og at tilgjengeligheten i tjenestene er tilfredsstillende. I denne undersøkelsen ser vi imidlertid at brukerne har et

sammensatt bilde når det kommer til dette. Flere av informantene som ble intervjuet sier at de ikke fikk hjelp etter gjennomført rusbehandling, som beskrives som en svært sårbar fase for personer med rusmiddelproblem. Dette er i tråd med funnene fra tidligere undersøkelser på samme brukergruppe (Haugum et al., 2016), som rapporterer at brukerne er lite fornøyd med områdene som omhandler ettervern og oppfølging fra kommunen etter utskriving. Flere av informantene i denne undersøkelsen trekker også frem at NAV oppleves som lite tilgjengelig for dem. Generelt ser vi av resultatene at de som opplever å ha fått hjelp har erfaringer med en glidende og gradvis overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester. Resultatene indikerer også at de brukerne som beskriver å ha fått god hjelp fra kommunale tjenester har en enkeltrelasjon i kommunen som karakteriseres av tillit, omsorg, forståelse, engasjement og respekt, og at denne kontakten bistår med hjelp på tvers av tjenester. For et godt samarbeid på tvers av tjenester er det viktig at denne personen gir tilstrekkelig informasjon om tilbud og tjenester til brukeren, og videreformidler brukerens sak i sin helhet til de enkelte ansatte i tjenestene.

Resultatene viser også at behovene til brukerne er sammensatte, og henger sammen med hvilken fase brukeren er i med tanke på relasjoner, rus, helse, og livsløp. For å gi brukerne den hjelpen de trenger til riktig tid, er det viktig at tjenestene tar hensyn til disse faktorene. Det er også viktig med gradvise og glidende overganger mellom tjenester og overganger i tråd med brukerens behov, ressurser for rusmestring, også når det kommer til utdanning og arbeid.

Har tjenesteapparatet systemer for å involvere brukerne i utforming av tjenestetilbudet?

I den kvantitative delen av undersøkelsen fant en at 36 % opplever at de i stor eller svært stor grad har hatt innflytelse på utformingen av tjenestene de har mottatt. Det er altså mange som opplever at de ikke har hatt stor innflytelse på utformingen av tjenestene de har mottatt. Av analysene i denne delrapporten kommer det frem at brukerne opplever medvirkning gjennom tjenester som ROP, ansvarsgruppe, individuell plan og brukerundersøkelsen. Graden av opplevd innflytelse påvirkes negativt av erfaringer med at beslutninger blir tatt uten brukerens samtykke, manglende innsyn og oversikt, og med å ikke bli hørt av ansatte i tjenestene. Videre indikerer resultatene at en opplevelse av å ha fleksible tjenester og en enkeltrelasjon i kommunen som en har tillit til og god personlig kjemi med, er viktig for å oppleve medvirkning i tjenestene en mottar. For å involvere

brukerne ytterligere i utforming av deres eget tjenestetilbud er det også viktig at fastlegen har god oversikt over tjenester og tilbud, ettersom denne tjenesten ofte er inngangsporten til andre tjenester. Videre er det viktig at tjenester involvert i brukerens ansvarsgruppe og individuelle plan kommuniserer og samarbeider. Det er også viktig at de brukerne som havner utenfor målgruppen til brukerorganisasjoner for personer med rusmiddelproblem, eller som føler seg ekskluderte fra disse, får mulighet til å påvirke utforming av tjenestetilbudet generelt på andre måter, som for eksempel gjennom brukerundersøkelser som denne.

Er det samsvar mellom behovet til brukerne og den hjelpen de mottar fra tjenesteapparatet?

Ifølge den kvantitative delen av undersøkelsen er 54 % av respondentene i stor eller svært stor grad tilfredse med de kommunale tjenestene de mottar. Informantene som får hjelp fra ruskonsulent, rusteam og kommunale rustiltak sier at de i stor grad opplever samsvar mellom behovene sine og hjelpen de får. Fra andre tjenester er erfaringene varierende. Eksempelvis er noen svært fornøyd med hjelpen de får gjennom ansvarsgrupper og individuell plan, mens andre opplever at disse ikke har noen hensikt. Brukerne som erfarer lite samsvar mellom behovet de har og den hjelpen de får snakker ofte om mangelfullt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (LAR) og kommunehelsetjenesten. Noen av brukerne beskriver at individuelle ressurser (f.eks. egenvilje) og sosial ressurser (relasjoner) er viktig for å få den hjelpen de trenger. Funnene indikerer også at det er sentralt å ta hensyn til hvor i tilfriskningsprosessen brukeren befinner seg, samt sammensatte helseutfordringer og livsstadium, for å tilpasse tjenestene etter brukernes behov. Denne kompleksiteten illustrerer viktigheten av samarbeid mellom tjenester for at brukerne skal få tilfredsstillende hjelp.

Hvordan er den opplevde nytteverdien for brukerne av tjenestene?

I den kvantitative undersøkelsen svarte 42 % at de i stor eller svært stor grad har mottatt hjelp fra kommunen til å mestre hverdagen. Informantene som ble intervjuet sier at de får hjelp med økonomi, bolig, helse og transport som er sentralt for å mestre hverdagen. Hva som anses som nyttig hjelp avhenger av behovet til den enkelte bruker. Eksempelvis har

noen problemer med hukommelse, noe som gjør påminnelser om avtaler viktig for å motta hjelp i hverdagen. Det er også enkelte kommunale tjenester som gjør det utfordrende for brukerne å mestre hverdagen, som kommunal bolig og medisinutlevering. Begge disse tjenestene blir beskrevet som utformet på en måte som gjør at brukerne kommer i kontakt med og vedlikeholder relasjoner i rusnettverk i bostedskommunen.

Videre viste den kvantitative delrapporten at 34 % sier at de har fått tilfredsstillende hjelp med fysisk og psykisk helse. Av resultatene fra denne kvalitative delrapporten ser vi at brukerne har sammensatte helseutfordringer. Resultatene viser også at spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester har ulike, og noen ganger motstridende, mål når det kommer til behandling av brukernes helseutfordringer. Flere av brukerne sier at de har erfaringer med at medisiner foreskrevet av fastlegen blir stoppet opp av LAR. Dette kan være en av grunnene til at så mange opplever å ikke få tilstrekkelig hjelp med fysisk og psykisk helse. Psykisk helse var et langt større tema enn fysisk helse for de som ble intervjuet, og resultatene indikerer at tilbud som individuelle samtaler og gruppetilbud som mestringskurs er nyttige for de brukerne som har utfordringer knyttet til psykisk helse. Dette er særlig aktuelt etter at en har blitt rusfri.

I den kvantitative delrapporten er det kun 15 % som rapporterer at de i stor eller svært stor grad opplever å få tilfredsstillende hjelp med å etablere sosialt nettverk. Resultatene fra denne delrapporten viser at familie, fellesskap og nettverk er et svært viktig tema for informantene, og flere forteller at nye rusfrie fellesskap er essensielt for rusmestringen. Den kvantitative delrapporten illustrerer problemstillinger som å skaffe bolig, hjelp med å mestre boforhold, mestring av økonomi, og å komme seg ut i arbeid eller utdanning. Av analysene i denne delen av undersøkelsen kommer det frem at glidende og gradvise overganger fra rusbehandling til hverdagslivet i bostedskommunen er viktig for å oppleve mestring i utdanning og å komme ut i full jobb. Når det kommer til praktisk hjelp til å mestre økonomien forteller informantene at de får god hjelp fra ruskonsulent, og de få informantene som har økonomisk verge har god erfaring med dette. Brukerne opplyser imidlertid at de får lite innsyn i og informasjon om beslutninger NAV tar når det kommer til egen økonomi. Informantene som ble intervjuet snakker lite om mestring av boforhold, men resultatene viser at kommunale boliger er en bosituasjon som oppleves særlig krevende å skulle mestre.

Forbedringsområder for kommunene

Flere av brukerne som deltok i intervjuene for denne kvalitative delrapporten forteller at de ønsker seg flere tilbud og tjenester som er døgnåpne og tilgjengelige i helgene. Det er særlig ettervernstiltak, samt kreative tilbud og aktivitetstilbud som blir etterspurt. Brede tilbud med en bred brukergruppe er også ønskelig for en del av brukerne som har kommet langt i rusmestringen. De tjenestene og tilbudene som informantene etterspør gjenspeiler i stor grad tilbud og tiltak som flere beskriver som positive; de som er tilgjengelige, fleksible, brede og som tilbyr tilfredsstillende enkelthetrelasjoner. Resultatene fra denne delrapporten gjenspeiler også resultatene fra den kvantitative delrapporten; flere ønsker seg meningsfull aktivitet og hjelp til å etablere sosiale relasjoner og fellesskap.

Ytterligere forbedringsområder er:

- Kontakt fra kommunale tjenester med bruker etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten: At kommunen sikrer kontakt med brukeren før han/hun skal tilbake til bostedskommunen.
- Oppfølging av brukere som har lite støtte fra familie og/eller andre relasjoner: At en sikrer en kontinuerlig enkelthetrelasjon i kommunen som kan koordinere tjenestene han/hun har behov for (f.eks. ruskonsulent).
- Utforming av boligtilbud og medisinutlevering som skåner brukeren for kontakt med rusnettverk: At brukerne kan bo og hente medisiner uten å møte på personer i aktiv rus.
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste (f.eks. LAR) og kommunale tjenester: At ansatte i tjenestene som brukeren mottar hjelp fra, i spesialhelsetjenesten og kommunen, kommuniserer seg i mellom.
- Informasjon og innsyn for brukeren i egne saker (spesielt de som behandles av NAV): At brukerne får løpende informasjon og innsyn i egne saker og vedtak som tas for disse.
- Tilbud om ansvarsgruppe og individuell plan: At alle brukere får tilbud om ansvarsgruppe og individuell plan på en måte som sikrer medvirkning.
- Tannhelsetjenester: At de brukerne som har behov for tannhelsetjenester får nødvendige tjenester som samsvarer med brukerens økonomi.

2. Om undersøkelsen

Brukererfaringer med kommunalt rusarbeid

Det er laget et evalueringsprogram for å følge effektene av opptrappingsplanen på rusfeltet (Proposisjon 15 S, 2016-2020) etter hvert som den gjennomføres. Som del av det samlede evalueringsprogrammet har KoRus-Midt fått i oppgave å utarbeide og gjennomføre en nasjonal brukerundersøkelse blant brukerne av de ulike kommunale rustjenestene. Brukermedvirkning er en faglig og politisk målsetting for helsetjenesten, og et av hovedmålene i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) er «å sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». To delrapporter (en kvantitativ og en kvalitativ) inngår i oppdraget, og har som formål å kartlegge brukernes erfaringer og tilfredshet med kommunale tjenester, samt områder for forbedring av praksis. Det kommunale tjenesteapparatet har det overordnede ansvaret for oppfølging av personer med rusmiddelproblem, og kommunene vil i større grad fremover få ansvar for å følge opp denne gruppen (Helsedirektoratet 2014; jf. St.meld. nr. 47 (2008-2009)). For å imøtekomme det økte oppfølgingsansvaret, er det behov for å innhente systematisk kunnskap om brukernes erfaringer med tjenestene som tilbys i kommunene.

Kommunalt rusarbeid har stor spennvidde, og omfavner blant annet lavterskeltilbud, oppfølgingstjenester, institusjonsopphold, psykososiale støttesamtaler, arbeids- og aktivitetsrettede tilbud. Kommunene har også svært ulik organisering av sitt rusarbeid. Flere av kommunene har en ordning med en felles rus- og psykisk helsetjeneste, andre steder kan rusarbeidet være forankret i NAV. I tillegg pågår det en rekke ulike tidsbegrensede prosjekter og tiltak finansiert gjennom offentlige tilskuddsordninger i mange kommuner som ytterligere utvider mangfoldet. Å få en klar oversikt over kommunenes organisering og tilbud av rustiltak kan være utfordrende.

Brukernes erfaringer og tilfredshet med helsetjenestene blir i økende grad vurdert som et sentralt mål for kvalitet. Både hos norske myndigheter (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012) og internasjonalt (WHO, 2000) vises det til brukertilfredshet som et mål på kvalitet i sentrale styrings- og veiledningsdokumenter. Utbredelsen av brukertilfredshet som mål på

kvalitet er forankret i forskning rundt sammenhengene mellom behandlingsutfall og tilfredshet med tjenestene. Innenfor rusfeltet har man sett en positiv sammenheng mellom høy brukertilfredshet og påvirkning på sentrale livsområder, som for eksempel rusmestring og symptomlindring (Marchand et al., 2011; Thylstrup, 2011).

Brukertilfredshet er et viktig supplement til mer tradisjonelle kvalitetsindikatorer (som for eksempel tid i behandling og rusfrihet etter behandling) for tjenester knyttet til rusmiddelproblem (Trujols et al., 2014). I Norge har Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomført nasjonale målinger av pasienterfaringer blant pasienter innlagt til døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Haugum et al., 2016). Undersøkelsene viste at pasientene var mest tilfreds på områdene som omhandler måten de blir tatt imot på og personalet/behandlerne, mens de var minst fornøyd med områdene som omhandlet ettervern og oppfølging fra kommunen etter utskriving (Haugum et al., 2016).

Tidligere forskning har også funnet at det ofte ikke er samsvar mellom hvordan fagpersonell og brukere vurderer tjenestene (Trujols et al., 2011; Rise et al., 2013; Trujols et al., 2014).

Mangelen på samsvar er med på å understøtte behovet for å få frem erfaringene til brukerne på en systematisk måte. Erfaringene vil gi kunnskap som kan brukes til mer målrettet kvalitetsforbedring av tjenestene, og kan også bidra til å bedre sammenhengen mellom tjenesteinnretning og brukernes behov. Utover dette finnes det en rekke lokale upubliserte brukererfaringundersøkelser gjennomført som kvalitetssikringsarbeid, men det finnes så langt vi kjenner til ikke noen systematisk kunnskap om brukererfaringer med kommunale rustjenester.

3. Metode

Hovedformålet med prosjektet er å undersøke brukernes erfaringer med kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem. I dette kapittelet gjøres det rede for utvalg og hvordan informantene er rekruttert til den kvalitative delen av prosjektet. Tiltakene informantene er rekruttert fra beskrives også. Videre presenteres intervjuene; hvordan disse ble avtalt og gjennomført. Avslutningsvis presenteres etiske overveielser som ble gjort underveis i datainnsamlingen, og hvordan analysene er gjennomført.

Utvalgsprosedyre og datainnsamling

Utvalg

Utvalget består av 16 informanter (9 menn og 7 kvinner) som er brukere av rustjenester i 4 kommuner. Den yngste informanten er 24 år og den eldste 77 år. Halvparten av informantene er mellom 40 og 50 år, og gjennomsnittsalderen for utvalget er 45 år. Inkluderingskriteriet for informantene var at de måtte ha vært i kontakt med kommunens tjenester i minst tre måneder, fylt 18 år og ha et pågående eller avsluttet rusmiddelproblem knyttet til bruk av alkohol, ikke-forskrevet legemiddelbruk eller andre illegale rusmidler.

Rekruttering

Undersøkelsen hadde opprinnelig et mål om å inkludere et strategisk utvalg av kommuner geografisk fordelt på de fire regionene. Den første kommunen som ønsket å delta i undersøkelsen var en stor kommune (over 20 000 innbyggere) fra Østlandet. Fra denne kommunen ble det rekruttert 9 informanter. Etter denne datainnsamlingen ble det bestemt, på bakgrunn av tidsbegrensinger, å ha fokus på å inkludere informanter fra ulike kommunestørrelser; en liten kommune (under 5000 innbyggere), en mellomstor kommune (under 20 000 innbyggere) og en stor kommune (over 20 000 innbyggere) i Midt-Norge. De resterende 7 informantene ble rekruttert fra disse kommunene.

Rekrutteringen av informanter til intervjuene gikk gjennom ansatte i kommunene. En av personene i prosjektgruppen tok direkte kontakt med kommuneansatte i de ulike

kommunene for å få hjelp til å rekruttere brukere. Det ble deretter sendt en formell henvendelse via e-post til tjenestene for å få bekreftelse på den første henvendelsen. Ettersom det var liten respons fra de personene som ble kontaktet, ble de fleste av informantene rekruttert gjennom de samme kommuneansatte som rekrutterte til den kvantitative undersøkelsen (delrapport 1). Responsen fra flere kommuneansatte var at brukere med psykiske lidelser og omfattende rusproblemer (brukere av ROP-tjenesten) var vanskelige å rekruttere til den kvantitative datainnsamlingen. Erfaringene gikk ut på at flere i denne brukergruppen trengte «en-til-en-oppfølging» for å klare å gjennomføre oppgaven med å fylle ut spørreskjema. Flere av brukerne hadde vansker med å konsentrere seg og noen følte ikke mestring i oppgaveutførelsen. Ettersom de ansatte i kommunene var opptatt av at også denne gruppen skulle få mulighet til å si noe om sine erfaringer med tjenestene, var det viktig at undersøkelsen ble gjennomført på en mer tilpasset måte. Det ble derfor besluttet at denne brukergruppen skulle være godt representert i den kvalitative delen av undersøkelsen, hvor de kunne snakke heller enn å fylle ut spørreskjema.

Beskrivelse av de forskjellige tiltakene informantene er rekruttert fra

Kommunalt rustiltak (stor kommune)

Dette er et kommunalt rustiltak for personer over 18 år som har vært eller er i rusbehandling. Det er et rusfritt tilbud, hvor inntak skjer i samarbeid med Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB). Tiltakets formål er arbeidsrettet rusrehabilitering. Tiltaket bistår med hjelp til utdanning og arbeid og gir også råd og veiledning når det gjelder bolig, økonomi, nettverk og familie. Tiltaket er en sosial arena som tilbyr ulike aktiviteter, kurs, turer, grupper og individuelle samtaler. Tiltaket har åpningstider på dagtid, kveldstid, og i helg.

Utleveringssted for substitusjonslegemiddel (LAR) (stor kommune)

Dette tiltaket er et utleveringssted for substitusjonslegemiddel. Det er også et lavterskel-helsetilbud til rusavhengige med tilgjengelig psykiatrisk sykepleier hver dag, samt lege etter avtale.

ROP-team (stor kommune)

Dette er et tiltak for brukere med alvorlig samtidig rus- og psykisk lidelse, som har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Oppfølging er ambulant og ikke tidsbegrenset. Brukerne av tiltaket har veileder som bistår med oppfølging i bolig, veiledning i hverdagsøkonomi, motivasjon- og endringsarbeid, kriseforebygging, tidlig intervensjon og skadereduksjon.

Rus- og psykisk helsetjeneste (mellomstor kommune)

Dette er et tilbud for brukere over 18 år som opplever å ha psykiske, sosiale eller rusrelaterte problemer. Tjenesten tilrettelegger individuelt etter den enkelte brukers behov. Råd, veiledning og støtte gis for at brukeren skal kunne fungere best mulig i dagliglivet. Ansatte ved tjenesten samarbeider og bistår i kontakt med andre aktuelle hjelpeinstanser/samarbeidspartnere.

Rus- og psykisk helsetjeneste (liten kommune)

Dette er et kommunalt tilbud til brukere som er i krise, eller som har psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Tilbudet blir individuelt tilrettelagt etter den enkelte brukers behov. Ansatte i tjenesten tilbyr samtaler, råd og veiledning til brukere og/eller pårørende, samt samarbeid med øvrige hjelpetjenester.

Intervju

Intervjuene med brukerne ble gjennomført som semistrukturerte dybdeintervju. Alle intervjuene ble gjennomført av samme person fra prosjektgruppen.

Før intervjuavtalene ble inngått ble brukerne gitt muntlig og skriftlig informasjon om intervjuet og innholdet i prosjektet fra den kommunalt ansatte som bisto i rekrutteringen. Denne informasjonen ble gjentatt på intervjutidspunktet av intervjueren, og informantene fikk mulighet til å stille spørsmål før de tok en beslutning om å delta. Alle informantene undertegnet skriftlig samtykkeskjema før intervjuene startet.

Brukerne som stilte til intervju fikk et gavekort på 300 kroner som godtgjøring for bruk av tid. Samtlige intervju ble gjennomført ved det kommunale tiltaket de var rekruttert fra.

Det ble tatt lydopptak av alle intervju. Intervjuopptakene hadde en varighet på 21-63 minutter, med en gjennomsnittlig varighet på 44 minutter. Disse opptakene ble transkribert ordrett. I transkripsjonene ble egennavn på personer og steder utelatt.

Intervjuguide

Intervjuguiden som ble brukt i intervjuene ble utviklet med bakgrunn i eksisterende litteratur, spørsmål benyttet i lignende undersøkelser, samt etter innspill fra referansegruppe. Spørsmålene i intervjuguiden omhandlet informantenes sosiodemografiske bakgrunn, hvilken hjelp de mottok fra kommunens hjelpeapparat, behov for hjelp, første kontakt med kommunale tjenester, og involvering av pårørende (for fullstendig intervjuguide, se vedlegg 2). Intervjuguiden ble prøvd ut med to brukere før oppstart og revidert noe.

Etikk

Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, region Midt, vurderte den kvalitative delen av undersøkelsen som primært å ha til hensikt å evaluere et eksisterende helsetjenestetilbud. Denne delen ble derfor vurdert utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde og dermed også utenfor REKs mandat (saksnr. 2017/317). Personvernombud for forskning ved St. Olavs Hospital HF har vurdert prosjektet og godkjent dette for gjennomføring. Datamaterialet til prosjektet ble lagret på sikkert dataområde bestilt gjennom Hemit (Helse Midt-Norge IT).

Prosjektet er gjennomført i tråd med etiske retningslinjer for forskning.

Det ble gjort flere grep for å sikre etiske hensyn underveis i datainnsamlingen. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon før samtykke ble underskrevet, de ble opplyst om at de kunne trekke seg underveis, de fikk mulighet til å gjennomføre intervju uten opptaker, og beskjed om at de kunne la være å svare på spørsmål om de ønsket det. Et siste grep ble gjort i utformingen av rapporten, ved kun å henvise til kjønn og omtrentlig alder for informantene ved bruk av sitater.

Analyse

Formålet med analysene i denne undersøkelsen har vært å fange opp brukernes erfaringer og opplevelser av tjenester for personer med rusmiddelproblem. For å systematisere svar fra transkriberte intervju kan en anvende flere kvalitative analysetilnærminger. Tematisk analyse benyttes svært ofte til akkurat dette formålet, og ble brukt i dette prosjektet for å identifisere gjennomgående tema i intervjumaterialet, men også for å inkludere nyanser i informantenes erfaringer og opplevelser av kommunale tjenester. Inspirert av Braun og Clark (2012) sin tilnærming ble analysen gjennomført gjennom 6 steg: 1) Gjennomlesning og kjennskap til datamaterialet, 2) koding, 3) organisering i potensielle tema, 4) gjennomgang av tema, 5) definering og navngiving av tema, og 6) rapportskrivning.

I første steg av analysen lyttet vi gjennom, transkriberte og leste gjentatte ganger gjennom hvert enkelt intervju. I steg to ble det notert ned koder som dekket det informanten snakket om i hvert av intervjuene (f.eks. «promotering av kontakt med rusmiljøet» når informanten snakket om dette temaet). I det tredje steget av analysen ble kodene organisert i potensielle tema (f.eks. kunne kodene «Noen som strekker seg langt» og «Noen som ser deg» kategoriseres i et tema fordi de begge handlet om en enkeltrelasjon i kommunen). Altså er temaer brede kategorier som inkluderer koder som har lignende meningsinnhold. For å gå gjennom temaene etter første organisering, ga vi i steg fire (gjennomgang av tema) en farge til hvert tema og fargela hver enkelt kode for å sjekke om temaene var dekkende for kodene i datamaterialet. Videre ble temaene diskutert mellom forfatterne, som alle hadde kjennskap til datamaterialet. Etter flere gjennomganger av temaene ble det tydelig hva som kunne defineres som overordnede tema og under-tema (steg 5), på en måte som fanget opp gjentakende tema, men også nyansene i informantenes erfaringer og opplevelser. Skrivning av rapporten er det siste steget av analyseprosessen, og temaene ble gjennomgått en siste gang i denne prosessen. Her ble det lagt vekt på å vurdere om temaene var relevante for prosjektets formål. En kan derfor si at vi gikk frem og tilbake mellom steg 5 og 6 i skrivingen av rapporten. Dette var viktig ettersom denne prosessen tydeliggjorde om enkelte av temaene var for like, om nye tema måtte inkluderes, samt hvilke tema som ikke var relevante for rapportens formål.

Analysene viser at temaene som er identifisert henger tett sammen, og må derfor ikke ses på som løsrevet fra hverandre. Ettersom en analyseprosess involverer at en fragmenterer

datamaterialet som helhet inn i kategorier, kan det å miste deler av den større helheten være et resultat. Dette er noe som må godtas for å systematisere dataen på en måte som gir oversikt over informantenes beskrivelser.

4. Resultater

Innledning

I denne delen presenteres resultater fra en kvalitativ analyse av 16 dybdeintervju med brukere av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem. Hovedformålet med prosjektet har vært å undersøke opplevelser og erfaringer med kommunale tjenester for personer med rusproblematikk i deres bostedskommune. Altså har det i studien vært hovedfokus på kommunale tjenester, noe som også blir hovedfokus i presentasjonen av resultater. Samtidig blir det tydelig gjennom analysene at brukerne i liten grad skiller mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester, noe som illustrerer betydningen av å se disse tjenestene i sammenheng. Derfor inkluderes også noe om spesialisthelsetjenester, for å belyse det kommunale tilbudet, samt overganger og samarbeid mellom kommunale- og spesialisthelsetjenester.

Informantenes beskrivelser av erfaringer og opplevelser av kommunale tjenester kan grupperes innenfor følgende kategorier (se tabell på neste side), som resultatpresentasjonen er strukturert etter:

- Helse
- Erfaringer og opplevelser med tjenesteapparatet
- Familie, fellesskap og nettverk
- Oversikt, innsyn og medvirkning
- Overganger
- Samarbeid

Tabell 1. Oversikt over kategorier identifisert i datamaterialet

Helse (fysisk og psykisk)	<ul style="list-style-type: none"> • Skjelettplager • Tannhelseutfordringer • Svangerskapskomplikasjoner • Sårstell • Problemer med mage/tarm • Hepatitt C • Angst • Depresjon • Bipolare lidelser • Spiseforstyrrelse • ADHD
Erfaringer og opplevelser med tjenesteapparatet	<ul style="list-style-type: none"> • Enkeltrelasjon • Tilgjengelighet • Flexibilitet • Mottakelighet for hjelp • Egne ressurser
Familie, fellesskap og nettverk	<ul style="list-style-type: none"> • Familie og fellesskap på godt og vondt • Nye rusfrie fellesskap • Tjenestenes promotering av kontakt med rusnettverk • Kommunale boliger • Utlevering av medisiner
Oversikt, innsyn og medvirkning	<ul style="list-style-type: none"> • Oversikt over brukerorganisasjoner og brukerombud • Innsyn i egne saker og behandling • Medvirkning • Ansvargrupper • Individuell plan • Brukerundersøkelsen
Overganger	<ul style="list-style-type: none"> • Overganger mellom tjenestene • Glidende og gradvise overganger • Trøblete overganger
Samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste • Samarbeid mellom kommunale tjenester

Om informantene

For å gi en forståelse av kategoriene i resultatkapittelet gir vi først en presentasjon av hvem informantene som ble intervjuet er. I denne delen presenterer vi hvilke tjenester de forteller om. Vi beskriver også kort om deres boforhold, forhold til rusmidler, sysselsetting og inntekt. Avslutningsvis introduserer vi resultater om informantenes helse.

Kommunale tjenester

I intervjuene ble informantene spurt om hvilke kommunale tjenester de hadde. Av svarene ser vi at hvilke tjenester som er kommunale, statlige eller private er uklart for utvalget. I rapporteringen av resultatene er det lagt hovedvekt på tjenestene som vi vet er kommunale. Noen av tjenestene er likevel vanskelig å skille ut, som for eksempel NAV. I enkelte tilfeller snakker utvalget også om tjenester som kan kategoriseres som er både statlige og kommunale (f.eks. LAR som er i spesialisthelsetjenesten, men som har kommunal medisinutlevering). Vi ser også fra intervjuene at selv om brukere var rekruttert fra en ROP-tjeneste, så var ikke dette noe de nødvendigvis nevnte som en tjeneste de hadde. Dette kan bety at brukerne tenker på det å motta hjelp fra tjenestene som noe generelt, og at de er mer opptatt av at de får den hjelpen de trenger, heller enn hvem som faktisk gir denne hjelpen.

De kommunale tjenestene de forteller om er:

- Fastlege
- Ruskonsulent
- NAV/NAV sosialtjenesten
- Aktivitetssenter/dagsenter
- Lavterskeltjeneste inkludert LAR-medisinutlevering
- Arbeids/ opplærings-/aktivitetstiltak
- Kommunalt integreringstiltak som driver med arbeidsrettet rusrehabilitering
- Hjemmesykepleie
- ROP-tjeneste

NAV/NAV sosialtjeneste er et eksempel på tjeneste som er både kommunal og statlig.

Halvparten av informantene oppgav at de er LAR-pasienter. LAR er tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Behandlingen i LAR organiseres som et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten i kommunen og primærhelsetjenesten (helsenorge.no). Utlevering av medisiner er derfor kommunalt organisert. Hvor ofte brukerne fikk medisin varierte fra 2-5 dager i uken, og de forskjellige utleveringsstedene var apotek, kommunalt utleveringssted og hjemmesykepleie.

Boforhold

Det er variasjon i hvor lenge de 16 informantene har bodd i sin nåværende bostedskommune. 7 av informantene har bodd i kommunen hele livet, 3 stykker i 10-15 år, 3 i 5-10 år, og de siste 3 i mindre enn 5 år. Når det gjelder bolig leide 9 av informantene privat bolig, 2 eide egen bolig, 3 hadde kommunal leilighet, 1 bodde på hybelhus og 1 var uten fast bopel (UFB). 4 av informantene forteller at de er misfornøyd med bosituasjonen sin. Misfornøydheten handlet for noen om nærhet til andre som ruset seg, mens andre hadde dårlige fysiske boforhold.

Forhold til rusmidler

Majoriteten av informantene (9 av 16) beskriver at de ikke bruker rusmidler ved intervju tidspunktet. Flere av de resterende informantene forteller at de røyker hasj eller tar ikke-forskrevne medisiner. Dette oppgir de som midler til å roe ned slik at de blir i stand til å gjennomføre daglige gjøremål. En informant forteller om jevnlig alkoholinntak, og annen forteller om perioder med mye alkohol. 2 av informantene forteller at de nylig har hatt rusepisode.

Sysselsetting/inntekt

9 av 16 informanter er uføre, 3 har sosialstønad, 1 er skoleelev med Arbeidsavklaringspenger fra NAV, 2 er i ordinært arbeid (hvorav en var sykemeldt da intervjuet ble gjort), og 1 har alderspensjon.

Informantenes helse

Personer med rusmiddelproblem er en heterogen gruppe med sammensatte helseutfordringer. I våre analyser er det tydelig at enkelte brukere trenger hjelp utelukkende med fysisk helse, og noen kun med psykisk helse. Fysisk helse handler ofte om helseutfordringer som har oppstått som en konsekvens av en årrekke med rusmiddelproblem, og nye helseutfordringer som utfall av legemiddelassistert behandling. Det handler også om erfaringer med helsetjenester i håndtering og vedlikehold av fysisk helse. Psykisk helse handler om utfordringer med en eller flere psykiske lidelser, utfordringer med å håndtere psykisk helse og relasjonen mellom rus og psykisk helse. En tredje gruppe representerer de som trenger hjelp med både fysisk og psykisk helse, mens en fjerde gruppe trenger hjelp med flere enn én fysisk og/eller psykisk helseutfordring.

Hvilke tjenester brukerne trenger hjelp fra kommer an på deres helse, men fastlegen beskrives som viktig på tvers av helseutfordringer. LAR og sykehuset benyttes også av brukere med fysiske utfordringer. For de som trenger hjelp med psykisk helse er psykolog, DPS, ruskonsulent, men også individuelle samtaler med kontaktperson i kommunen og gruppetilbud (f.eks. depresjonsmestringskurs) viktige. For at brukerne skal ivareta helse og bli friske er det viktig at tjenestene som brukeren mottar fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester har god kommunikasjon, at en får riktig tjeneste til riktig tid, at tjenestene har god gjennomføringsevne, og at brukeren får tilbud som tilrettelegger for å leve med de helseutfordringene som ikke kan behandles.

Det kommer også frem av intervjuene at brukerne har behov for bedre tannhelsetjenester for å oppleve god fysisk og psykisk helse. Tannhelsetjeneste ble også beskrevet som en tjeneste som brukere var lite fornøyd med i de åpne spørsmålene som inngikk i den kvantitative undersøkelsen. Dette illustrerer tannhelsetjenesten som et forbedringsområde på tvers av delrapportene.

Fysisk Helse

Gjennom intervjuene tegnes et bilde av utfordringer, behov og kontakt med tjenester når det kommer til den fysiske helsen til informantene. Utfordringene som informantene beskriver er blant annet skjelettplager, tannhelse, svangerskapskomplikasjoner, sårstell, problemer med mage/tarm og Hepatitt C. Flere av informantene beskriver at de har flere enn en fysisk utfordring:

Kvinne i 40-årene: «Nei, det har vært litt sånn kronglete i det siste [med helsa], fordi at jeg hadde en sprekk, hvis en kan kalle det det. Og da fikk jeg en abscess i beinet, så jeg hadde over 100 i CRP. Så jeg ble ganske dårlig. Og så fikk jeg urinveisinfeksjon etterpå, så... men nå er det bra.»

Noen sier at de har fått nye helseutfordringer som følge av legemiddelassistert medisinerings:

Mann i 40-årene: «Jeg hadde ikke noen fysiske problemer når jeg gikk på illegale rusmidler, men etter at jeg begynte på LAR [Subutex] så har det blitt en del da.»

Når det kommer til tjenester som informantene benytter seg av for å håndtere eller ivareta sin fysiske helse er det fastlege, sykehus og medisinsk hjelp ved LAR som nevnes i intervjuene. Hjelpen fra disse tjenestene beskrives på en sammensatt måte. Mens enkelte deler positive erfaringer, er andre mindre gode:

Mann i 50-årene: «ja, han [fastlegen] har hjulpet meg, ja.»

Mann i 40-årene: «Men... når jeg kom dit [sykehuset] da så ble [jeg] jo bare lagt oppi en seng der og barbert håret på magen (ler), skulle jeg til å si, og lå og venta på operasjon. Men når legen kom inn så ville han ikke operere meg. Og det kunne han ikke gi noe klart svar på, og da hadde jeg spurte han, når jeg var på konsultasjon ... for LAR har vært ganske rigide på at en tar smertestillende, så sa han "Nei, men her er det jeg som bestemmer. LAR har ikke noe de skulle ha sagt". Men når jeg kom dit så hadde de tydeligvis det likevel, så da ble jeg bare bedt om å gå.»

Kvinne i 30-årene: «Og når jeg har søkt om det [tannbehandling], så mener de at det holder med to tenner på siden av fortenna, og det gjør det jo ikke. Du kan ikke ha ingen tenner å tygge på. Det går jo ikke det. Det er jo dritvondt. Det går jo ikke å tygge der, og så satte de på noe brogreier her, og der har de knekt hele den tanna, så liksom ingenting er på stell. Og det synes jeg de kunne vært flinkere til å skjønne det at narkomane kjenner nok på det å være narkoman, som ikke ruser seg, også skal du i tillegg ha tannproblemer liksom. Det er

grusomt spør du meg. Du kan ikke smile, egentlig må du holde litt igjen, og en føler seg ikke bra.»

Samlet indikerer dette at erfaringene brukerne har med helsetjenester beror på om tjenestene står i forhold til brukerens økonomi, at tjenestene legger til rette for at brukeren opplever at han/hun kan leve med de fysiske utfordringene som ikke kan gjøres noe med, at spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester kommuniserer godt, og at tjenestene gjennomfører de tiltak som er tilbudt brukeren.

Psykisk Helse

Psykisk helse fremkommer som et større tema i intervjuene enn fysisk helse. Flere av informantene beskriver at de har psykiske lidelser som angst, depresjon, bipolare lidelser, spiseforstyrrelse og ADHD. Av kommunale tjenester nevner informantene fastlege, psykolog, DPS, ruskonsulent og ROP-tjenester som viktige for å vedlikeholde og ivareta psykisk helse. Noen av informantene har erfaring med flere enn en tjeneste:

Kvinne i 20-årene: «Ja, altså, jeg startet jo to dager i uka først. Og gikk fortsatt i traumebehandling på DPS, fortsatt hadde jeg poliklinisk oppfølging på X (kollektiv).»

Av positive erfaringer med tjenester for psykiske helseutfordringer nevnes individuelle samtaler og gruppetilbud. Tilbudene beskrives som gode og som nyttige for rusmestringen. To av kvinnene vi intervjuet snakket om individuelle samtaler ved det kommunale rustiltaket:

Kvinne i 40-årene: «Ja, og jeg fant jo ut at "Ok, jeg er kanskje litt deprimert da". Det er fantastisk bra tilbud det her. Skulle ønske de hadde mer kapasitet til flere liksom.»

Kvinne i 20-årene: «Ja. For de [kommunalt rustiltak] har vel både slikt kurs i depresjonsmestring, og nærbehandlingen. Så det har jeg dratt god nytte av. Ja, det er jo i forhold til rusmestring...»

Det er spesielt etter at en har blitt rusfri at psykisk oppfølging anses som viktig for informantene. En kvinnelig informant belyser dette momentet:

Kvinne i 40-årene «... så var jo ikke egentlig rusen noe problem lenger, det er mere det psykiske som har holdt meg igjen, når det blir for mye og for voldsomt og jeg ikke klarer å gape over det så velger jeg å sprekke for å få en pause, så det er egentlig der det går. Det skjer aldri at jeg bare tilfeldigvis sprekker.»

Når det kommer til negative erfaringer med tjenestene, tegner en av informantene et bilde av å «falle mellom to stoler». Sitatet illustrerer også viktigheten av riktig tjeneste til riktig tid når det kommer til brukere med psykiske helseutfordringer:

Kvinne i 20-årene: «Altså, X (behandlingssted) mente jo at jeg burde begynt i sånn gruppebehandling på DPS, blant annet. Jeg følte meg egentlig ikke klar til å bli skrevet ut fra X (behandlingssted) den gangen, heller. Så det tok jo en måned eller noe slikt, så begynte jeg å ruse meg igjen. Jeg ruset meg ikke noe mye, men da mente jo de på X (DPS) at nei, du kan ikke være her fordi du ruser deg jo, men du er ikke ruset nok til å komme inn i rusbehandling.»

Brukerne nevner også negative erfaringer med at spesialhelsetjenesten og kommunale tjenester noen ganger har ulike målsetninger når det kommer til brukernes psykiske helse, og/eller er mest opptatt av det som er sine oppgaver:

Mann i 40-årene (har bipolar lidelse): «Du kan si at LAR ikke tolererer at du har mer enn en diagnose da. De er kun interessert i... i det som dreier seg om LAR. Knapt.»

Enkelte av informantene forteller at de ikke opplever å ha fått nødvendig hjelp for å håndtere eller få hjelp med psykisk helse. En kvinne som ble intervjuet snakker om at hun har opplevd avslag på det som hun anser som en viktig tjeneste for hennes rusmestring og psykiske helse:

Kvinne i 40-årene: «Da søkte X (navn på klinikk) om at jeg skulle få ambulerende team. Så fikk jeg avslag, så dro jeg ut i februar, så sette jeg meg ned første dagen og drikker i leiligheten. Da trengte jeg dem jævlig mye, spørs om jeg trenger dem like mye nå. Jeg vet ikke. Jeg vet ikke hvordan psyken min blir. Hvor dårlig jeg blir og ikke blir. Det er jo derfor jeg trenger dem.»

4.1 Erfaringer og opplevelser med tjenesteapparatet

Denne undersøkelsen ble utformet på grunnlag av at det finnes svært begrenset kunnskap om brukererfaringer og brukertilfredshet når det kommer til kontakt med kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem. Informantene beskriver erfaringer og opplevelser med ulike kommunale tjenester i sin tidligere og nåværende bostedskommune. Av tjenestene snakker informantene i hovedsak om fastlege, LAR-medisinutlevering, hjemmetjenesten, ruskonsulent, DPS og NAV. Generelt beskriver brukerne positive erfaringer når det kommer til tjenester som er på «tilbudssiden» og som er målrettet mot brukerens mål:

Kvinne i 40-årene: «Det er viktig for meg at jeg har han [ruskonsulent] der. Ja. Og, det samme med legen også. At han er... for han har fulgt meg i rusen også. Og at han også er på tilbudssiden og sier "men bare ring til oss også, hvis det oppstår en situasjon eller du trenger hjelp".»

Kvinne i 40-årene: «Ja, jeg føler de [ruskonsulent og fastlege]... liksom.. er der for å støtte meg slik at jeg får til å oppnå mine mål, liksom...»

Negative erfaringer knyttes til tjenester som oppleves å uttrykke manglende tiltro til brukeren. En av de kvinnelige informantene som ble intervjuet fortalte om slike erfaringer:

Kvinne i 30-årene: «... både leger og alt som på en måte er her på huset, med LAR og alt sånt noe, etter jeg kom, etter jeg kom hit, merker [jeg] hvor, altså jeg føler at jeg har på meg en sånn barnesele sånn som jeg husker søstera mi hadde på sin guttunge, sånn selegreie hvor

hun holdt bak så han ikke skulle springe avgårde. Sånn føler jeg at jeg har på meg når jeg er her, til motsetning, til sammenligning da i X (storby).»

En annen kvinnelig informant erfarte det som negativt om ansatte i tjenestene ikke forstod hennes informasjon eller var på «tilbudssiden»:

Kvinne i 40-årene: «Jeg fikk et par sånne veldig unge som hadde bestemte oppfatninger av om hvordan livet kunne leves, og [som var] lite forståelsesfulle og veldig lite behjelpelige. Liksom, ikke så på «servicesiden» da. Sånn at hvis jeg ringte og ba om hjelp til noen ting, så fikk jeg beskjed om at "nei det må du jo ordne selv", eller ja, sånn. Og, ja, veldig unge da. Sånn at, ikke hadde dem barn, og ikke hadde dem opplevd dødsfall i nær familie eller lignende, sånn at det var umulig for dem å sette seg inn i hvordan min situasjon var da.»

Informantene forteller også om andre negative opplevelser i møte med tjenestene. Eksempelvis beskriver brukerne opplevelser med at ansatte i tjenestene ikke overholder avtaler, er ufine i møte med brukeren og er lite samarbeidsvillige:

Mann i 40-årene: «... kanskje et ... [ansvarsgruppe]møte... men som regel så dukker ikke NAV opp på de møtene».

Mann i 40-årene: «... nei, altså, de [NAV] har lovet ting, de har sittet og løyet meg opp i trynet, de har vært ufine, de har vært hånlige... altså lista er så lang at vi ikke har tid til å sitte altså.»

Kvinne i 30-årene: «... vil ikke jobbe med sånne, hva var det han [fastlegen] sa? «Jeg jobber bare med oppegående mennesker»... veldig spesielt... da var mora mi med meg, så det var ikke noe jeg innbilte meg å ha hørt... nei han slo i bordet og sa at nå måtte jeg bare skjerpe meg og ta meg sammen for jeg, han jobba bare med oppegående mennesker...»

Flere av informantene snakker også om at de opplever at det er forskjellsbehandling i tjenestene. For noen fører dette til at de opplever seg stigmatisert. For andre fører det til at

brukeren mister motivasjonen for å holde seg rusfri. To av de mannlige brukerne vi intervjuet beskriver slike erfaringer:

Mann i 40-årene: «Jeg fikk jo, når jeg begynte på LAR så fikk jeg jo sånne... redusert egenproduksjon av testosteron. Og, så jeg begynte jo å få sånn der... tuber, som du kunne dryppe på deg. Sånn, for å få opp testosteronnivået igjen. Og... Det er jo en direkte konsekvens av LAR-medisin. For jeg har aldri vært plaget med det der før jeg begynte på den. Men det er ingen som vil ta ansvar, så jeg går og betaler 600 kr i måneden, for den medisinen der. Og det skal egentlig være på blå resept. Jeg kjenner flere som har det, og de har det jo på blå resept. Og sånn, så... Det er veldig stor forskjellsbehandling.»

Mann i 40-årene: «Men jeg blir jo mindre og mindre motivert for hver dag som går, spesielt når jeg ser at utlendinger får boliger som jeg har sett på og sånn, og så drar jeg forbi også bor det en gjeng med Somaliere der liksom. Altså ja, det gjør meg til litt rasist for å være ærlig da. Jeg har fått, saksbehandleren min sa rett ut at, at jeg havner bakerst av alle, til og med ikke-norske statsborgere, altså asylsøkere. Mm... så jeg er bakerst, bakerst, bakerst, bakerst...»

På spørsmål om brukerne har blitt møtt på en respektfull måte, forteller flere av informantene om blandede erfaringer. Enkelte trekker frem at respekten avhenger av deres egen oppførsel:

Mann i 50-årene: «ja, jeg [har blitt møtt med respekt av ansatte i kommunen]jeg er flink til å bite meg i tunga og svelge unna istedenfor å fare opp og gå ut i sinne liksom.»

Vi skal nå gå inn på de viktigste premissene for at tjenestene oppleves på en positiv måte og at de har nytte for brukeren; enkeltrelasjoner, tilgjengelighet og fleksibilitet, men også egeninnsikt og mottakelighet som premiss for å ta kontakt med tjenestene og kunne ta i mot den hjelpen tjenestene tilbyr.

Enkeltprelasjon

I intervjuene i denne undersøkelsen snakker flertallet av informantene om en betydningsfull enkeltprelasjon i en kommunal tjeneste som avgjørende for sine positive erfaringer. At denne personen bryr seg, viser engasjement, medfølelse og empati, og tilbyr hjelp beskrives som sentralt for disse brukerne:

Kvinne i 40-årene: «Jeg har den beste ruskonsulenten som finnes, X (navn), det finnes ikke bedre. Jeg har hatt råflaks. Hun er kristen, og hun gjør vel litt mer med hjertet enn det hun skal. Hva de andre gjør og tenker, det vet ikke jeg, men hun er den beste.»

Kvinne i 30-årene: «Ja, som jeg føler virkelig bryr seg [om ruskonsulenten], som er glad i meg liksom. Ja.»

Kvinne i 40-årene: «... Så veldig engasjert. Så jeg har vært heldig der som har fått en ruskonsulent som er så engasjert i brukerne sine.»

Mann i 20-årene: «Hun [ansatt i rustjeneste] er ei kjempedame... hun har virkelig medfølelse til at ting har vært tøft, da.»

En annen informant nyanserer bildet av enkeltprelasjonene ved å fortelle at hun synes det er viktig at denne enkeltprelasjonen er tydelig:

Kvinne i 40-årene: «Hun er veldig streng, veldig myndig dame, men det trenger jeg nok.»

Lengde på relasjonen og personlig kjemi mellom bruker og kontaktperson i tjenesten var også tema som gikk igjen i hvordan informantene snakket om disse viktige enkeltprelasjonene. Lengde på relasjonen var vesentlig for en opplevelse av at enkeltprelasjonen i kommunen hadde god kjennskap til brukerens historikk, men også for å skape et sterkt bånd mellom bruker og enkeltpersonen i kommunen. To av informantene belyser dette:

Mann i 50-årene: «Ja han kjenner historikken min så godt, de siste tretten fjorten årene har han, nei han vil jeg ikke bytte bort...»

Kvinne i 20-årene: «Ja, da har man hatt tid til å bli kjent. Og jeg tenker det betyr mye. Det med relasjoner er viktig uansett, tenker jeg. Og jeg tenker at man skaper jo en mye sterkere relasjon av å både sitte her og snakke om vær og vind og, det å bli ordentlig kjent med folk, da.»

Flere av brukerne opplevde det som utfordrende å selv skulle kommunisere mellom tjenester og organisere hjelpen de får fra forskjellige tjenester. Det var derfor viktig med en enkelrelasjon i kommunen som kunne koordinere tjenestene for brukeren. To av informantene vi intervjuet illustrerer dette momentet:

Kvinne i 20-årene: «Fordi man er ikke der i livet at man klarer å organisere [tjenestene] selv.»

Mann i 40-årene: «Så var det, legesenteret ville ikke snakke direkte med LAR, så jeg måtte hele tiden være mellommann, eller dem nedpå her måtte være mellommann. Så dem kunne ikke skrive brevene direkte til legesenteret..»

Flere av informantene beskriver en opplevelse av å være heldige og ha fått «noe ekstra» i møte med kommunale tjenester. At den ansatte i kommunen følger opp, jobber utover arbeidstiden og i ferie, og at brukeren får direktenummer til kontaktpersonen i kommunen er typiske beskrivelser:

Kvinne i 40-årene: «... han læreren ringte meg her om dagen, så det var jo kjempeimponerende. Så, «det skal du ikke ta... for det er flere som detter ut på grunn av matematikken, så det er ikke bare deg». Så han ga meg tilbud om å begynne på neste år, og da heller bytte til norsken. Også kanskje få litt oppfølging på matematikken.»

Mann i 70-årene: «Jeg har nummeret til henne [kontaktperson i kommunen] vet du, fastnummeret, så jeg er stadig i kontakt med henne.»

Kvinne i 40-årene: «Det er ikke alle som sender "God påske"... Til og med midt på sommeren "Når kommer du tilbake til x (navn på sted)?" Sånne ting. [Ruskonsulenten] bryr seg. En vanlig ruskonsulent ville ikke gjort det.»

Mann i 20-årene: «Og da begynte hun [ruskonsulent] å komme hjem til meg og hadde samtaler, da. Egentlig en time om gangen, men vi kunne sitte 4-5 timer, til langt over arbeidstid mer som.»

Andre beskriver lignende eksempler på denne typen «særbehandling», som det å få skreddersydde opplegg for å komme seg ut i jobb:

Kvinne i 20-årene: «Jeg skal ikke fortelle deg akkurat hva det var, for det der ble gjort på en litt egentlig annerledes måte. Jeg var jævligheldig, for jeg gikk her om dagene. Jeg hadde ikke noe å gjøre, jeg ville begynne å jobbe. «Bare gi meg noe, så starter jeg.» Og så var det ei som begynte her i X (ca. 3 år siden) som hadde jobbet som jobbkonsulent på X (kommunal rehabiliteringstiltak) før, som hadde hatt den jobben der opp før, da. Og så fikk vi til å sy sammen et opplegg... jeg ble jo tatt inn på X (kommunalt jobbtiltak) og hadde liksom en tiltaksplass eller hva det kalles.»

Tilgjengelighet og fleksibilitet

Mange av informantene beskriver at tilgjengelighet og fleksibilitet er viktig for å være tilfreds med tjenestene, hvor spesielt åpningstider og flere muligheter for å ta kontakt (per telefon og SMS) trekkes frem. Det er imidlertid varierende hvorvidt de opplever slik fleksibilitet og tilgjengelighet i møte med tjenestene. De av brukerne som var mest tilfreds sier de har et sted å komme eller noen å kontakte når de trenger det:

Kvinne i 40-årene: «... Og det at det er åpent her [kommunalt rustiltak] så mye, og annenhver helg og sånn, det er kjempebra.»

Mann i 20-årene: «Ja, jeg kan bare komme hit [kommunal rus og psykisk helsetjeneste] når jeg vil. Og de har jo sagt, sånn... det er åpent, da. Og det setter jeg og veldig stor pris på...»

Kvinne i 30-årene: «Jeg tror det er jeg, og en til, som er to av de som får lov til å ringe om det er natt eller dag.»

Kvinne i 40-årene: «Jeg sender ofte meldinger til X (navn) hvis det er noen ting.. sånn, ikke sant, og er det noe som hun kan for eksempel fikse, da, så trenger vi jo ikke snakke på telefonen heller, da får jeg jo bare en melding tilbake, liksom.»

NAV er en av de tjenestene som brukerne beskriver som lite tilgjengelige for dem. Deres beskrivelser av kontakt med NAV illustrerer et ønske om fysiske møter med NAV-ansatte, som ikke imøtekommes. Tre av informantene vi intervjuet deler beskrivelser angående dette:

Mann i 50-årene: «Ja, sånn NAV har blitt så... du kommer jo ikke inn på NAV lenger, hvis du ikke har timeavtale, og jeg skulle jo gå ned og fornye honnørkortet mitt for eksempel og ble stoppet i døra og får beskjed om at jeg må ringe et telefonnummer, der står securitasvakta midt i [døra]»

Mann i 40-årene: «Og så har du det svære bygget på nedsida her [NAV] som det... det eneste du gjør når du går inn døra der så ser du en securitasvakt liksom.»

Mann i 40-årene: «Ja, altså, noen ganger så kunne du bare glemme det liksom, måtte bare vente noen dager og så prøve igjen liksom. For det, du fikk ikke tak i de, eller så ville de ikke prate med deg. Du blir satt på vent, og når du sitter med egen mobiltelefon med kontantkort så har du ikke råd til å sitte på vent altså. Hvert fall ikke til NAV, for det er dyrere enn vanlig også. Nei [det å gå innom er ikke noe alternativ] og hvert fall ikke nå lenger. For nå får du ikke snakke med noen, du får snakke med en securitasvakt. Det er jo ingen andre du får snakke med, alt må gå via nettet eller telefon.»

Viktigheten av tilgjengelighet kan synligjøres ytterligere ved at det beskrives som et spørsmål om liv eller død for personer med rusmiddelproblem:

Kvinne i 30-årene: «Altså, jeg har en venn av meg, det var så ille med han at, for han var så veldig avhengig av heroin, at han var på døden nær. Så vi kjørte, mora og jeg kjørte han til, vi har avrusning kun en plass her i X (navn på sted). Og kjørte han dit, og sa at "dere må legge inn han NÅ", liksom, han hadde fått plass dagen etter. "Dere må ta han inn i dag, viss ikke er han død i morgen" liksom, "for nå går det ikke mer". Og da fikk vi bare beskjed om at "Nei, det var ingenting å gjøre", vi måtte komme tilbake i morgen. Og du kan ikke sende noen tilbake som er helt, de kan ikke prate, de er så ute at... ikke sant? Men, det gjorde de da, og morgenen dagen etter så fant de han død. Da var rett og slett gutten død. Det var ikke noe plass...»

Mottakelighet for hjelp og egne ressurser

For at tjenester skal oppleves som nyttige er det essensielt at brukeren er mottakelig for hjelpen som tilbys av disse. Det handler ikke bare om å gi hjelp, men også om å ta i mot hjelp. Det kommer frem av datamaterialet at noen elementer ofte går igjen hos brukere som sier de har hatt god nytte av tjenestene; egeninnsikt i at en trenger hjelp, at en er ærlig med seg selv og ansatte i tjenestene, egne ressurser som egenvilje og psykisk styrke, og selvstendighet. Ofte beskriver informantene et gitt øyeblikk av innsikt som avgjørende for å ta i mot hjelp fra tjenestene.

Kvinne i 20-årene: «Men jeg hadde jo ikke et rusproblem i hodet mitt selv den gangen. Så, ja.. Jeg tror ikke jeg dro noe nytte av den.. jeg var jo ikke på det stedet at jeg... Ja. Eller kanskje en ikke vil innrømme det, eller.. jeg vet ikke, men... Så.. eller jeg skjønnte det jo etter hvert i det.. ja.. etter sånn 3-4 måneder kanskje i det oppholdet, og, at man har et problem, da. Det gjorde jeg vel.»

Dette øyeblikket ble beskrevet som en innsikt som er viktig for å ta i mot hjelp og for motivasjonen for å skulle bli rusfri. En av kvinnene vi intervjuet deler en beskrivelse av dette:

Kvinne i 40-årene: «Ja. Men, det er noe med at du kan ikke hjelpe folk som ikke er motivert, for behandling heller da. Jeg var jo aldri interessert i å få noe hjelp til å slutte med rus og sånne ting, før jeg bestemte meg for å slutte med rus selv.»

Innsikten i at en har et problem og trenger hjelp var altså sentral for at flere av brukerne skulle ta i mot den hjelpen de har fått tilbud om. Likevel beskriver informantene det som svært viktig at tjenestene tilbyr nødvendig hjelp og motivasjon frem til at brukeren kommer dit i prosessen:

Mann i 20-årene: «Ja, for at den tiden der så var jeg ikke mottakelig.. på en måte, men jeg ser ikke på den behandlingen jeg har fått tidligere som bortkastet. For det har lagt et grunnlag for at jeg kunne starte sånn som jeg startet når jeg kom hit. Det har på en måte.. de bitene jeg har plukket med meg har hjulpet meg videre på et vis, uten at jeg har tenkt over det. Og så, når jeg får roet meg ned og samlet meg, så kan jeg faktisk bruke det, da.»

Kvinne i 40-årene: «Nei, og så er det da at jeg har lært i behandling at det er lurt å be om hjelp, og forvente å få det liksom. For før så skulle jeg jo klare meg selv og fortelle minst mulig til alle liksom. Så det er noen ting som jeg måtte gå i behandling for å forstå.»

Enkelte av informantene beskriver vanskeligheter med å ta i mot hjelp fra tjenestene og at selvstendighet har sammenheng med dette:

Mann i 40-årene: «Jeg er sånn stabeis, så jeg vil helst klare meg selv.»

Mann i 40-årene: «Nei. Jeg vil ikke ha hjelp. Jeg klarer meg selv liksom.»

Mann i 50-årene: «Nei, det må gå på meg selv da, at jeg kanskje skulle ha, at jeg ikke har søkt hjelp tidligere.»

I denne undersøkelsen var det utelukkende menn som beskrev vanskeligheter med å ta i mot hjelp, noe som var knyttet til selvstendighet og at det var vanskelig å be om hjelp. Dette

betyr ikke at det generelt sett utelukkende er menn som erfarer det som vanskelig å skulle ta i mot hjelp, men det kan indikere at det her kan finnes kjønnsforskjeller.

Som introdusert, var det flere av informantene som beskriver egne ressurser, egenvilje og psykisk styrke som avgjørende for å få kontakt med kommunale tjenester:

Kvinne i 40-årene: «Nei, men erfaringa mi er det at du skal være ganske ressurssterk for å få hjelp. For å bli hørt.»

Mann i 40-årene: «Psyken min, den er veldig sterk. Hvis ikke hadde jeg ikke holdt ut.»

Mann i 40 årene: «Nei, det [skifte medisin] var noe jeg kjempet for, som jeg sa i over to år, før de endelig gav seg, som de sa da, de brukte de ordene: «Vi skal gi oss», akkurat som om det er en kamp da, at de skal ha det siste ordet.»

Oppsummering

I denne undersøkelsen finner vi at brukerne har både gode og mindre gode erfaringer når det kommer til kommunale tjenester. Selv om personer med rusmiddelproblem er en heterogen gruppe og hva som oppleves som gode tjenester vil avhenge av den enkelte brukers interesser, helse og behov, er det flere elementer som er gjennomgående i materialet; opplevelse av respekt, ærlighet, åpenhet, tiltro, at ansatte i tjenestene er på «tilbudssiden», at tjenestene har fokus på brukeren sine mål og at de støtter han/henne i å oppnå disse. Temaet «tilgjengelighet» går svært ofte igjen og handler om viktigheten av at tjenestene er tilgjengelige når brukeren trenger disse, og at fysiske møter er mulig å få til. Kontakt og mottakelighet for hjelp er likevel avhengig av brukeren og hans/hennes innsikt i behovet for hjelp. Det er viktig at en i rusbehandlingen støtter brukeren i å oppnå denne innsikten og at en gir nyttige verktøy som han/ hun kan benytte seg av etter at en innser at en har et problem og trenger hjelp. Videre snakker informantene om enkeltrelasjoner mellom bruker og ansatt i tjenestene som er avgjørende for hvordan brukere erfarer å bli behandlet når de først kommer i kontakt med tjenestene. Her er tillit, omsorg, forståelse, engasjement, men også tydelighet, begreper som belyser hva brukerne forteller. Når det

gjelder tilfredshet med kommunale tjenester er det mange som nevner at det er viktig at denne enkeltpersonen i kommunen kan hjelpe og støtte brukeren i å nå sine målsetninger, og bistå brukeren på tvers av tjenestene han/hun benytter seg av. Flere av informantene beskriver seg som heldige som har disse enkeltreasjonene og at de opplever å få spesialbehandling.

Samlet sett viser resultatene viktigheten at tjenestene generelt, men brukerens viktigste enkeltreasjon i kommunen spesielt, jobber med å være tilgjengelige og fleksible.

4.2 Familie, fellesskap og nettverk

Familie, nettverk og fellesskap er en sentral del av det å ha det bra, gjennom hele livsløpet også for personer med rusmiddelproblem. Likevel er det slik at familie, nettverk og fellesskap også kan ha en negativ side og kan være kilde til at en ikke har det så bra. For noen av informantene i denne undersøkelsen går ens nærmeste ut over rusmestringen og fremgang i tilfriskningsprosessen. I denne delen vil vi fokusere på denne dobbeltheten: De positive og negative aspektene av familie, nettverk og fellesskap for brukere av kommunale tjenester hos personer med rusmiddelproblem.

I intervjuene kommer det sosiale; familie, fellesskap og nettverk, frem som et viktig tema. Innen temaet er 3 kategorier tydelige: 1) Familie og fellesskap på godt og vondt, 2) nye rusfrie fellesskap og 3) tjenestenes promotering av kontakt med rusnettverk.

Familie og fellesskap på godt og vondt

Denne kategorien beskriver dobbeltheten ved familie og fellesskap for personer med rusmiddelproblem. Det kommer frem av intervjuene at hjelp og støtte fra familien er sentralt for brukerne gjennom hele rusprosessen:

Kvinne i 30-årene: «Jeg tenker at det mamma og pappa gjorde, var akkurat det de skulle ha gjort. De har kjempa for meg. Ja, de ga meg ikke opp liksom. Veldig mange andre har gjort det med mine venner som er i rusmiljøet. De har ikke foreldre. Foreldrene har bare kutta de ut. Jeg har alltid hatt de der liksom. Så, takk Gud for det.

Kvinne i 20-årene: «Ja, eller, det var jo sånn.. Jeg var på X (behandlingssted) i november, da, og liksom. «Hva gjør vi? Vi har ikke noe tilbud etterpå». Jeg ville jo i langtidsbehandling da. «Gi meg en plass i morgen, så tar jeg den». Men det man får høre da, ja vi hadde jo et slikt møte mens jeg var på X (behandlingsstedet), og da var det 46 ukers ventetid på x (navn på kollektiv) og kanskje halvparten på X (annet kollektiv), da. Så etter X (korttidsbehandlingen) så dro jeg hjem til pappa og var der i en ukes tid, og så «Nei, jeg orker ikke. Jeg orker ikke å sitte her og vente på å få komme inn i behandling. Så jeg bare gir opp», det var jo det jeg tenkte. Og så i sinne dro jeg hjem til meg selv i byen her, og så tok det to timer, og så ringte jeg pappa og sa at nå kommer du. Jeg må låses inn et sted, ellers så begynner jeg å ruse meg igjen, liksom. Jeg var jo psykisk ferdig, egentlig.»

Mann i 40-årene: «... på grunn av familien, så har jeg klart å komme meg ut av den sirkelen som jeg var i, og folk tror det er sjeldent, men jeg var verste sort når jeg holdt på, på nittitallet.»

Involvering av stødige og støttende familiemedlemmer beskrives som positivt for brukere av rustjenester:

Kvinne i 40-årene: «X (navn på kollektiv) har jo lagt til rette for å ha samtaler, med både dattera mi og ikke foreldrene mine, men tanta mi. Og, det var veldig greit. Å ha en ramme rundt et møte og få sagt "unnskyld", liksom til dattera mi og sånn...»

Kvinne i 30-årene: «Ja, altså de har alltid liksom vært med, men på X (navn på kollektiv) så var det jo sånn foreldrehelg hver fjerde mandag, det var jo helt fantastisk. Vi var på hotell, og vi hadde god mat, og vi hadde møter, og måtte fortelle rushistoria foran familien og de kunne konfrontere deg da, ikke sant? Og det var egentlig bare grining, hele dritten, men det var godt! Ja.»

I noen tilfeller beskriver informanter familiemedlemmer som gir den hjelpen de skulle hatt (f.eks. rusbehandling og psykisk helsetilbud) fra kommunale tjenester. Dette illustrerer familien som en ressurs for personer med rusmiddelproblem. To av de kvinnelige informantene i utvalget beskriver dette som tilfellet for dem:

Kvinne i 20-årene: «Nei, det er han [far] som har tatt den kampen [om å få behandling], er det.»

Kvinne i 30-årene: «På slutten så måtte jeg ta med meg søstera mi, for eksempel. Som ble min verge, når jeg var innlagt. Fordi hun har jobbet på en sånn. Hva heter det for noe? Hun har jobbet i psykiatrien. På den tyngste avdelingen. Sånn at hun på en måte si "ja, men hva med det, og det, og det?", når jeg var innlagt. Fordi de mente at jeg var for frisk. Ikke sant? Så måtte hun forklare hvordan jeg var da, at når jeg var ute så kikket jeg bak meg hele tiden og så skygger og, ikke sant? Hvordan jeg var da. Så noen ganger så må det flere til for at det skal bli gjort noen ting. Fordi at viss jeg hadde vært der alene så hadde de sagt at "Du skal ut i morgen", men siden søstera mi kommer og påpeker de tingene hun vet, så får jeg hvert fall en uke, så "får vi se etter en uke". Så det er jo helt på tryne.»

Også viktige personer utover familien, som venner og fellesskap, beskrives å fungere som en ressurs når det kommer til rusmestring og kommunale tjenester:

Mann i 20-årene: «Jo, jeg hadde en venninne, hadde jeg, oppi X (stedsnavn) her, som hadde samtaler med henne. Jeg tror det var hun som satte meg i kontakt med henne.»

Mann i 50-årene: «Jeg fikk vite det [startlån til bolig] gjennom en kamerat, og han fikk det tre måneder før meg da, og så kom det svar til meg tre måneder etterpå, så fikk jeg det.»

Kvinne i 40-årene: «Det [selvhjelpsgruppe] har vært avgjørende for meg da. For det første, det at jeg fikk en forklaring på at jeg ikke bare var dum, at jeg faktisk har en sykdom som heter "avhengighet" og som driver meg til å gjøre ting. I strid med mine interesser og verdier, egentlig. Og så er det det at det er et fellesskap, som hjelper deg å holde deg rusfri.»

Som beskrevet kan familiemedlemmer som ruser seg, eller erfares som ustabile på annet vis, være negativt for rusmestringen. Brukerne forteller om nære familierelasjoner som anses som lite hensiktsmessige å involvere i rusbehandlingen. Vi presenterer to av informantenes beskrivelser her:

Mann i 20-årene: «Nei, mora mi har drevet med endel rus selv, og det er bare henne jeg har hatt kontakt med, jeg er enebarn og jeg kjenner jo ikke faren min, så det har vært oss da. Hun hadde vel en periode her når vi bodde her i starten med mye rus, det var sånn jeg kom i kontakt med veldig mye folk da, og når jeg ringte henne fra behandlinga... så ringte jeg og snakket med henne og så sendte jeg et brev til henne etterpå angående det med at hun drakk så mye da, hun har alltid drukket endel, og da var jeg ikke velkommen hjem noe mer (ler litt). Så det er liksom sånn å prøve å involvere noen som har de samme problemene er ikke noe hensiktsmessig»

Mann i 50-årene: «Jeg kjenner mora mi. Og hun er tørst hun også. Det hadde ikke hjulpet på. Om jeg drar hjem til moren min nå, og jeg ikke har med meg alkohol selv, nei, da går hun og henter ei krukke med hjemmebrent, ikke sant? Hun vet at jeg ikke tåler sprit. Men akkurat det bryr hun seg ikke noe om.»

I disse tilfellene nevner en av informantene viktigheten av tjenester som hjelper en å begrense kontakt med slike familiemedlemmer:

Kvinne i 40-årene: «Nei, nei, nei. Han [tidligere samboer] kutta jeg ut. Jeg jobber litt med ruskonsulenten nå med om hvem som er bra og hvem som ikke er bra, så har du den der i midten som er den vanskeligste. Det er jo en del, både venner og familie som er, som har vært i rus, men som vingler litt kanskje da. Jeg har jo en stebror. Og, det er vanskelig når han ringer og sier at han ikke har noe plass å bo og jeg sier "Ja, men da må du bo på X (akuttovernatningssted), for du kan ikke komme hit". Og det hadde helt sikkert ikke skjedd for et par år siden, så behandlingen har jo gjort noe med meg. Så det hender jo at jeg treffer han på gata når jeg er i X (sted) og sånn da, men, nå er det stort sett bare sånn at vi gir hverandre en klem og så "hei". Men jeg skjønnte jo det når han ringte først at det var litt sånn hint om... så jeg sa det "Dessverre, du kan ikke være her". For det første, så hadde jeg jo risikert leiligheten som jeg er veldig fornøyd med [og for det andre]... Så hadde jeg jo risikert å ruse meg selv, igjen, for jeg er jo som sagt, veldig impulsiv.»

Disse sitatene illustrerer at bildet er sammensatt. For en og samme bruker kan enkelte familiemedlemmer gjøre en mer sårbar for rus, mens andre familiemedlemmer er støttende og bidrar til stabilitet. En informant hadde for eksempel en mor som ruset seg, mens samboeren støttet han, og en annen informant fikk hjelp av familien til å ta hånd om barna sine, men havnet ofte i konflikt med dem på grunn av dette:

Mann i 20-årene: «Ja, det er det [barn som må gå i terapi lenge etter å ha vokst opp med foreldre som ruser seg], men jeg ønsket ikke det, jeg har jobbet litt med det selv, spesielt med samboeren jeg har nå for hun er veldig opptatt av psykologi og den biten der og vi snakker mye i lag da...»

Kvinne i 30-årene: «For jeg står der som en mamma utenifra også griper jeg inn, ikke sant? Da blir det «kræsje» mellom meg og mamma og pappa ... Ja, for det blir liksom de som skal bestemme, men jeg føler at det er helt feil. Og det er jo dattera mi, så jeg får liksom litt sånn (lager lyd for å demonstrere), klør ikke sant? "Ikke gjør sånn med henne", eller, ja, ikke sant. Skal forsvare henne. Og det blir ofte en konflikt da. Mellom meg om mamma og pappa.»

Nye rusfrie fellesskap

Når personer med rusmiddelproblem har kommet seg gjennom rusbehandlingen og skal tilbake i hverdagen blir det sentralt for rusmestringen å etablere en relasjon med personer som ikke ruser seg. Det blir også viktig å fylle tomrommet som rusen kan etterlate seg etter tilfriskning. Flere av informantene beskrev disse to funksjonene av nye rusfrie fellesskap:

Mann i 50-årene: «[hva hadde du trengt etter å ha kommet hjem fra rusbehandling?]. Jeg tror... det er ikke lett å prøve opparbeide seg en nykter venneflokk liksom.»

Kvinne i 40-årene: «Du lærer mer om deg selv og blir mer en hel person [gjennom fellesskapet]. Og, også det begrepet med åndelighet da. Jeg følte det at viss du bare slutter å ruse deg, så blir det et tomrom inni deg, og ved hjelp av å bruke din høyere makt eller en form for åndelighet, så blir du ikke så alene og ikke så tom. Så, i stedet for rusmidler på en måte.»

Både religiøse fellesskap, Anonyme Narkomane (NA), ettervernstiltak, rehabilitering, trening og aktivitets-grupper, og nabolaget (geografisk fellesskap) nevnes som viktige rusfrie fellesskap for informantene. Det som går igjen, er det at brukerne ønsker samvær med noen som er rusfrie og som de har noe til felles med:

Kvinne i 40-årene: «Og så er det et kjempebra tilbud det her [kommunalt rustiltak], å alltid ha en plass i byen her som du kan komme å sette deg ned og ta en kaffe og snakke med rusfrie folk, for det er jo det som er den største utfordringen, det er jo nettverket ditt, og hvert fall når du er i byen her da, og kjenner noen.. og du har rusa deg her, så finner du jo tidligere nettverk overalt. Og her er jeg veldig skjerma fra det.»

Kvinne i 30-årene: «Og det har jeg lyst til å være med på. For det er en sånn type jenter som er som meg, sikkert, typ... du skjønner hva jeg mener. Sånn at vi har noe til felles. Så det tenker jeg at, det vil jeg. Så det skal jeg begynne med nå (forteller at svømmehallen har vært stengt i måneder). Jeg vil være med på det da, for å være litt ute sammen med andre.»

Kvinne i 20-årene: «Så X (det kommunale rustiltaket) er absolutt er plass for det, å bygge seg nettverk. Nå har ikke jeg.. jeg har ikke hatt noe problem med å være sosial og.. hvis jeg bare først sier hei til folk kan jeg sette meg ned og prate med dem, jeg. Så jeg er veldig heldig slik.»

Individuelle faktorer som alder påvirker hvilke fellesskap som er sentrale for den enkelte bruker. En eldre informant (i 70-årene) trakk frem eldresenter som et sentralt nytt rusfritt fellesskap:

Mann i 70-årene: Nei. Sitter mye hjemme, men så tar jeg en tur ut en gang innimellom da. Jeg har jo det senteret rett bort for meg vet du? Jeg går på senteret der. Det er forskjellige ting der. Kafé og forskjellige ting. Ja, det er sånn eldresenter da.»

En annen informant forteller om viktigheten av at personer i det nye fellesskapet ikke kjenner til hans rushistorie:

Mann i 50-årene: «Det [nettverket hans] blir folk som ser meg inn i bybildet daglig liksom. Når jeg går på den faste kafeen så er det jo også, såkalt streite mennesker, som kan sette seg ned og slå av en prat. Uten at de kjenner meg, men de har sett meg. Det er koselig syns jeg da».

En lignende nyanse trekkes frem av andre informanter som ønsket seg rusfrie fellesskap med en bred gruppe av brukere:

Kvinne i 40-årene: «Noen av dem vet jeg jo av fra før som er og trener sammen med meg, men altså, det er jo et tilbud som er for alle. Det er ikke noe spesielt for folk med rusproblemer, det er alt fra folk som er og trener seg opp etter operasjoner, kanskje noen som sliter litt med psykiske problemer.. noen som har veldig overvekt og plages med det, og .. ja. det er en veldig fin miks av folk, så det blir ikke noe fokus på noen spesiell gruppe, liksom, som gjør at det er noen som føler seg utenfor. Det er bare sånn...»

Flere informanter beskriver at det å ha en bredde i tilbudet slik at flere med ulike interesser kunne gjøre ulike ting sammen var viktig:

Kvinne i 40-årene: «X (aktivitetssenteret) [er et viktig fellesskap for meg]]. Fordi at vi er kreative der, vi kan sy på symaskin, vi kan male bilder, vi kan strikke, vi gjør ting i stedet for å tenke på rus, så går dagen. Du gjør ting, du føler deg fornøyd med det du gjør. Så kan du komme hjem, så er man sliten. Da er det greit».

Kvinne i 40-årene: «Jeg fikk frihet til å holde på med det [maling]. Og det at det er åpent her [nærbehandling] så mye, og annenhver helg og sånn, det er kjempebra. Og jeg er innom her og spiser middager på tirsdager, kommer til lunsj på fredager, liksom sånn, ja. Og veldig greit at det er... ja det er jo en som er filosof, noen som hjelper til med lekser, eller skole, utdanning, og noen som jobber med økonomi og NAV, en som trener og en kunstterapeut. Det er liksom forskjellige ... det at det er så bredt spekter da. Du kan få hjelp til mange ting.»

Selv om flere fikk fylt tomrommet etter rusen med familie og nye fellesskap, indikerer noen av erfaringene informantene snakker om at behovet for rusfrie fellesskap ikke er tilstrekkelig dekket for alle:

Kvinne i 40-årene: « Ja [det skulle eksistert en aktivitetssentral], for at jeg tenker at jeg er litt... føler jeg er litt på samme plassen som folk som nettopp har flyttet hit, på en måte. Ikke sant, selv om jeg har familien min og sånn, men altså sånn, se bort ifra det familiære, da, ikke sant, så vil [man] jo gjerne ha noen venner som ikke har noen relasjon til noe rusmiljø og sånne ting. Og klart, jeg har jo noen, men jeg ønsker meg flere.»

Tjenestenes promotering av kontakt med rusnettverk

Mange av informantene som har deltatt i denne undersøkelsen har erfaringer med at kommunale tjenester fremmer en kontakt med rusnettverk i sin bostedskommune. Det er i hovedsak boligjenester og utlevering av medisiner det snakkes om. Av boligjenester er det kommunale boliger, hybelhus og akuttovernattingstilbud som nevnes. Informantene sier at alle disse boligformene gjorde det umulig for brukerne å holde seg rusfri etter gjennomført behandling:

Kvinne i 20-årene: «Og så fikk jeg meg jo kommunal bolig da jeg skulle være ferdig på X (kollektiv) ... Det gikk ikke, for å si det sånn, da. Når du deler oppgang med folk i aktiv rus, så er det ikke aktuelt.»

Mann i 50-årene: «Det var kommunalt. Så, liksom, å komme seg ut av alkoholen den gangen var det bare å glemme. Nei, det har ikke med hvem som jobbet å gjøre. Å plassere masse dopfolk og alkoholikere på en plass er ikke akkurat noe sjakktrekk. Nei. Så jeg holdt i to timer etter at jeg var ferdig første gang på X (behandlingssted).»

Mann i 40-årene: «Ja, altså i lengden så er det jo ingen som er sterk nok til det [bo på hybelhus og holde seg rusfri]. Det er som å sette en alkoholiker til å bo på et lager med øl det. Før eller siden tar han seg en øl vet du, det ligger jo i korta. Og jeg søkte om kommunal bolig

spesifikk på grunn av at jeg, at jeg ville... for jeg har et genuint... bestemt om å holde meg nykter... og det jeg har aldri vært så motivert før.»

Henting av LAR-medisiner blir også beskrevet som å by på utfordringer for brukernes rusmestring, ettersom dette ofte gjorde at brukerne kom i kontakt med rusnettverk:

Kvinne i 30-årene: «Nemlig, og det er jo også en annen ting at når man først på en måte blir satt til å hente hver dag så kommer man heller ikke ut av den ringen og står og har hatt en sprekk og skulle helst kommet lengst mulig unna de andre, så må man da, må nettopp komme så ofte som mulig på en måte da. Og det, noe oftere enn en gang i døgnet kan du jo ikke få til, men, men... for MEG ville det jo vært mye, mye enklere hvis jeg kunne vært lengst mulig unna de jeg oppsøker når jeg skal ruse meg ...»

Mann i 40-årene: «Nei, jeg gikk jo på Metadon, så der jeg henta metadon, der møtte jeg jo alle rusmisbrukere, på den plassen. Det var jo ikke heldig. Så blir du tilbudt tabletter, og så var det rommet full av penger... og da er det ikke lett å si "nei".»

Flere av informantene beskriver at denne problematikken oppleves spesielt krevende for dem, dersom de har tidligere kjennskap til rusnettverket, som ofte er tilfellet om en skal tilbake til sin hjemkommune etter fullført rusbehandling:

Mann i 40-årene: «Det gjennomførte jeg [behandling], og det gikk bra ei stund, men når du havner tilbake i samme by og alt du kjenner er «rusfolk» og kommunen ikke er villig til å løfte lillefingeren engang for deg.»

Kvinne i 30-årene: «Du må jo tilvenne deg å komme tilbake til hjemkommunen din. Hjemkommunen din er jo der du har mest problemer. Ikke sant? Det er her rusvennene våre, og rusen ligger for våre føtter, liksom.»

En av informantene vi intervjuet som var fra en liten kommune beskriver det som sårbart om tjenestene i kommunen utsetter personer med «lettere» rusmiddelproblem for tjenester i

storbykommune, da disse ofte har rusnettverk med tyngre rusmiddel, og kan føre til traumatiserende erfaringer:

Mann i 20-årene: «Nei, jeg var veldig misfornøyd med å bli sendt i hytt og pine og overalt da jeg rusa meg for jeg møtte veldig mye folk og det trakk med i en annen bane da. Bare det å dra inn til byen på avrusning i tre uker eller en måned, det kan ødelegge hele livet ditt, bare det alene, hvis du ikke er fra byen og ikke forstår deg på miljøet. For da kommer du fra en plass der du har sittet og røyka hasj på gutterommet helt uskyldig til ... å traske på gangen med en som ligger og rister og har abstinenser på heroin. Å se det, det kan være tøft nok bare å se det for noen, men å begynne å prate med slike personer igjen etterpå og de sier: «Nei Ecstasy er ikke så jævlig farlig, det kan være litt forskjellig ja, men dritartig liksom.» Og du visste ikke om Ecstasy engang da du dro herfra når du har sittet bare og røykt en rev, det er ikke bra.»

Når det kommer til måter å unngå kontakt med rusnettverk nevner informantene flere måter å unngå kontakt med tidligere rusnettverk; utlevering av medisiner gjennom hjemmetjenesten, bytte av hentedag og sjeldnere utlevering:

Mann i 40-årene: «Ja, på grunn av når jeg var på sykehuset så var jo de helt fenomenale holdt jeg på å si. Jeg fikk hjemmesykepleie, jeg. De ordnet så jeg fikk henteordning, så jeg slapp å hente her hver dag.»

Mann i 40-årene: «Ja. Så gjelder det egentlig det samme her sånn, for her må du hente hver dag. Det er alltid en eller annen som har et eller annet. Og bli tilbudt ting og tang liksom... Det kunne jeg tenkt meg å unngått. Det [sjeldnere henting] hadde gjort det lettere.»

Mann i 40-årene: «Og det er liksom sånn at det fungerer jo mot sin hensikt viss jeg nå nede på X (navn på sted), det er sånn rett borti gata her. Der du leverer urinprøver. Og der møter du jo på folk som driver på med alt mulig annet rart, ikke sant? Og det er det samme borte.. når du er og henter også. Jeg har holdt på å bytte hentedager jeg da, for å slippe å møte på de verste. For det blir fort en liten sånn samling, ikke sant?»

Oppsummering

Hovedtendensen i materialet er at støtte og involvering av familie, nettverk og fellesskap erfares som positivt på brukernes rusmiddelproblem, både under og etter rusbehandling. Samtidig er bildet sammensatt, ettersom noen har familiemedlemmer som ruser seg, er ustabile, eller som det oppstår konflikter med. I disse tilfellene har familien en negativ innvirkning på rusmestring, og hjelp fra tjenestene i å begrense kontakten med familien kan være viktig for brukerens fremgang. Nye rusfrie fellesskap blir særlig viktige for å holde seg rusfri og ivareta helse i årene etter behandling. Videre kommer det frem at enkelte kommunale tjenester (spesielt kommunale boliger og utlevering av medisiner) promoterer kontakt mellom bruker og rusnettverk på en måte som gjør rusmestring vanskelig for brukeren. Samlet illustrerer dette betydningen av at ansatte er bevisst på og jobber aktivt med nettverk i samarbeid med brukerne. Men også viktigheten av å utforme bolig tjenester og medisinutlevering på en måte som skåner brukeren for personer i aktiv rus.

4.3 Oversikt, innsyn og medvirkning

Brukerorganisasjoner og brukerombud er sentrale støttespillere når brukere av kommunale tjenester ikke får den hjelpen de trenger. For å kunne påvirke sin egen fremgang og sak er det derfor viktig at brukerne har oversikt over de organisasjoner og ombud som er aktuelle for brukerne. I møte med kommunale tjenester er innsyn i egne saker og egen behandling sentralt for brukernes medvirkning. Medvirkning handler likevel om mer enn innsyn, det handler om å være involvert og delaktig i tjenestene en mottar, og å kunne påvirke utformingen av tjenester. Denne delen handler om oversikten brukere av kommunale tjenester har når det kommer til brukerorganisasjoner og brukerombud, opplevelser av innsyn i egne saker og hvilke tjenester brukerne opplever å ha medvirkning i. Avslutningsvis viser vi til at noen av informantene sier at de opplever medvirkning gjennom brukerundersøkelsen.

Oversikt over brukerorganisasjoner og brukerombud

Informantene ble spurt i intervjuene om de hadde kjennskap til brukerorganisasjoner eller brukerombud i sin bostedskommune. De fleste hadde ikke oversikt over slike tilbud. Kun en av informantene kunne fortelle at hun benytter seg av en brukerorganisasjon:

Kvinne i 40-årene: «Ja, ja, ja! Jeg har A-larm hver fredags kveld. Der går jeg. Dem er eksrusmisbrukere som jobber på A-larm. Dem jobber i det der teamet. Dem er eksmisbrukere. Dem jobber der og dem får betalt for det. Og da har dem jo møter både mandag og tirsdag og onsdag og fredag, men for meg er det nok [med] fredag.»

En annen bruker beskriver at brukerorganisasjoner erfares å være for de som har kommet langt i rusmestringsprosessen:

Mann i 40-årene: «Det er flere hvert fall private [brukerorganisasjoner]. Eller jeg vet ikke, det er noe som heter A-larm som jeg vet mange jeg har vokst opp med, holdt jeg på å si, som jeg ser det går bra med da, som har kommet lenger enn meg da, som har fått trygd. Ditten datten. Men, det er ikke noe som frister meg til å ta kontakt med liksom.»

En annen informant bekrefter at dette er noe for de som har kommet seg ut av rus og forteller at nulltoleranse for «lettere rus» gjør at hun opplever seg ekskludert fra slike tilbud:

Kvinne i 30-årene: «... men så er det mange av disse her [brukerorganisasjonene] som har sånn nulltoleranse for, ja røyker du hasj, da ruser du deg og ferdig med det. For eksempel så er det noe A-larm, og der er det liksom «nei, nei, nei». Overhodet ikke noe snakk om å komme innenfor døra hvis du ikke er rein. Og det er sånn som gjør at det er veldig mange ting som blir ekskludert for meg da, men i X (storby) så fikk jeg den muligheten likevel da.»

Disse beskrivelsene viser at brukerne har lite oversikt over brukerorganisasjoner og brukerombud, og flere føler seg ekskluderte fra organisasjonene eller at de ikke er i målgruppen for disse. Det er da viktig at ansatte i tjenestene gir brukere i målgruppen informasjon de få organisasjoner og ombud som finnes for dem. Samtidig som de brukere som ser seg selv som utenfor målgruppen til brukerorganisasjoner får tilbud.

Innsyn og medvirkning i egne saker og rusbehandling

Generelt beskriver informantene at de erfarer innsyn og medvirkning som mottakere av ROP-tjenester, i ansvarsgruppen og utarbeiding og oppfølging av individuell plan.

Erfaringene som presenteres her handler om innsyn og medvirkning, at en føler at en blir hørt, at en kan jobbe ut i fra sine egne behov, og at en får tilstrekkelig informasjon og innsyn i sine saker og behandlingen av disse. Første nyanse (medvirkning), illustreres med følgende sitater fra informantene:

Kvinne i 30-årene: «Ja, ja, ja. Det er jo jeg som velger hva jeg trenger sånn i forhold til ROP og sånn. Så må jo de gå ut i fra hva behovet mitt er. For ikke sant, de jobber jo ikke ut i fra. Ja, [jeg føler at jeg blir hørt]. Det er jo det vi jobber med, det jeg trenger hjelp til, liksom.»

Mann i 20-årene: «Ja, de [ansvarsgruppen] har jobbet knallhardt, også har de vært veldig informative også. De har på en måte ringt meg eller sendt meg mail hvis det har blitt sånn og sånn. Det setter jeg pris på for du føler deg som en del av prosessen da, ikke bare at du blir behandlet, men at du er med for å prøve å få til livet ditt selv. For jeg liker ikke den typen behandling der du bare føler at alt bare surrer rundt deg. Du bare sitter i ro da og ser alt gå, for da, da blir jeg frustrert og vet ikke hvor jeg skal gjøre av meg. Da blir jeg stresset... ja, delaktig må jeg være.»

Av positive erfaringer med innsyn og medvirkning, løftes også innsikt i egen fremgang og tilfriskning frem som sentralt for en av brukerne. En av kvinnene vi intervjuet beskriver dette:

Kvinne i 40-årene: «[En fastlege] som jeg har møter med på legekontoret en gang i måneden. Det hjelper veldig mye, for da får jeg litt innsikt og at jeg... nå er det fremgang, for jeg... det er mye fremgang bare på to måneder nå med meg. Bare det at jeg ikke drikker.»

Som vi har vært inne på før, så har brukerne ofte positive erfaringer knyttet til tjenester som tilbyr en enkelrelasjon og som er fleksible. Informantene trekker også enkeltrelasjoner og fleksibilitet frem som viktig medvirkning:

Kvinne i 40-årene: «Mhm [opplever innflytelse på hjelpen hun får], og jeg har vel egentlig mer... nesten... for hun [ruskonsulenten] var jo kommet inn mer i bildet etter at X (kollektivet) trakk seg ut. Ja, hun har vel følt det at jeg trenger mer oppfølging da.»

Mann i 40-årene: «Ja [føler at han har brukervedvirkning]. Jeg styrer nesten alt selv. Pluss at hun [ruskonsulenten] styrer en del, da.»

Hvor fleksible tilbudene er til brukernes behov oppgis også av informantene som viktig for opplevd medvirkning. Videre beskriver informantene betydningen av å kunne tilpasse kontakten med tjenestene til sine behov og rutiner i det daglige liv:

Kvinne i 20-årene: «Absolutt. Jeg føler jo at jeg har hatt påvirkning, altså brukervedvirkning hele veien, men det er jo på en måte vanskelig å ha brukervedvirkning når tilbudene er så pass innskrenket, da. Som den faste timen i uka.»

Mann i 20-årene: «Jeg synes det er veldig greit [når det kommer til brukervedvirkning og muligheten til å styre ting selv], for jeg synes det å på en måte at det setter krav til meg er en belastning da. Hvis vi hadde hatt faste møter så har jeg på en måte vært nødt til å dra til det tidspunktet og sånne ting, og jeg liker ikke å ta fri fra skole eller jobb og sånne ting. Det liker jeg ikke i det hele tatt. Og det er jo som oftest i skoletid eller arbeidstid, så jeg synes det er kjempe greit at jeg kan ta kontakt når det passer meg så får vi heller avtale når det passer oss begge, enn at jeg har noe fast.»

Hvorvidt brukerne erfarer medbestemmelse gjennom individuell plan varierer med tjenestene de har hatt. Noen forteller at de har lært å være ansvarlig for utformingen og oppfølgingen av planen, mens andre forteller at planen blir laget for dem og at de ikke har så mye innsyn i planen:

Kvinne i 40-årene: «Ja, det lærte vi liksom på X (navn på kollektiv) da, å være ansvarlig for den [individuelle planen] selv. Kalle inn og skrive referat, og sende inn, så det styrer jeg liksom selv.»

Kvinne i 30-årene: «Ja, jeg tror det [at hun har individuell plan], jeg kan bare ikke si at jeg har vært så mye borti den... jeg vil vel si at det har blitt laga en [individuell plan] for meg, mens jeg på en måte egentlig ikke vet hva det dreier seg om.»

Noen av informantene beskriver også mangelfull innflytelse og medvirkning i møte med kommunale tjenester. For eksempel forteller noen at beslutninger blir tatt uten deres samtykke, at de ikke blir hørt når det kommer til egen prosess, og at de har lite innflytelse på fortsettelse av tjenester som de selv anser som sentrale for egen rusmestring. En av mennene vi intervjuet forteller om en opplevelse som illustrerer det første eksempelet:

Mann i 50-årene: «Og jeg går ned [på NAV] og spør om det ikke er noe der på datamaskinen hennes som blinker, at her står det 6-7-8000 kroner som ikke er utbetalt til meg som er mine da ..."nei, men du skjønner det, jeg gjorde det i tilfelle du skulle få noen flere inkassoer"... og det syns jeg er det tynneste svaret jeg har vært borti altså og... hvis hun hadde vært litt kjeltring da, så kan hun sitte å håndplukke folk... ikke noe avtale og heller ikke, jeg skulle i alle fall ha fått et brev om at "jeg har tatt av i tilfelle du får noe..."»

Flere informanter trekker frem erfaringer om lite innsyn når det kommer til tjenester fra NAV. Her illustrerer sitatene mangelfull informasjon i endring av saksbehandler, og nok en gang, egen økonomi:

Mann i 40-årene: «... jeg har en, eller jeg trodde jeg hadde en fast kontakt på NAV, som jeg har hatt i mange år, men nå har ikke navnet hennes stått på de siste vedtakene såå... så jeg vet ikke om hun er syk eller ferie eller permisjon eller? ... Nei [Jeg har ikke fått noe informasjon].»

Mann i 40-årene: «Ja, for eksempel... jeg har et studielån, som du egentlig ikke skal ha når du har uføretrygd. Da skal det automatisk, studielånet ditt bli skvisa vekk, men det har gjort sånn at jeg har fått betalingsanmerkninger. Og det igjen gjør at jeg ikke får lån. Så det har ødelagt veldig mye for meg, i stedet for å hjelpe meg. Og så har jeg fått noe som heter feilutbetaling av trygd, i fra 2012, så det jeg kan tenke meg at det kan være, er det at jeg brukte kontoen til hun som jeg var sammen med i et års tid. Jeg hadde ikke egen konto, så

har de vel tatt inntekten min og inntekten hennes og satt i sammen, som en inntekt for meg. Og så tror de at jeg har fått dobbel trygd hele veien. Det er det eneste jeg kan se for meg, men jeg har ikke fått noe svar av de hva det kan være.»

Informantenes brukermedvirkning i undersøkelsen

Denne undersøkelsen har fokusert på brukernes erfaringer med tjenestene og viktigheten av at brukernes stemme må komme fram. Å ha muligheten til å påvirke utformingen av tjenester en har behov for, er en sentral del av brukernes medvirkning. Undersøkelsens evne til å fremme en opplevelse av medvirkning illustreres ved at noen brukere sier at de opplever medvirkning ved å delta i både den kvantitative og den kvalitative delen av undersøkelsen:

Kvinne i 40-årene: «Men det var jo det da, som er litt kult at... i den brukerundersøkelsen da så fikk jeg følelsen av at jeg kunne være med å påvirke der, før den kom ut liksom. Og jeg svarte på den, og det var litt interessant med det intervjuet her også da. Det er jeg glad for at jeg fikk være med på. Det synes jeg er kjempeflott. At en hører på brukerne da.»

I lys av den kvantitative delrapporten har de kvalitative intervjuene i stor grad bidratt til både å nyansere og gi en utvidet forståelse av hva brukerne anser som forbedringsområder når det kommer til tjenestene de mottar.

Oppsummering

Det fremkommer at brukerne har svært liten oversikt over brukerorganisasjoner og brukerombud i sine bostedskommuner, og de som kjenner til organisasjonene bruker dem ikke fordi de ikke føler at de er i målgruppen. Flere av brukerne opplever at de får for lite innsyn i egen økonomi, og det er varierende hvor mye medvirkning brukerne erfarer å ha i egne saker som behandles av kommunale tjenester. ROP, ansvarsgrupper og individuell plan trekkes frem som sentrale for opplevelse av innsyn og medvirkning. Som vi kan se av siste delen om informantenes brukermedvirkning, så sier brukerne at de opplever medvirkning ved å delta i brukerundersøkelsen. Slike undersøkelser kan da være sentrale for å fremme en opplevelse av medvirkning for brukerne, også de som er utenfor målgruppen til

brukerorganisasjoner. Videre indikerer funnene at det å få innsikt i egen fremgang og tilfriskning gjennom tjenestene er viktig for brukernes rusmestring.

Samlet sett viser resultatene at noen av brukerne har behov for at tjenestene gir brukerne innsyn i egen økonomi og beslutninger som tas for denne. De illustrer også viktigheten av at ansatte i kommunale tjenester tilbyr ansvarsgrupper og individuell plan for alle brukere på en måte som sikrer medvirkning og innsikt i egen fremgang.

4.4 Overganger

Personer med rusmiddelproblem benytter seg ofte av tjenester i både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Hvordan overgangen fra en tjeneste til en annen skjer, og hvordan overganger blir håndtert innad i enkelttjenestene (f.eks. ved bytte av kontaktperson) har stor betydning for brukerens opplevelse av tjenestene de mottar. Denne delen handler om overganger som informantene snakker om i intervjuene om erfaringer og opplevelser med tjenester for personer med rusmiddelproblemer. Disse kan kategoriseres som trøblete eller glidende og gradvise. Generelt sett har brukerne erfaring med trøblete overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester.

Trøblete overganger

Flere av informantenes beskrivelser kan kategoriseres som trøblete overganger. Dette er overganger hvor ting stopper opp, og hvor tjenestene ikke ivaretar de behov brukeren har får å komme seg videre i tilfriskningsprosessen. En trøblete overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester beskrives som skadelig for brukernes rusmestring. Flere sier at de skulle ønske at noen tok kontakt i overgangen til kommunen:

Kvinne i 30-årene: «Det er ingenting [hvis du kommer fra annen type behandling enn X kollektiv]! Ikke sant? Og jeg er jo fra, jeg kommer jo fra X (storby), og jeg ble bare satt hjemme og "Ja, nå skal du klare deg alene". Nå har du vært her i 16 måneder, med et lite avbrudd, og nå skal du stå på dine egne bein». Det var vel 5 måneder jeg bodde der, før jeg sprakk.»

Mann i 20-årene: «Det jeg har opplevd med kommunen og det hjelpeapparatet som er når du kommer tilbake fra behandling, det er det at det er ingenting. Absolutt ingenting. Du kommer tilbake etter å ha vært rusfri et helt år og ønsker å prøve å få til noe av livet ditt, og det er ingen som tar tak i det når du kommer tilbake, absolutt ingen. Det skjedde med meg, men jeg vet at de har blitt veldig mye bedre på det. Jeg vet ikke hvilke perioder eller hvem jeg direkte hadde kontakt med da kom tilbake, men jeg vet at slik har det føltet hvert fall. Bare noen hadde tatt kontakt med meg eller ringt meg og gitt meg et alternativ så hadde det vært nok, mener jeg. For jeg var rusfri i 2-3 måneder etter jeg kom tilbake fra X (navn på kollektiv) på egen fri vilje og [jeg] tror ikke jeg hadde en samtale med noen.»

Når en først mottar hjelp fra kommunale tjenester nevnes lang ventetid, manglende gjennomføringsevne, og gjentatte avslag på søknader som eksempler på trøblete overganger mot en mer stabil hverdag. Dette fører til at brukene ikke får hjelpen når de trenger den, at det blir vanskelig å holde seg rusfri, og er noen ganger direkte problematisk for brukernes helse. Følgende sitater illustrerer eksempler på slike erfaringer:

Mann i 50-årene: «Når jeg kom og søkte om hjelp da, akkurat der skulle de fått gjort noe med det. Folk som kommer som er helt på trynet altså. At det skal ta tre-fire måneder, sånn burde det ikke være altså.»

Kvinne i 40-årene: «For det var liksom alltid "Nei". Så jeg gadd ikke søke heller jeg. Jeg ble så forbanna på å gå i mottak der på NAV og sitte å be om hjelp hele tiden, og få "Nei" og "nei" og "nei". At jeg gadd ikke å skrive søknader en gang.»

Kvinne i 40-årene: «Så.. det var ikke sånn rusbehandling, da, det var for å holde meg i live til de hadde fått inn metadonsøknaden. Men på den tiden der tok det så lang tid, vet du, så jeg tror det tok 10 måneder fra vi sendte søknaden til vi fikk svar.»

Glidende og gradvise overganger

Noen få informanter beskriver det en kan kalle «glidende og gradvise overganger»: At overganger skjer uten brudd selv ved potensielle brytningspunkt. Slike overganger beskrives

som noe positivt. Informantene forteller om eksempler på slike glidende og gradvis overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester. At brukeren i en periode kan ha overlappende tjenester fra begge, for så å gradvis gå over til kun kommunale tjenester, beskrives som sentralt:

Kvinne i 20-årene: «Jeg begynte jo her[rustiltaket] i X (ca. 3 år siden), og så var jeg jo ikke ferdig på X (kollektiv) før i mai, så i overgangen der var både X (rustiltaket) og X (kollektivet) med på ansvarsgruppemøter og så var det vel først, ja det var vel da jeg fikk meg fast jobb for et års tid siden, så ble liksom ansvarsgruppa opphevet, skulle jeg til å si, avsluttet. Har ikke følt det behovet, eller følte ikke det behovet videre.»

Når en først har kommet seg inn i kommunale tjenester forteller informantene at det er viktig for brukerne med oppfølgingscenter eller etterverntjenester som tilbyr hjelp til å holde seg rusfri. Man kan si at en rusfri tilværelse blir neste overgang. En av kvinnene vi intervjuet forteller om hvor viktig rustiltaket er for henne etter å ha blitt rusfri:

Kvinne i 20-årene: «Spesielt i den situasjonen jeg står i nå [etter å ha blitt rusfri], så er det jo kjempebra å ha (rustiltak). Jeg tror ikke jeg hadde klart det uten. Rett og slett.»

I denne overgangen vektlegger informantene også viktigheten av å få individuelle tilbud når avtalte kollektive tilbud kanselleres. Dette er et eksempel på det en kan kalle en glidende overgang, der tjenestene legger til rette for gjennomføring til tross for potensielle barrierer:

Kvinne i 40-årene: «Og så "Ja, det starter opp kurs nå". "Nei, det starter ikke opp likevel, du kan få individuelle samtaler". Det er jeg kjempeglad for.»

Likeså beskrives det at noen erstatter kontaktperson i tjenestene når hun/han er på ferie eller slutter i stillingen sin som eksempler på hvordan tjenestene kan skje uten brudd:

Mann i 70-årene: «Og når hun er vekk, så er det hun der X (navn) som stiller opp.»

Noen av informantene vi intervjuet snakket også om viktigheten av å gå gradvis frem når det kommer til overgangen til utdanning og arbeid:

Kvinne i 20-årene: «Ja, altså, jeg startet jo [med arbeid] to dager i uka først. Og gikk fortsatt i traumebehandling på DPS, fortsatt hadde jeg poliklinisk oppfølging på X (kollektiv). Ja, man fylte jo dagene. Jeg tror feilen veldig mange gjør er at man starter 100% jobb, og så gjør de ikke noe annet, og så møter de veggen til slutt. Ja [jeg begynte gradvis og trappet opp], og så trappet jeg de andre tingene ned etter hvert. Og trappet jobb opp. Så jeg fikk gjort ferdig alt behandlingsmessig, på en måte, da.»

Et siste tema som kan relateres til glidende og gradvise overganger, er viktigheten av gradvishet når en skal komme tilbake til samfunnet. Informantene sier at det er viktig at dette skjer i brukernes tempo og ut i fra hans/hennes behov. En av informantene hadde erfaring med et slikt tilbud:

Kvinne i 30-årene: «... Der var det sånn «halvveishus», på en måte, hvor vi hadde kontor på dagtid og så hadde vi fellesmøtene der, så var det vi som bodde der alene på kveldene. Så kom de igjen på morgenen. Og etterhvert så var det ingen som var der, de var oppom om kvelden, ikke sant? «Du skal være inne da og da, og du må gjøre»... Du må ta oppvasken, lære alle de tingene der.»

Oppsummering

Generelt deler brukerne erfaringer om at trøblete overganger er skadelig for tilfredsheten med tjenestene og rusmestringen; at ingen fra kommunen tar kontakt etter gjennomført behandling, at ting settes på vent, og gjentatte avslag på søknader om hjelp gjør brukerne sårbare for å ruse seg igjen. Glidende og gradvise overganger mellom tjenester, på den andre siden, er viktig for tilfredshet og rusmestring. For en glidende overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunen er det viktig med ettervern- og oppfølgingstjenester, at brukeren får tilbud som gjennomføres uten brudd (f.eks. på grunn av kansellering, ferie eller bytte av ansatt i tjenesten), og at overgangen skjer gradvis i tråd med brukerens utvikling.

Det er viktig at tjenestene jobber aktivt med å sikre glidende og gradvise overganger for brukeren, spesielt i overgangen fra spesialisthelsetjenesten (behandling) til kommunale tjenester.

4.5 Samarbeid

Samarbeid mellom tjenester er et premiss for å imøtekomme brukeres behov. Samarbeid mellom tjenester handler om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, men også mellom kommunale tjenester (som f.eks. fastlege, ruskonsulent og NAV). Generelt erfarer brukerne varierende grad av samarbeid mellom tjenestene de får hjelp fra. Fastlegen beskrives ofte som inngangsport til andre tjenester i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, og fungerer dermed som utgangspunkt for samarbeidet:

Kvinne i 40-årene: «Og så gikk jeg til fastlegen etterpå og fikk henvisning, og til X (navn på person) eller noe sånn, som skulle vurdere om jeg kunne få pasientrettigheter.»

Kvinne i 40-årene: «Nei... Jeg sleit veldig da, med både NAV og alle i kommunen (ler). Mens jeg rusa meg. Jeg prøvde å få hjelp og sånn... Jeg sleit med å få økonomisk bistand, men så fikk vi ordnet med uføretrygd da, Det var legen som hjalp meg med det.»

En informant trekker frem samarbeid mellom kommunalt arbeidsrettet tiltak og NAV som et eksempel på et godt samarbeid som har kommet brukeren til gode:

Kvinne i 20-årene: «Ja. Hun [jobbkonsulent] har vært med hele veien. Og jeg har vært veldig åpen. Jeg startet jo der i praksis rett etter påske, og så fikk jeg meg fast jobb... Ja [det er en praksisplass som NAV betalte]. Så den jobbkonsulenten har jo vært med på hele prosessen.»

En annen informant snakker om godt samarbeid mellom rusteam og hjemmetjenesten som viktig for henne:

Kvinne i 40-årene: «Jeg hadde time halv ni på sykehuset, og normalt så bruker de å komme med Metadon til meg i den tiden, da, så tenkte jeg at kanskje de [hjemmetjenesten] kunne svinge meg nedover med det samme, da. Men når jeg hadde drevet og «bængla» allerede så mye med dem før på torsdagen, og grinete fordi de hadde sabotert handlinga mi, så orket jeg ikke å begynne å spørre dem om det der. Så da sendte jeg melding til X (ruskoordinator) og fortalte henne det at nå har jeg allerede kranglet med dem i dag, liksom, «kan ikke du be dem [hjemmetjenesten] om å svinge meg nedover på sykehuset med det samme».. Så «jojo», hun ordnet det. Da fikk jeg jo melding tilbake, liksom, at det var i orden..»

Som man ser av disse sitatene, er det noen av brukerne som opplever å ha godt samarbeid mellom tjenestene sine, og at ansatte kommuniserer seg i mellom. De brukerne vi intervjuet som hadde dårligere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten hadde mindre gode erfaringer. En av de mannlige informantene vi intervjuet, forteller om dette:

Mann i 40-årene: «Nei, jeg vet ikke jeg. LAR har kommet med bestemmelser og at fastlegen ikke kan gjøre. Da blir det [medisinene] jo stoppet der da.»

At brukerens sak viderefremmes i sin helhet mellom tjenestene beskrives som essensielt for et godt samarbeid mellom tjenestene, og for å unngå at brukeren må fungere som mellommann i mellom tjenestene:

Kvinne i 30-årene: «Nei, jeg holdt på å si, man trenger vel ikke spørre vår gruppe bare for å få det., men man føler seg jo som en kasteball. Det er jo ingen som på en måte... Jeg vet ikke hva jeg skal si jeg, forventer jo ikke at de, noen skal gå inn i en sak med hud og hår. Men, det er noe med å føle seg, som noe mer enn en sak da... At man kan få et forhold til den man samarbeider med liksom. Det er jo vanskelig når man hele tiden må bytte [person] Ja, og så man liksom lese, omtrentlig da lese gjennom for å for å fylle på liksom. Fulle på informasjon da til vedkommende, som skal ta over fordi at de, de vet jo ikke annet enn de har lest. Men så er det noen som, sånn som hun boveilederen jeg har nå, når hun kom inn til meg så sier jo hun det at «jeg har utelukkende ikke gått inn og lest journalen din for jeg vil heller få det fra deg». Og det kan være litt vanskelig det og, men [jeg] vet nesten ikke hva som er lettere..»

Brukerne beskriver ansvarsgrupper som en arena for samarbeid mellom de ulike kommunale tjenestene de mottar hjelp fra. En av kvinnene vi intervjuer forteller om et godt samarbeid:

Kvinne i 40-årene: Nei [kunne ikke vært bedre enn det samarbeidet som er med fastlege og andre i ansvarsgruppen] det er veldig bra.»

Selv om ansvarsgruppen er en viktig arena for samarbeid mellom tjenestene, er det ikke alle brukerne som sier at de får tilbud om en slik ansvarsgruppe:

Kvinne i 30-årene: «Nei [jeg har ikke noe ansvarsgruppe]... [Jeg] hadde en rusveileder, eller en ruskonsulent da tidligere, men hun sier også bare: «Nei jeg vet ikke hva jeg skal gjøre for deg jeg, så jeg bare skriver meg ut av saken jeg».»

Oppsummering

Hovedtendensen er at samarbeidet mellom tjenestene som brukerne benytter seg av starter med henvisning fra fastlegen, og at graden av samarbeid mellom tjenestene varierer fra bruker til bruker. Videreformidling av brukerens sak i sin helhet er essensielt for at samarbeidet ikke skal erfares som belastende for brukerne. Eksemplene som informantene i denne undersøkelsen trekker frem indikerer at de brukerne som opplever tilfredshet med samarbeid i tjenestene sine har behov for samarbeid mellom kommunale tjenester (NAV og jobbstøtte, og rusteam og hjemmetjeneste). De brukerne som opplever mindre tilfredshet i samarbeidet mellom tjenestene sine, har behov for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester.

Samlet sett illustrerer resultatene at det er viktig at tjenestene jobber bevisst med kommunikasjon på tvers av tjenestene brukeren har benyttet eller benytter seg av.

4.6 Nye tjenester

Selv om flere av brukerne opplever at kommunale tjenester i sin bostedskommune er dekkende for flere av sine behov, er det mange som snakker om tjenester, tilbud og tiltak som de gjerne skulle hatt i sin kommune. Som en del av informantenes brukermedvirkning

løfter vi avslutningsvis frem brukernes opplevelser av behov for nye tjenester i sin bostedskommune. Flere av informantene etterlyser det en kan kalle kreative tilbud og aktivitetstilbud:

Mann i 40-årene: «At jeg hadde hatt en øvingsplass sånn at folk møttes og kanskje startet et band, viss du fant de rette folka. Sånt noe finnes ikke. Litt mere plasser som, som en kunne møttes og kunne spilt litt og fått brukt de erfaringene vi har. For det er masse erfaringer, eller masse kompetanse blant rusmisbrukere. Det er mye flinke folk, som kunne brukt fingrene sine mere. For eksempel, sveisegreier, eller snekring og sånne ting... Det tror jeg ville hjulpet veldig, både for rusmestring og sånn. I det hele tatt.»

Mann i 40-årene: «Nei [den hjelpen han skulle ha ønsket seg var]... fått et sted å bo, utenfor byen, og fått et tilbud om noe å gjøre, men det var ingenting sånt..»

Mann i 40-årene: «Vi var der hele uka. To dager i uka var vi i skauen, hos en kar som drev med hundekjøring og sånn, det var helt supert opplegg. Også har jeg vært med, etter at jeg begynte i LAR, så har jeg vært med på noe sånn arbeidstreningsgreier utpå X (kultur og aktivitetssenter).»

Som disse eksempelsitatene viser er det viktig for brukerne å ha noe å gjøre og noe meningsfylt å rette oppmerksomheten mot. Flere av brukerne sier at det er viktig å ha akutttilbud for de sykeste som er åpent døgnet rundt. En av kvinnene vi intervjuet forteller at det er svært varierende fra kommune til kommune om en har slike tilbud:

Kvinne i 30-årene: «De [kommunen] prøver nok, men noe er jo gærnt. Et eller annet system fungerer ikke her. Og det tenker jeg er at vi ikke har noen korttidsplasser eller noen plass hvor vi kan legge inn en person på dagen, 24/7 liksom, sånn som de har i Oslo, det er fantastisk. Der kommer du inn uansett. Du får en seng, og du får dusja, og du får liksom klær og tannkrem, liksom. Ja, det har ikke vi. Så, sånne ting bare. Det er egentlig det eneste jeg tenker at vi mangler her da, i X (navn på fylke), eller i X (kommune).»

En annen informant beskriver at helgene oppleves som spesielt utfordrende for rusmestringen og at det er viktig å ha et sted å gå i fredag og lørdags kveld:

Kvinne i 40-årene: «... fordi fredagskveldene kan være jævlig tunge. Da begynner helgen. Da begynner moroa liksom.»

Andre informanter understreker at de gjerne skulle hatt et ettervernstiltak/oppfølging etter behandling. Dette illustrerer, nok en gang at tilbudet som brukerne har varierer fra kommune til kommune:

Kvinne i 30-årene: «Og så også mer sånne tiltak for arbeid, eller at de kan komme til sånne hus og gjøre aktiviteter og de drar ut med de, ikke sant? Mer sånne type ting. Fordi at, det er den fasen [etter behandling] vi sklir ut.»

Mann i 40-årene: «... Nei [det er ikke noe mer jeg kunne tenke meg å formidle]... utenom at kommunen må fokusere på ettervern, ettervern, ettervern, bolig, bolig, bolig.»

Sett opp i mot funnene presentert for kjernetemaet «Erfaringer og opplevelser med hjelpeapparatet», gjenspeiler etterspørselen av nye tjenester i stor grad tilbud og tiltak som flere av informantene beskriver å gi positive erfaringer; tilgjengelighet, fleksibilitet og bredde. Den gjenspeiler også viktigheten av å ha fellesskap hvor en kan gjøre meningsfulle aktiviteter.

Oppsummering

For å ha reell brukerinnflytelse er medvirkning i utforming av tjenestetilbudet vesentlig. Om vi ser på kategoriene som kommer fram av analysene for denne rapporten, kan en samlet sett si at brukerne etterlyser tjenester som er døgnåpne, helgetilbud, ettervernstiltak/oppfølgingstjenester, og tjenester som kan tilby en bredde i kreative og aktive tilbud. Noen av brukerne deler også opplevelser av å falle mellom to stoler når det kommer til rus og psykiske lidelser, og at de ikke er innenfor målgruppen til aktuelle

brukerorganisasjoner og brukerombud. For disse brukerne kan det være aktuelt med nye tilbud som har disse brukerne som målgruppe.

For å oppsummere, viser resultatene at en utforming av nye og bredere tjenestetilbud er sentralt for å imøtekomme behovene til personer med rusmiddelproblem. En slik utforming vil ta hensyn til brukernes etterspørsel og på den måten sikre brukermedvirkning i tjenestene.

5. Generell oppsummering

Det overordnede målet med denne kvalitative delrapporten har vært å fange opp erfaringene og opplevelsene til brukere av tjenester for personer med rusmiddelproblem. Resultatene utdyper og nyanserer bildet av brukererfaringer som ble tegnet av den kvantitative delen av undersøkelsen; blant annet når det kommer til tema som tilgjengelighet av tjenester og betydningen av sosiale nettverk. Videre er det også slik at intervjuene med brukerne gir innblikk i flere sentrale tilleggstema som inngår i brukernes opplevelser og erfaringer med deres tjenesteapparat. Mottakelighet for hjelp og samarbeid mellom tjenester er eksempler på dette. Samlet sett illustrerer resultatene flere viktige poeng som er av nytte for utbedring og utforming av tjenester for personer med rusmiddelproblem. De viser også at det er behov for videre forskning på flere områder som angår tjenesteapparatet til denne brukergruppen. Denne delen vil oppsummere både praktiske implikasjoner og implikasjoner for fremtidig forskning med utgangspunkt i resultatene fra denne delrapporten.

Hva må jobbes med innen tjenesteapparatet for å sikre gode erfaringer og opplevelser for personer med rusmiddelproblem?

Samlet sett viser resultatene fra delrapporten viktigheten av å jobbe med følgende områder:

- Tilgjengelighet og fleksibilitet: At tjenestene generelt, men brukerens viktigste enkeltperson i kommunen spesielt, må være tilgjengelige og fleksible.
- Familie, fellesskap og nettverk: At ansatte er bevisst på og jobber aktivt med nettverk, men også viktigheten av å utforme boligjenester og medisintilbud på en måte som skåner brukeren personer i aktiv rus.

- Oversikt, innsyn og medvirkning: At økonomiske tjenester jobber med å gi brukerne innsyn i egen økonomi og beslutninger som tas for denne, samt at ansatte i kommunale tjenester tilbyr ansvarsgrupper og individuell plan for alle brukere på en måte som sikrer medvirkning og innsikt i egen fremgang.
- Overganger: At tjenestene jobber aktivt med å sikre glidende og gradvise overganger for brukeren, spesielt i overgangen fra spesialisthelsetjenesten (behandling) til kommunale tjenester.
- Samarbeid: At tjenestene jobber bevisst med kommunikasjon på tvers av tjenestene brukeren har benyttet eller benytter seg av.
- Nye tjenester: En utforming av nye døgnåpne, daglige og brede tjenestetilbud er sentralt for å sikre brukermedvirkning og brukertilfredshet for personer med rusmiddelproblem.

Hva trenger vi å vite mer om for å sikre et godt tjenesteapparat for personer med rusmiddelproblem?

Denne delrapporten er basert på intervjuer med 16 brukere av tjenester for personer med rusmiddelproblem. Utvalget inkluderer informanter fra alle typer kommunestørrelser, fra region Midt og Øst. For å kunne få større bredde og mer informasjon om ulikheter mellom kommuner og hva som oppleves som gode tilbud trengs det nye kvalitative undersøkelser som inkluderer informanter fra flere regioner.

Ettersom den kvantitative delrapporten illustrerer betydningen av kommunestørrelse (brukere fra små kommuner var generelt mer tilfreds med tjenestene), er det også aktuelt at fremtidig forskning ser nærmere på sammenhengen mellom brukertilfredshet og kommunestørrelse. Videre illustrerer resultatene viktigheten av at fremtidige brukerundersøkelser (både kvantitative og kvalitative) inkluderer tannhelse som tema under helse.

I lys av heldigitaliseringen av NAV, trenger vi også fremtidig forskning som evaluerer om dette sikrer et godt tjenesteapparat for personer med rusmiddelproblem. Både tilsiktede og ikke-tilsikrede konsekvenser bør studeres.

I denne undersøkelsen fant vi at mottakelighet for hjelp var viktig for at brukerne skulle dra nytte av tjenestene de fikk. Resultatene indikerer at det kan finnes sammenheng mellom

selvstendighet, vanskeligheter med å ta i mot hjelp og kjønn. Det trengs mer kunnskap om disse sammenhengene.

Et annet viktig funn i undersøkelsen var at nye rusfrie fellesskap har flere positive funksjoner for brukerne; de fremmer en rusfri hverdag og fyller tomrommet som rusen kan etterlate seg etter tilfriskning. Det trengs mer forskning på betydningen av nye rusfrie fellesskap for brukere med rusmiddelproblem, slik at tjenestene vet hvordan de skal jobbe bevisst med dette.

Avslutningsvis vil vi understreke behovet for brukerundersøkelser som utforsker brukererfaringer hos spesifikke grupper av personer med rusmiddelproblem. Faser i rusprosessen, helseproblematikk og livsstadium er viktige faktorer å se på, ettersom dette påvirker brukerens behov for tjenester. Denne type kunnskap er nødvendig for å utforme et godt tjenesteapparat for en svært heterogen gruppe.

Referanser

- BrukerPlan (2016). *Brukere med rus- og psykiske helseproblem i norske kommuner*.
BrukerPlan-statistikk 2015. Retrieved from Stavanger: <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/2015/BrukerPlan2015.pdf>
- Bruner. V & Clark. V (2012) Thematic Analysis. In Cooper, Harris (Ed); Camic, Paul M. (Ed); Long, Debra L. (Ed); Panter, A. T. (Ed); Rindskopf, David (Ed) & Sher, Kenneth J. (Ed). (2012). *APA handbook of research methods in psychology* (s. 57-71). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed. ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- De Wilde, E. F., & Hendriks, V. M. (2005). The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *Eur Addict Res*, 11(4), 157-162. doi:10.1159/000086396
- Haugum, M., Holmboe, O., Hestad, H. I., & Bjertnæs, Ø. A. (2016). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015*. Retrieved from Oslo: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/attachment/248877?ts=154dd794260&download=false>
[Helsenorge.no, https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar](https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar) 5. mars 2018
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2012). *God kvalitet - trygge tjenester : kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. St.meld. nr. 10 (2012-2013)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2015). *Opptappingsplanen for Rusfeltet (Prop. 15 S (2016-2020))*. Oslo.
- Langørger, A., Løkken, S. A. K., & Aaberge, R. (2015). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013*. Retrieved from Oslo: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/225199?ts=14ce4c230d0>
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Marchand, K. I., Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marsh, D. C., & Schechter, M. T. (2011). Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Services Research*, 11, 174-174. doi:10.1186/1472-6963-11-174
- Neale, J. (2016). Iterative categorization (IC): a systematic technique for analysing qualitative data. *Addiction*.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Poses, R. M., & Isen, A. M. (1998). Qualitative research in medicine and health care. *Journal of general internal medicine*, 13(1), 32-38.

- Rise, M. B., Solbjør, M., Lara, M. C., Westerlund, H., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2013). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations*, 16(3), 266-276. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x
- SSB. (1999). *Regionale inndelinger : en oversikt over standarder i norsk offisiell statistikk*. Retrieved from Oslo: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/nos_c513/nos_c513.pdf
- SSB. (2016). *KOSTRA publisering 15. juni 2016 – Faglig veiledning til bruker*. Retrieved from Oslo:
- Thylstrup, B. (2011). Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(5-6).
- Trujols, J., Iraurgi, I., Oviedo-Joekes, E., & Guàrdia-Olmos, J. (2014). A critical analysis of user satisfaction surveys in addiction services: opioid maintenance treatment as a representative case study. *Patient preference and adherence*, 8, 107. doi:10.2147/PPA.S52060
- Trujols, J., Siñol, N., Iraurgi, I., Batlle, F., Guàrdia, J., & Pérez de los Cobos, J. (2011). Patient and clinician's ratings of improvement in methadone-maintained patients: Differing perspectives? *Harm Reduction Journal*, 8, 23-23. doi:10.1186/1477-7517-8-23
- World Health Organization, Programme, U. N. I. D. C., & Addiction, E. M. C. o. D. a. D. (2000). *Client Satisfaction Evaluations: Workbook 6 : Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment*: World Health Organization.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Hjort, H., & Ose, S. O. (2008). *Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige : skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat* (SINTEF A4638). Retrieved from Trondheim:

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Evaluering av brukererfaringer med kommunale tjenester for rusproblematikk

Kompetansesenter rus - Midt-Norge
 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM


Helsedirektoratet

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

EVALUERING AV BRUKERERFARINGER MED KOMMUNALE TJENESTER FOR PERSONER MED RUSPROBLEMATIKK

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie for å undersøke erfaringer og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet til personer med rusproblemer. Prosjektet gjennomføres i et representativt utvalg av norske kommuner, og vil gi bedre kunnskap om hvordan brukerne opplever de rustjenestene de mottar i kommunen. I tillegg vil det kunne gi kunnskap om hvordan tjenestene kan forbedres.

Behandler/fagpersonalet i kommunen spør et utvalg personer om å delta i dybdeintervju.

Fagpersonalet/behandler i kommunen vil videreformidle kontaktinformasjon til prosjektmedarbeider, som tar kontakt for å avtale intervju. Du trenger ikke umiddelbart bestemme deg for om du ønsker å delta, men det er fint om du kan gi tilbakemelding senest innen to uker. Oppdragsgiver er Helsedirektoratet og prosjektet inngår som en devaluering av Opptrappingsplanen for Rusfeltet (2016-2020). Kompetansesenter rus Midt-Norge er ansvarlig for prosjektet og datainnsamlingen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Som mottaker av kommunale rustjenester for rusproblematikk er du blitt spurt om å delta i dybdeintervju. Dybdeintervjuene vil ha en varighet på ca. 60 minutter. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene, og det blir tatt notater underveis. Dersom det er ønskelig, vil intervjuene kunne gjennomføres uten lydopptak. Underveis i intervjuet vil det da bli tatt notater av det du sier. Intervjuene som er tatt opp, vil senere bli skrevet ordrett ned. Lydopptakene av intervjuene vil oppbevares i et låst skap hos Kompetansesenter rus Midt-Norge atskilt fra de nedskrevne intervjuene. Ingen i kommunen vil ha tilgang til informasjon som kan knyttes direkte til deg. Du vil undertegne en samtykkeerklæring før intervjuet starter. For at du skal kunne delta i prosjektet, må du være fylt 18 år ved dagens dato.

I dybdeintervjuet vil vi spørre deg om dine erfaringer med tjenestene du har mottatt og i hvilken grad tjenestene har hjulpet deg på ulike områder i livet ditt. Vi vil også komme inn på hvilke forventninger du har til tjenestene i kommunen og om du opplever at tjenestene har møtt dine behov.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Alle innsamlede data vil bli behandlet på en forsvarlig måte og i henhold til gjeldende lovverk (helseforskningsloven og personopplysningsloven), og ingen opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner blir gitt videre til tjenesteapparatet i kommunen eller andre myndigheter. Det får ikke betydning for de tjenestene du mottar om du velger å ikke delta eller velger å trekke deg underveis i prosjektet. Skulle du ha behov for å snakke med helsepersonell i etterkant av intervjuet, kan du ta kontakt med psykologspesialist Tarik Kapidzic på telefonnummer: 73 86 29 52

Fordelen med å delta i prosjektet er du får fortalt om dine erfaringer med tjenestene i kommunen og dermed bidrar til kunnskap om hvordan tjenestene kan bli bedre.

Hver deltaker vil få et gavekort på 300 kr som godtgjøring for tidsbruk.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er helt frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Om du velger å ikke delta i undersøkelsen, vil ikke dette på noen som helst måte innvirke på den oppfølgingen du mottar fra kommunen.

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke ditt samtykke, kan du kontakte prosjektmedarbeider Marit Magnussen, 922 87 696, marit.magnussen@stolav.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt uten navn og fødselsnummer eller andre direkte identifiserende opplysninger. Det er kun prosjektgruppen som vil ha tilgang til innsamlede data. Resultatene fra prosjektet vil bli publisert i rapport, artikler og andre fora. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i noen av disse publikasjonene. Intervjuer og prosjektgruppen har taushetsplikt etter Forvaltningslovens § 13 og Lov om Helsepersonell § 21.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte identifiserende opplysninger.

Prosjektgruppen har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Prosjektet avsluttes 31.12.2020, og lydopptakene fra dybdeintervjuene slettes senest denne datoen. Transkribertdatamateriale vil kunne brukes i videre forskning etter prosjektets slutt.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2017/317), og den kvalitative delen er godkjent av personvernombud ved St. Olavs Hospital HF.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Målet med dette intervjuet er å få vite om dine erfaringer med tjenestene du mottar fra kommunen der du bor. Oppdragsgiver er Helsedirektoratet og prosjektet inngår som en evaluering av Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Gå gjennom informasjonsskriv, og sørg for at samtykkeerklæring blir underskrevet (avklar om det er greit å bruke opptaker). Du kan trekke deg fra intervjuet når som helst, og du kan la være å svare på ting du synes er ubehagelig.

Hovedtema	Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Bakgrunnsopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor gammel er du? - Hvor lenge har du bodd i kommunen her? - Hvordan er bosituasjonen din for tiden? - Hva er din viktigste inntektskilde nå? - Familie? - Helsetilstand? - Rusmiddelbruk? LAR? 	<ul style="list-style-type: none"> - Type bolig, institusjon, hospits, bostedsløs - Arbeidsinntekt, stønad, andre ting? - Familiesituasjon - Vurdering av egen helsetilstand: psykisk og fysisk. -
Kommunale tjenester	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle litt om hva slags hjelp du får fra kommunen nå for tiden? - Kan du beskrive situasjonen din og hjelpen du har mottatt fra kommunen knyttet til: <ul style="list-style-type: none"> o Bolig o Mestre boforhold/hjelp til å bo o Arbeid / hjelp til å komme i arb. o Utdanning / komme i gang med utd. o Økonomi / hjelp til å rydde opp i øk. / gjeldsrådgivning o Meningsfull fritid / aktiviteter fritid o Andre behov - Hvor ofte er du i kontakt med tjenestene i kommunen? 	<ul style="list-style-type: none"> - Type tjeneste/instans - Fastlege - NAV - Lavterskel/feltpleie - Kommunale tj.rus/psyk - Frivillige org. - Andre ting? - - Åpningstider - Lokalisering - Svar på telefon - Vanligste kontakt: ansikt-til-ansikt eller telefon

	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er det å komme i kontakt med tjenestene i kommunen når du har behov for hjelp? - Har du en kontaktperson i kommunen som du kan ta kontakt med når du har behov? 	
Bruk av tjenestene	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle om når du første gang var i kontakt med rustjenesten i kommunen? - Hva visste du om kommunens tjenester før du fikk hjelp? - Hjelp eller oppfølging du mener du har behov for, men som du ikke får? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hva var behovet ditt for hjelp på den tiden? - Livssituasjon - Barrierer for å oppsøke hjelp? - Andre ting? - Noen som henviste deg - Pårørende - Fastlege - Andre tjenester i kom.
Hjelp knyttet til sentrale levekårs-områder	<p>Har du fått hjelp fra kommunen til noe av det følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skaffe bolig - Hjelp til å mestre boforhold - Økonomi, rydde opp, gjeldsrådgivning - Hjelp til å komme i arbeid - Utdanning - Meningsfull aktivitet - Psykiske plager - Fysiske plager - Etablere et nettverk - Andre behov som du har fått hjelp til? <p>Har du mottatt hjelp fra kommunen knyttet til din bruk av rusmidler?</p> <p>Hvordan ser du på din egen bruk av rusmidler?</p> <p>Gjør tjenestene du får deg bedre i stand til å mestre rusproblemene dine?</p> <p>Opplever du at tjenestene har bidratt til bedring i din livssituasjon?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke tjenester, evt. hvem som var involvert. - Type hjelp, praktisk, rådgiving, - Betydning hjelpen har hatt for å mestre det aktuelle området - Har hjelpen møtt behovet - Hvilken type hjelp - Type stoff, bruksmåte, mengde, hyppighet, bruksmønster - Har hjelpen bidratt til å endre rusmiddelbruken din på noen måte? - Bidratt til forståelse av rusproblemene

<p>Involvering av familie / betydningsfulle andre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har familie eller andre viktige personer vært involvert i den hjelpen du har mottatt? - Blir det lagt til rette for involvering av familie i den hjelpen du mottar? - Dersom du har involvert pårørende i oppfølgingen din, hvilken betydning har det hatt for deg? 	<ul style="list-style-type: none"> - Avklar hvem som har vært involvert: barn, foreldre, søsken, andre - Hvem som tok initiativ til å involvere: fagperson, familie, andre - Hva slags type involvering: samtale, oppfølging, nettverksmøte, andre. - Ønsker å involvere familie andre i større grad. - Betydning involvering har hatt.
<p>Relasjon til hjelpeapparat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har du en fast kontaktperson/koordinator i kommunen? - Hvordan opplever du at du blir møtt av personen/e som har ansvar for oppfølgingen din i kommunen? - Snakker personalet til deg på en måte som du forstår? - Har personalet i kommunen forstått din situasjon? - 	<ul style="list-style-type: none"> - Flere kontaktpersoner knyttet til ulike tjenester. - Lett å komme i kontakt når du har behov for det? Fx. telefon. - Blir du møtt med respekt? Eksempler på situasjon. - Blitt behandlet nedlatende. Eksempel på situasjon. - Tillitt til personalet/ansvarlig for oppfølging - Behov, ønsker og interessert blir hørt - Fagspråk, vanskelige ord -
<p>Samarbeid</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har du en individuell plan? 	<ul style="list-style-type: none"> - Andre planer - Hvordan opplever du at IP fungerer?

<p>mellom tjenestene</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har du en ansvarsgruppe? - Opplever du at fastlegen din samarbeider godt med de andre tjenestene du mottar? - Opplever du at NAV samarbeider godt med de andre tjenestene du mottar? 	<ul style="list-style-type: none"> - Innvirkning på mål i planen? - Er målene i samsvar med det du ønsker å oppnå? - Hva er erfaringene dine med denne gruppen - Hvem deltar i gruppen - Opplever du at du blir hørt på møtene i gruppen - Møter alle deltakerne på møtene - Har du innvirkning på målsettingen med gruppen - Bidrar gruppen til at tjenestene samarbeider bedre om din situasjon - Eksempler +/- - Hvordan kan det blir bedre?
<p>Andre helsetjenester</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har du vært innlagt til rusbehandling? - Hvordan var oppfølgingen fra kommunen etter utskriving? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor mange ganger - Tid siden forrige gang - Planlagt utskriving - Kontakt med kommunen under innleggelse - Hjelp med ulike områder som bolig, arbeid osv.
<p>Bruker- medvirkning</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Føler du at du har noen innflytelse på typen hjelp du får? - Blir hørt dersom du sier fra om noe? - Kjenner du til om det er brukerombud eller brukerorganisasjon i din kommune? 	<ul style="list-style-type: none"> - Type hjelp, mengde hjelp, type behandler/ oppfølger - Forslag til forbedring

Avslutning	<ul style="list-style-type: none">- Er det noe du skulle ønske var annerledes med tjenestene i kommunen?- Er det avslutningsvis noe du ønsker å formidle som vi ikke har vært inne på i løpet av intervjuet?	<ul style="list-style-type: none">- Konkretiser- Eksempler
-------------------	---	---